

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования**

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Факультет педагогики, психологии
и социальных наук**

**Кафедра «Прикладная
психология»**

**Направление подготовки 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование»
Профиль «Психология образования»**

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему:

**«Эмоциональные особенности медицинских работников с разным
стажем профессиональной деятельности»**

Студент


подпись

Колемасова Светлана Владимировна

Руководитель


подпись

Проскурина В.И.

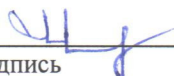
Нормоконтролёр


подпись

Медведева И.А.

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 07.06.2019 №13)

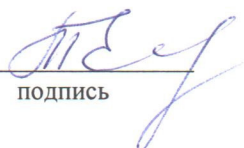
Заведующий кафедрой


подпись

Медведева И.А.

Работа защищена с отметкой отлично (протокол заседания ГЭК от 08.07.19 №10)

Секретарь ГЭК


подпись

Тарасова Е.М.

Пенза 2019

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические основы изучения эмоциональной сферы медицинских работников	
1.1. Особенности профессиональной деятельности медицинских работников среднего звена.....	7
1.2. Проблема эмоций в психологии. Теории эмоций.....	13
1.3 Влияние профессиональной деятельности на эмоциональную сферу и личностные качества медицинских работников.....	27
Глава 2. Изучение эмоциональных особенностей медицинских работников с разным стажем профессиональной деятельности	
2.1. Описание процедуры и методов исследования.....	40
2.2. Анализ и интерпретация диагностических данных.....	44
Выводы.....	57
Заключение.....	60
Список используемых источников.....	62
Приложение.....	66

Введение

В последние годы значительное внимание исследователей привлекают особенности влияния профессиональной деятельности на эмоциональную сферу тех специалистов, чья работа тесно связана с интенсивным и эмоционально напряженным взаимодействием с людьми. У этих специалистов наиболее часто наблюдаются психические и физиологические реакции на широкий круг ситуаций в трудовой деятельности.

В профессиях, связанных с взаимодействием «человек-человек», огромное значение имеет ориентация на другого, как равноправного участника взаимодействия. Особенно важна способность к гуманистической, нравственной реакции в профессиональной деятельности медицинских работников. От медицинских работников требуется высокая мера ответственности за результаты своей деятельности.

В медицинской сфере сам субъект деятельности является первичным инструментом своей работы, и использование только методических приемов оказывается недостаточным. Эта сфера деятельности требует эмоциональной вовлеченности, умения сопереживать, способности понимать состояния и потребности других людей.

Медицинские работники вынесены в особую группу профессий - «профессии высшего типа» по признаку необходимости постоянной работы над предметом и собой, подобное основание в большей степени подходит для определения субъектного вклада индивидов.

Особенностью работы медицинских работников среднего звена является постоянная вовлеченность в атмосферу чужих эмоций, отрицательных или положительных. Именно эта категория медицинских работников находится в эпицентре разных по своей модальности эмоций и проявлений чувств пациентов и их родственников. К этому добавляется ещё и переживание чувства ответственности.

Кроме того, в реальных условиях деятельность медицинских работников подвергается постоянному давлению и со стороны других психотравмирующих обстоятельств, таких как характер организации труда, необходимость быстрого реагирования, что может привести к ослаблению эмоциональной вовлеченности в профессиональную ситуацию и к профессиональной деформации в виде синдрома «эмоционального выгорания».

Принципиально важным для успешной профилактики и коррекции синдрома «эмоционального выгорания» является вопрос о факторах, способствующих или препятствующих его возникновению и развитию.

Эмоциональное благополучие профессионала крайне важно для любых профессий типа «человек-человек». Психическое же состояние медицинских работников является одним из важнейших условий их труда, и оказывает значительное влияние на пациента.

Результаты исследований профессиональной деятельности медицинских работников среднего звена свидетельствуют о том, что большинство из них испытывают эмоционально-волевые, личностно-профессиональные и другие психологические трудности, наличие которых обуславливает отставание практики их профессиональной деятельности от требований общества.

Анализ исследований по вопросам изучения эмоциональной сферы сотрудников в медицинских учреждениях, показывает, что в настоящее время недостаточно внимания уделено особенностям эмоционального развития личности медицинских работников среднего звена, а также зависимости этих особенностей от стажа работы, что во многом определяет качество и эффективность их работы.

Целью исследования является изучение особенностей эмоциональной сферы медицинских работников с различным стажем работы для использования диагностических данных при разработке практических

рекомендаций, направленных на профилактику эмоционального и профессионального выгорания работников медицинской сферы.

Объект исследования - эмоциональная сфера медицинских работников среднего звена.

Предмет исследования - особенности эмоциональной сферы медицинских работников среднего звена с разным стажем работы.

Гипотеза исследования: продолжительность профессиональной деятельности медицинских работников отражается в таких показателях эмоциональной сферы, как нарастание астенических расстройств, навязчивых фобических состояний, невротического сверхконтроля. Также усиливается тенденция к проявлению спонтанной и реактивной агрессивности, раздражительности и эмоциональной лабильности, повышается вероятность депрессивных расстройств, снижается уровень эмпатии.

Для реализации цели исследования были определены следующие **задачи**:

1. Провести теоретический анализ исследований по вопросам особенностей профессиональной деятельности медицинских работников и их влияния на эмоциональную сферу и личностные качества субъектов этой профессии.

2. Определить методы исследования, разработать процедуру его проведения, сформировать выборку исследования.

3. Провести диагностику показателей эмоциональной сферы медицинских работников среднего звена с разным стажем профессиональной деятельности.

4. Провести анализ и интерпретацию полученных данных, сформулировать выводы.

Теоретической и методологической основой исследования стали теории эмоций В.В. Бойко, Б.И. Додонова, К. Изарда, Е.П. Ильина; теоретические положения психологических аспектов профессиональной

деятельности медицинских работников В.М. Дильмана, Н.В. Гришиной, В.В. Косарева, В.Г. Косенко, В.Ф. Матвеева, В.Д. Менделевич.

Всего в исследовании приняли участие 31 испытуемый - медицинские работники (медсестры) с разным стажем работы. Выборка была поделена на две группы: Группа 1 - медсестры со стажем работы до 5-ти лет (18 человек) и Группа 2 - медсестры со стажем работы более 15 лет (13 человек).

Для изучения особенностей эмоциональной сферы медицинских работников с разным стажем профессиональной деятельности были использованы такие **методики**, как:

- Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний, авторы К.К. Яхин, Д.М. Менделевич;
- Фрайбургский личностный опросник (FPI);
- Шкала депрессии Цунга (Шкала сниженного настроения - субдепрессии), адаптация Г.И. Балашовой.
- Методика диагностики уровня эмпатии, автор И.М. Юсупов.

В качестве метода математической статистики был использован Е-критерий Стьюдента для независимых выборок.

Глава 1. Теоретические основы изучения эмоциональной сферы медицинских работников

1.1. Особенности профессиональной деятельности медицинских работников среднего звена

В практике профессиональной деятельности медицинские работники среднего звена довольно долго выполняли только назначения врача, они не принимали самостоятельные решения по уходу за больными. Уход за больными в значительной степени носил интуитивный или эмпирический характер, медицинские сестры полагались больше на практический опыт, а не на научные знания. Путем проб и ошибок находили правильное решение, многие сестры становились профессионалами, благодаря накопившемуся опыту ухода за больным.

Сегодня произошли существенные перемены в этой профессии. Введение многоуровневого медицинского образования, появление медсестёр с высшим образованием заметно повысили престиж профессии, изменили социальный статус медицинских работников среднего звена. Из помощника, исполнителя воли врача они превращаются в высокообразованных специалистов, способных принимать решения.

Роль медсестры сильно изменилась, она переосмысливается и в здравоохранении, и в обществе, расширяются полномочия медицинского персонала среднего звена. Современная медицинская сестра сочетает в себе не только милосердие, трудолюбие, но и образование, интеллект, организаторские способности, творческое мышление, коммуникативную компетентность.

Профессионализм медицинского работника определяет его конкурентные возможности на рынке труда, по которой оплачивается его работа. Ему предлагают условия труда, совпадающие с его интересами и притязаниями. Он психологически уверен в себе, у него нет опасений потерять работу, если он справляется со своими обязанностями, все делает в срок и

качественно, находит способы по совершенствованию работы и его профессионализм продолжает расти.

В настоящее время сестринское дело стремится создать собственную, уникальную базу знаний. Медсестра является не просто помощником врача, исполнителем его поручений, а представителем самостоятельной профессии, которая владеет навыками комплексного, всестороннего ухода за пациентами, облегчения их страданий, реабилитации, профилактики заболеваний, располагает знаниями в области психологии и психотерапии в пределах своей компетенции. Вспомним слова Флоренс Найтингейл: «Сестра должна иметь тройную квалификацию: сердечную - для понимания больных, научную - для понимания болезней, техническую - для ухода за больными» [4].

Уже с древних времен общество предъявляло высокие требования к моральным и нравственным качествам сестринского персонала. Не менее актуальна эта задача и в настоящее время. Об этом свидетельствуют принятая философия сестринского дела, основанная на общечеловеческих принципах этики и морали.

Особенность профессиональной деятельности медицинской сестры определяется близкой дистанцией с пациентом, поэтому функционирование системы «медсестра - пациент» как системы «личность - личность» является важнейшей проблемой сестринского дела. Именно в рамках этой системы эмоциональный компонент выходит на первый план.

В условиях лечебного учреждения первый контакт пациента с медицинским персоналом и, в частности, с медсестрой имеет особо принципиальное значение; именно он в дальнейшем определяет взаимоотношения с обеих сторон, чувство доверия или недоверия, приязни или неприязни, наличие или отсутствие партнерских отношений.

Все в медсестре должно располагать к себе пациента, начиная с ее внешнего вида (подтянутость, аккуратность, выражение лица). Важным являются хорошие манеры, такие как приветливость, готовность выслушать, дружелюбность, профессионализм.

В сестринском уходе этические нормы определяют способы работы, общения с пациентом. Если медсестра работает, опираясь на одобренные этические ценности, то ее работа с пациентом складывается на основе равенства и партнерства.

Основная ценность ухода это человек и уважение к нему. Основным для медсестры является определение того, что хорошо для пациента. Для выполнения поставленных задач следует соблюдать определенные принципы подхода к пациенту, такие как комплексность, индивидуальность, безопасность, самостоятельность, преемственность, работа с семьей и определенные принципы работы медсестры - правомерность и ответственность.

Комплексность заключается в целостном и системном подходе к человеку. Физические, психические и социальные потребности пациента необходимо максимально полно принимать во внимание.

Каждый пациент - индивид, попавший в свою неповторимую ситуацию, из чего следует, что потребности у него индивидуальны. Один и тот же способ ухода нельзя применять к разным пациентам - к каждому пациенту нужен индивидуальный, особый подход.

Болезнь и потребность в посторонней помощи часто вызывают у пациента чувство неуверенности и страха. Задачей медсестры является удовлетворить потребность человека чувствовать себя безопасно.

В процессе ухода необходимо придерживаться принципа преемственности - доступность и полнота информации о пациенте для всех специалистов, участвующих в уходе. Не следует забывать - использование этой информации предполагает, что пользователь обязан хранить врачебную тайну.

Каждый пациент - это часть какой-либо общности и семьи. Это необходимо принимать во внимание при осуществлении ухода. Болезнь и потребность в посторонней помощи всегда затрагивают интересы всех членов семьи. Основным моментом в уходе является то, что семья рассматривается как основной источник скрытых резервов и объект сотрудничества. Семья

пациента должна принимать участие в уходе за пациентом на всех этапах ухода.

Профессионализм медсестры проявляется в способности нести ответственность за свои действия. Ответственность за пациента - это профессионально-этическая обязанность.

Т. Бильрот писал: «Суметь помочь страдающему - несомненно, одна из самых прекрасных способностей, которыми только располагает человек. Но, тем не менее, «пособие» должно быть возведено в «искусство», должно соединять знание и умение, если желают достичь его полного благотворного действия на себя и других».

И действительно, сегодня сестринское дело - это искусство и наука, оно требует и понимания, и применения специальных знаний и умений. Все поставленные в наше время перед сестринским делом задачи могут быть выполнены сестрой при постоянном совершенствовании ею своих знаний и навыков.

Наряду с высоким профессионализмом медицинский работник среднего звена должен обладать такими личностными качествами, как сострадание, сдержанность, добросовестность, внимательность, коммуникативная компетентность. Умение общаться или коммуникативная компетентность - необходимое профессиональное качество медицинского работника. Оно предполагает умение устанавливать контакт, слушать и слышать, понимать невербальный язык коммуникаций, выстраивать беседу, корректно формулировать вопросы. Особенно важна эмоциональная культура. Необходимо, чтобы медицинская сестра владела собственными эмоциями, умела контролировать свои эмоциональные реакции и поведение в целом. Терпение и вежливость - составные элементы профессионализма медицинского работника, в них выражается заботливость и внимание к пациентам. Коммуникативная компетентность предполагает также умение чувствовать, когда следует отдалиться от пациента, или же когда необходимо приблизиться к нему [8, 24]. Медицинская сестра должна уметь выстроить

взаимоотношения с пациентом, добиваясь при этом решения профессиональных задач. Знание этических принципов общения, соединённое с профессиональным мастерством, позволяют оказывать эффективную помощь пациенту даже в самых трудных случаях.

Современный медицинский работник среднего звена - это специалист, самостоятельно действующий в рамках сестринских обязанностей, для осуществления которых необходимо уметь собрать данные о пациенте, определить круг проблем, составлять план своих действий в соответствии с диагнозом, осознавать ответственность за свои действия, искать пути совершенствования методики ухода за пациентом, обучать пациентов навыкам сохранения и восстановления здоровья, повышать свою квалификацию.

Интеллектуальные способности медицинской сестры проявляются в концентрации внимания, стремлении к новому, критическом отношении к возможным действиям, интуиции, способности решать комплексные задачи. Она должна знать, что означает заболевание для пациента, как он на него реагирует, что может стимулировать его к должному поведению в отношении болезни или, что мешает ему в этом. К каждому пациенту должен быть сугубо индивидуальный подход, который учитывает все особенности этого человека.

Медицинская сестра способствует осуществлению здорового образа жизни, физической и психической гигиены, помогает пациенту развиваться. Ее профессиональная деятельность требует не только глубокого познания своей специальности, но, в не меньшей степени, и разносторонней культуры, широты интеллекта, особых навыков поведения при контакте с больными. Кроме изучения той области, в которой она работает, сестре постоянно необходимо заниматься повышением своего культурного уровня, совершенствованием своей личности.

Роль медицинского работника среднего звена сильно изменилась, она переосмысливается и в здравоохранении, и в обществе, расширяются

полномочия медперсонала. Основная обязанность - это быть умелым, компетентным профессионалом, отличающимся соответствием личностных качеств требованиям профессии.

Медицинская сестра должна уметь:

- вставать на позиции пациентов, понимать суть аутопластической картины болезни;
- уважать личность пациента и быть максимально внимательной к нему, независимо от его интеллектуальных возможностей и личностных особенностей;
- использовать эффективное терапевтическое общение, как вербальное, так и невербальное, правильно пользоваться техникой речи;
- быть тактичной, ровной в отношениях со всеми пациентами и формировать позитивные отношения между пациентами в палате и отделении;
- соблюдать этику и деонтологию при общении с пациентами и их родственниками.

Все эти требования к профессиональной деятельности медицинских работников среднего звена указывают на важность учета их эмоциональных особенностей, проявляющихся в эмоциональной стабильности, уровне тревожности, эмпатических тенденциях, стрессоустойчивости, уровне фрустрационной толерантности.

С эмоциональной сферой связано очень много различных медицинских проблем. Среди них взаимоотношения врач - больной, взаимоотношения во врачебном коллективе. Это то, как люди воспринимают свои болезни, и как окружающие воспринимают болезнь другого человека. Не говоря уже о том, что это проблема возникновения многих болезней современного мира, называемых «психосоматическими» заболеваниями [17].

1.2. Проблема эмоций в психологии. Теории эмоций

В современной психологии проблема эмоций является одной из самых дискуссионных. Человечество на протяжении всей своей жизни решает вопросы «что важнее - разум или чувства?», «что управляет человеческим поведением: логика или эмоции?».

Наблюдая разных людей в одной и той же ситуации, по тому, какие чувства они испытывают, воспринимая те или иные фрагменты окружающего мира, можно понять картины мира этих людей. Одно и то же явление вызывает у одного страдание, а у другого восторг. Это свидетельствует о том, что это люди с разными, полярными картинами мира и с разными эмоциональными модальностями.

Известно, что эмоциональные особенности каждого человека в значительной степени обусловлены характером, содержанием его социального опыта, особенно опыта, приобретенного на ранних этапах онтогенеза. От полученного в процессе социализации опыта зависит успешность взаимодействия человека с окружающими, а значит, и успешность его социального становления и развития.

Как известно когнитивная радость способствует эмпатии и альтруизму. Изен (Isen, 1984) совместно с коллегами провела ряд экспериментов, показавших, что даже незначительные поощрения и удаchi пробуждают в людях позитивные эмоции. Это позитивное эмоциональное состояние, которое, несомненно, включает в себя радостные переживания, способствует эмпатии и альтруизму [15, с. 115].

Также установлено, что позитивные эмоции повышают продуктивность когнитивных процессов, таких как мышление, запоминание, категоризация, способствуют креативному подходу к решению различного рода проблем (Isen, Daubman, 1984; Izard, Nagler et al., 1965). Позитивные эмоции облегчают выполнение когнитивных заданий. Переживая позитивную эмоцию, человек лучше улавливает взаимосвязь между объектами, лучше

производит категоризацию предметов. В ходе другого исследования было обнаружено, что позитивные эмоциональные переживания способствуют творческому подходу к решению проблем, позволяя человеку увидеть те взаимосвязи между явлениями, которые обычно оставались незамеченными.

Рассмотрим наиболее известные теории эмоций.

Первые из них носили так называемый интеракционистский характер, т.е. были построены на самоописании. Большое распространение получила теория Джеймса - Ланге, названная именем двух ее создателей - Уильяма Джеймса и Карла Ланге. Эта теория подразумевает возникновение эмоций по следующей схеме: определенные явления окружающего мира, воздействуя на человеческую психику, а через нее на вегетативную нервную систему, вызывают в ней какие-то изменения. Человек интерпретирует эти изменения, эта интерпретация и есть чувство. Вначале у человека в теле происходят изменения, а потом уже человек интерпретирует новое ощущение [37].

В начале прошлого века теория Джеймса - Ланге имела достаточное число противников, однако в последние десятилетия проявляется интерес к ней, возникают теории эмоций, близкие к теории этих двух авторов.

Появление этих теорий во многом связано с практикой некоторых психотерапевтических техник, прежде всего, телесно-ориентированной терапии. Эмпирически доказано, что изменение позы тела способно приводить к появлению такого чувства, которое наиболее часто возникает при подобной позе. Так, например, человеку трудно вызвать у себя ощущение радости, если он длительное время пребывает в позе с опущенными плечами, опущенной вниз головой, скорбным выражением лица. Спонтанно возникнет ощущение печали, грусти и, может быть, даже горя. Если ранее теория Джеймса - Ланге воспринималась как психологический анахронизм, то сейчас к ней возник практический интерес.

В психологии советского периода наиболее популярна была информационная теория эмоций П.В. Симонова. Автор этой теории

представил взаимодействие факторов, влияющих на возникновение и характер эмоций в виде следующей формулы:

$$\mathcal{E} = F(\Pi, (\text{Ин-Ис})),$$

где: $\mathcal{E}$ - эмоция, ее сила и качество; Π - величина и специфика актуальной потребности; (Ин-Ис) - оценка вероятности удовлетворения данной потребности на основе имеющегося опыта (врожденного и приобретенного); Ин - информация о средствах, необходимых для удовлетворения существующей потребности; Ис - информация о средствах, которыми человек располагает для удовлетворения этой потребности.

Если имеющаяся информация достаточна или ее больше для решения проблемы, то тогда человек испытывает положительные эмоции. Если же информации меньше, то человек испытывает отрицательные эмоции, чаще всего, тревогу. Этот подход объясняет возникновение эмоций, связанных, прежде всего, с удовлетворением биологических потребностей [34].

Поскольку мы живем в постоянно меняющемся мире, в котором часто оказываемся в ситуациях, где необходимой информации недостаточно, то мы начинаем отдавать предпочтение тем ситуациям, информации о которых достаточно. Этот фактор является основным для формирования такого свойства человеческой психики, как ригидность - инертность. Его формирование будет зависеть от следующих условий:

1. Личностные особенности человека. Например, врожденный уровень тревожности. У одних людей даже незначительный дефицит информации вызывает сильную тревогу, у других тревожность повышается только при большом разрыве между «необходимой и имеющейся информацией».

2. Склонность к риску, сенсорная жажда или сенсорный голод, стремление к новым ощущениям, склонность к переменам, желание оказаться в новой, незнакомой ситуации [34].

Другой теорией эмоций является теория конфликтов, которая рассматривает возникновение эмоций как следствие конфликтов. Разработка этой теории восходит к работам Чарлза Дарвина, который рассматривал

эмоции как ответ организма на какую-то ситуацию препятствия, как составную часть адаптационного поведения, свойственного человеку и животным.

Ч. Дарвин усматривал причину возникновения эмоций в том, что они либо полезны, либо сохранились благодаря рудиментарным формам и уже не нужны человеку, но были полезны на предыдущем этапе его развития. Например, выражение гнева, ярости на лице, - угрожающая поза являются формой отпугивания врага, формой адаптационных защитных поведенческих реакций. Это полезная функция эмоций. Но когда у человека при страхе резко потеют ладони рук, это его не защищает, оказывается бесполезным, в то время как для обезьян увлажнение кожи ладоней чрезвычайно важно и полезно, поскольку облегчает движение по стволу дерева.

Дальнейшее развитие этой теории привело к тому, что эмоции стали рассматриваться как проявление адаптации, а телесные проявления эмоций – как проявление борьбы за адаптацию. Наиболее полно эта теория была сформулирована в работах о французского психиатра и психолога Пьера Жане. Он рассматривал эмоции как форму человеческого поведения. Согласно его мнению, эмоции не сводятся к внутренним переживаниям человека или к определенным психологическим изменениям. Тем самым, автор снял вопрос, который был так важен для теории Джеймса - Ланге: что является первичным - физиологические изменения или психологическое переживание определенного чувства. В работах П. Жане на первое место выходит другой вопрос: для чего нужна эмоция? Эмоцию этот ученый рассматривал как реакцию человека на те ситуации, к которым он еще не приспособлен, к которым не адаптирован на настоящий момент времени. Поэтому главный смысл эмоций заключается в их функциональном предназначении - обеспечить адаптацию [22].

Существует теория эмоций, которая связывает эмоциональное состояние человека с уровнем активации. Эта теория ближе к нейрофизиологии эмоций. На нее опирались те исследователи, которые

изучали физиологические проявления эмоций, например, занимались измерением артериального давления, кожно-гальванического рефлекса, изменением сопротивления кожи вследствие потоотделения, измерением частоты дыхания, записью электрической активности мозга и т.п. Исследователи этой области напрямую связывают особенности эмоционального реагирования человека с уровнем его активности и бодрствования. Здесь прослеживается связь эмоциональности с уровнем сознания. Например, трудно ожидать от человека, находящегося в дремотном состоянии, ярких эмоциональных реакций. В то время, как сильная активация способствует легкости возникновения эмоций.

После исследований Спилбергера многие ученые рассматривают двойственный феномен эмоции, т.е. как состояние, и как черту. «Состояние» и «черта» различаются длительностью переживания и степенью выраженности эмоции. Здесь можно обратиться к исследованиям традиционного понятия тревоги. Существует обширный пласт теоретических и эмпирических работ, направленных как раз на то, чтобы развести понятия тревоги как состояния, и тревожности как черты личности.

Термином «эмоциональная черта» (например, «вспыльчивость») в научной литературе обозначает склонность индивида к переживанию того или иного эмоционального состояния. Полезным представляется понятие «эмоциональный порог». Человек с низким порогом эмоции гнева более вспыльчив, и чаще находится в состоянии гнева и, поэтому, наберет высокий балл по шкале гневливости.

Как было показано в работах Ч. Дарвина и в трудах современных ученых, например, Изарда, эмоции одинаково проявляются у представителей самых разных культур, проживающих на разных континентах; исключением не являются даже первобытные племена, не имеющие контактов с западной цивилизацией. Фундаментальные эмоции обеспечиваются врожденными нейронными программами. Однако этот факт - факт существования генетических механизмов фундаментальных эмоций - вовсе не означает, что

в эмоциональной жизни человека есть некие незыблемые, немодифицируемые аспекты. Напротив, практически любой человек, взрослея, научается управлять врожденной эмоциональностью, в той или иной степени трансформировать ее. Так, врожденный механизм проявления гнева предполагает демонстрацию готовности броситься на противника, но многие люди в гневе, напротив, стремятся смягчить или замаскировать внешние проявления гнева. Такая маскировка, призванная скрыть или заместить врожденные типы выражения эмоций, чрезвычайно различна у представителей разных социальных слоев и разных культур. Социокультурные влияния и индивидуальный опыт не только помогают человеку обрести те или иные экспрессивные навыки, но и во многом определяют ту взаимосвязь, которая устанавливается между определенным раздражителем и определенной эмоцией, а также детерминируют поведенческие паттерны, сопутствующие той или иной эмоции [28].

Большинство исследователей поведения склонны согласиться с мнением, что практически любая поведенческая реакция, любой поведенческий комплекс требуют некоторой практики, опыта. Однако врожденные способы эмоциональной экспрессии, по-видимому, можно рассматривать как исключение из этого закона Мэрфи. Например, плач как прототипическое выражение горя мы слышим уже при рождении человека. Работы отдельных исследователей (Dumas, 1932,1948; Fulcher, 1942; Goodenough, 1932; Tompson, 1941; Eibl-Eibesfeldt, 1972) демонстрируют нам, что врожденные способы эмоциональной экспрессии идентичны у слепых и у зрячих детей, однако экспрессивность эмоции слепорожденного с возрастом обедняется. Эту тенденцию можно объяснить именно «незадействованностью» глаз, поскольку для эмоциональной выразительности крайне важны именно движения глаз, мимические механизмы взгляда [28].

Большинство исследователей эмоций делят их на позитивные и негативные. Эта обобщенная классификация эмоций в целом правильна, но

все же требует некоторого уточнения. Такие эмоции, как гнев, страх и т.п. в большинстве случаев относят к категории негативных, но в то же время известно, что реакция гнева может способствовать разрядке напряжения, зачастую связана с защитой личного достоинства, сохранением личностной целостности. Полезным может быть и страх; он выступает регулятором агрессивности. Беспричинные и, главное, продолжительные вспышки гнева или страха могут привести к негативным последствиям, как для человека, испытывающего эти эмоции, так и для его окружения. Однако, к таким же последствиям может привести и радость, если ее переживание связано с чрезмерным возбуждением или вызвано скрытыми мотивами, такие случаи описаны К. Лоренцом как пример «воинствующего энтузиазма» [28].

Вместо деления эмоций на отрицательные и положительные, правильнее выделять эмоции, которые способствуют повышению психологической энтропии, и эмоции, которые облегчают конструктивное поведение человека. Такой подход позволяет отнести ту или иную эмоцию в разряд позитивных или негативных в зависимости от того, какое воздействие она оказывает на внутриличностные процессы и процессы взаимодействия человека с ближайшим социальным окружением. Так, например, обычно относимый к разряду негативных эмоций страх в большинстве случаев действительно имеет негативные последствия. Но такая «позитивная» эмоция, как любопытство, может сопутствовать самым разным видам деятельности - от асоциального поведения до творчества.

Эмоции и чувства представляют собой отражение реальной действительности в форме переживаний. Различные формы переживания чувств (эмоции, аффекты, настроения, стрессы и т.п.) образуют в совокупности эмоциональную сферу человека.

Рассмотрим основные подходы к изучению эмоциональной сферы.

Первый подход связан с первоначальным этапом изучения эмоций. Он заключается в описании субъективных ощущений, чувств. Но известный феномен алекситимии - неспособности выражать, передавать словами свои

чувства - ставит под сомнение адекватное, точное и полное описание чувств людей с такой особенностью эмоциональной сферы.

На описание эмоциональных переживаний большое влияние оказывает и контроль эмоций, связанный с направленностью на социальное одобрение.

Другой подход к изучению эмоционального состояния основан на анализе его физиологических составляющих с помощью параметров, которые характеризуют эмоции. В соответствии с одними теориями они сопровождают психическое чувство, переживания, а по другим - являются их причиной. Именно на этом принципе построена работа «детектора лжи». Однако у очень многих специалистов использование детектора лжи как метода изучения эмоциональных состояний вызывает возражения, поскольку с помощью этого прибора можно оценить только интенсивность эмоционального состояния, а не характер, содержание эмоции. Интенсивность эмоционального состояния может быть одинаковой при разных эмоциях, в том числе при эмоциях полярного содержания, значения.

Из всех эмоциональных состояний человека следует выделить тревогу, которая является наиболее частым эмоциональным ответом организма при его взаимодействии с миром и с самим собой. Если сравнить количество исследований, посвященных тревоге и всем другим эмоциям, то тревога изучается несоизмеримо чаще. Согласно современным психосоматическим исследованиям, тревога является основным фактором возникновения «психосоматической патологии». Термин «психосоматическое заболевание» употребляется, когда очевидна связь возникновения заболевания с психическим фактором или когда он является фактором риска. Тревога является одной из главных причин этих заболеваний.

Ч. Спилбергер определил тревогу как чувство неопределенной опасности. В ситуациях неопределенности включаются адаптационные, приспособительные реакции, происходит возникновение тревоги.

Согласно теории стресса Г. Селье, тревога является обязательной эмоциональной реакцией в первой фазе стресса, которая так и называется стадией тревоги, и во второй фазе - стадии напряжения [32].

По данным Всемирной организации здравоохранения 45% всех заболеваний, связанных со стрессом (от англ. Stress -напряжение), состоянием напряжения, возникающим под влиянием сильных воздействий. Это напряжение может быть психологическим (результат зрелости, обиды, зависти, испуга) или физиологическим. Стресс, в свою очередь, делится на информационный и эмоциональный.

Основываясь на характеристике эмоции как процесса, Б.И. Додонов выделяет три его компонента:

- Первый компонент - эмоциональное возбуждение, которое определяет мобилизационные сдвиги в организме. Когда происходит определенное событие, имеющее значение для конкретного индивида и оно фиксируется им как эмоциональный процесс, идет нарастание возбудимости, скорости и интенсивности протекания психических, моторных и вегетативных процессов. В некоторых случаях в зависимости от конкретной ситуации и индивидуальных характеристик личности возбудимость, наоборот, может уменьшаться.

- Второй компонент - знак эмоции. В зависимости от оценки индивидом происходящего события возникает либо положительная эмоция (если событие оценено как позитивное), либо негативная (если событие оценено как отрицательное). Тогда в первом случае эмоция побуждает на продолжение события, а во втором - на его прекращение.

- Третий компонент - степень контроля. В некоторых случаях личность в состоянии контролировать свои эмоциональные проявления. Но в случае крайнего возбуждения, при переживании таких эмоций, как паника, ужас, бешенство и т. д., контроль и ориентация невозможны [12].

В жизни человека чувства выполняют целый ряд функций. Анализ имеющихся в психологии исследований позволил выделить следующие функции эмоций:

- Отражательная функция, выражающаяся в обобщенной оценке событий. Такая оценка формируется в большей степени на основе сопереживаний, возникающих в процессе общения с другими людьми.

- Побудительная, или стимулирующая, функция. Любое эмоциональное переживание содержит более или менее четкий образ предмета, способного удовлетворить актуальные потребности человека, направления его поиска и собственное пристрастное отношение к нему.

- Подкрепляющая функция, которая проявляется в фиксации в памяти событий, которые вызывают наиболее сильную эмоциональную реакцию. Испытанное чувство радости или удовлетворения от какой-либо деятельности (позитивное подкрепление) способствует тому, что человек и в дальнейшем будет с радостью за нее браться.

- Переключательная функция, которая проявляет себя при так называемой борьбе мотивов, когда, например, возникает противоречие между инстинктом самосохранения и чувством долга. В таких случаях решающим в проблеме выбора будет личностная значимость мотива и его привлекательность.

- Адаптивная, приспособительная функция, которая проявляется, когда субъекту деятельности необходимо установить значимость тех или иных условий для удовлетворения актуальных для него потребностей.

- Коммуникативная функция. Эмоции относятся к одним из основных факторов, оказывающих влияние на процесс коммуникации между людьми. Невербальные выражения эмоций позволяют человеку транслировать партнеру по общению свои переживания. При этом чувства одного человека могут воздействовать на окружающих.

Наиболее полной и систематизированной является классификация' эмоций, предложенная Б.И. Додоновым, основой для которой является их

зависимость от субъективной ценности []. Автором этой классификации выделены следующие виды эмоций:

- альтруистические эмоции, т. е. переживания, возникающие на основе потребности в покровительстве, помощи другим людям (желание приносить другим радость и счастье, чувство беспокойства за чью-либо судьбу, забота о другом человеке, сопереживание радости и удачи другого, чувство преданности, умиление, участие, жалость);

- коммуникативные эмоции, переживания, возникающие на основе потребности в общении (желание найти отклик своим мыслям и переживаниям, чувство симпатии и расположения, чувство уважения к кому-либо, чувство признательности и благодарности, обожание, желание заслужить одобрение значимых людей);

- глорические эмоции связаны с потребностью в самоутверждении (стремление завоевать признание и почет, чувство уязвленного самолюбия и желание взять реванш, чувство гордости, чувство превосходства, чувство удовлетворения от сделанного или достигнутого);

- практические эмоции непосредственно связаны с деятельностью, ее изменением в ходе осуществления, успешностью или неуспешностью (чувство напряжения, желание добиться успеха, увлеченность работой, любование результатами своего труда, приятная усталость);

- пугнические эмоции происходят из потребности в преодолении опасности, интереса к борьбе (жажда приключений и острых ощущений, упоение риском и опасностью, решительность, ощущение спортивного азарта, чувство сильного эмоционального и волевого напряжения, ощущение предельной мобилизации физических и умственных возможностей);

- романтические эмоции (стремление ко всему нестандартному, таинственному, неизведанному, манящее чувство дали, чувство особой значимости происходящего, таинственно-зловещее чувство);

- гностические эмоции связаны с потребностью в познавательной гармонии (стремление понять нечто, проникнуть в сущность явления,

чувство удивления или недоумения, ощущение смутности или ясности мысли, стремление преодолеть возникшие противоречия в собственных мыслях и взглядах, чувство близости решения, приближающейся догадки, радость постижения истины);

- эстетические эмоции основаны на лирических переживаниях (наслаждение красотой чего- или кого-либо, чувство изящного и грациозного, чувство возвышенного, чувство наслаждения звуками, поэтически-созерцательное состояние, ощущение приятной грусти, растроганность);

- гедонистические эмоции основаны на потребности в удовлетворении в телесном и душевном комфорте (наслаждение от приятной пищи, тепла, чувство безопасности и безмятежности, приятная возбужденность, сладострастие);

- акизитивные эмоции возникают в связи с потребностью в накоплении и коллекционированию (стремление что-либо многократно приобретать, радость по поводу увеличения своих накоплений, чувство радости и удовлетворения от созерцания своих накоплений) [12].

К.Е. Изарду принадлежит одно из ведущих исследований в области эмоций человека [14]. Он выделил так называемые «фундаментальные эмоции»:

Интерес. Это положительное эмоциональное состояние, стимулирующее развитие навыков и умений, способствующее приобретению знаний, побуждающее к творческим устремлениям. Интерес к другим людям способствует развитию эмоционально насыщенного межличностного взаимодействия, общения.

Радость. Положительное эмоциональное состояние, связанное с возможностью удовлетворить актуальную потребность, которая до настоящего момента была или невозможной, или неопределенной. По своей сути радость является в большей степени продуктом событий и явлений, чем непосредственным устремлением.

Удивление. В зависимости от ситуации может характеризоваться как положительная, так и отрицательная эмоциональная реакция. Удивление возникает в ответ на внезапно возникшие обстоятельства и вызывает торможение всех предыдущих эмоций. Эта эмоциональная реакция направляет все внимание человека на тот объект, который его вызвал. Удивление может переходить в интерес.

Страдание. Это негативное эмоциональное состояние, появляющееся при получении информации о невозможности удовлетворения жизненно важной потребности, которое до настоящего момента представлялось в той или иной степени возможным. Страдание сопровождается чувством одиночества, опустошения, жалости к себе, оно снижает активность субъекта.

Гнев. Яркое окрашенное отрицательное эмоциональное состояние, вызванное внезапно возникшим большим препятствием на пути удовлетворения исключительно важной для человека потребности. Гнев проявляется в виде внешне выраженной сильной реакции, часто сопровождается неконтролируемой агрессией по отношению к возникшему препятствию.

Отвращение. Это отрицательное эмоциональное состояние, вызванное определенным объектом, другим человеком, обстоятельством, непосредственное взаимодействие с которым резко противоречит принципам или установкам человека. При отвращении возникает непреодолимое желание избавиться от объекта, его вызвавшего. Отвращение в сочетании с гневом может выступать мотиватором агрессивного поведения.

Презрение. Это отрицательное эмоциональное состояние, вызванное взглядами, жизненной позицией и поведением другого субъекта в процессе общения с ним, которые представляются человеку не соответствующими его собственным установкам и ценностям. Презрение приводит к деперсонализации субъекта, вызвавшего данное эмоциональное состояние.

Страх. Отрицательное эмоциональное состояние, которое может быть вызвано информацией о реальной или предполагаемой угрозе жизненному благополучию и целостности субъекта. Вторая форма страха, в противоположность только что описанной, психически более связана и соединена с определенными ситуациями и объектами. Это страх в форме чрезвычайно многообразных и порой очень странных «фобий». Страх стимулирует развитие неуверенности человека в своих силах и возможностях, может парализовать волю к действию. Однако в зависимости от личностных особенностей человека и конкретных обстоятельств, страх может способствовать повышению активности.

Существует огромное количество фобий и существует много способов их классификации, по какому то признаку. Например, их можно разделить на группы исходя из того чего боится человек - эта так называемая классификация по фабуле страха.

Стыд. Отрицательное эмоциональное состояние, вызываемое осознанием человеком несовпадения собственных мыслей, желаний, поступков, внешности с ожиданиями окружающих, а также со своими собственными.

Вина. Чувство вины - отрицательно окрашенное эмоциональное состояние, которое появляется при нарушении моральных, этических норм субъектом в ситуации, за которую он, по его мнению, несет личную ответственность [14].

В проведенном нами исследовании изучались не столько эмоциональные состояния испытуемых, сколько такие их характеристики, как устойчивость, быстрота возникновения, латентное или открытое проявление.

1.3 Влияние профессиональной деятельности на эмоциональную сферу и личностные качества медицинских работников

Одной из важнейших черт профессионализма работников медицинской сферы является способность нести ответственность за свои действия. Ответственность за пациента - это профессионально-этическая обязанность.

Особенность «помогающих» профессий заключается в том, что сам субъект деятельности является первичным инструментом своей работы, и для выполнения профессиональных обязанностей, построения помогающих отношений оказывается недостаточным использование только методических приемов. Деятельность медицинского работника требует личностной вовлеченности, открытости отношениям, умения сопереживать и сочувствовать, понимать интересы другого человека [8, 9].

Вместе с тем, медицинский работник, постоянно сталкивающийся со страданием людей, вынужден воздвигать барьер психологической защиты от больного. В противном случае ему грозит эмоциональное выгорание, невротические срывы.

Содержание профессиональной деятельности медицинского работника связано с напряжением, психическом воздействием на его эмоциональную сферу, многократно повторяющемся на протяжении длительного времени. На таком фоне деятельности зачастую возникает хронический стресс. Профессиональная деятельность медицинских сестер одна из самых «стрессогенных».

Среди стрессов, вероятных в сестринской практике, выделяют, в частности, и такие:

- контакт с болью, смертью, инвалидами;
- недостаточная профессиональная самостоятельность;
- роль на службе, не отвечающая потребности;
- недостаточное внимание к индивидуальному развитию;
- быстрые изменения в обществе и в профессии, недостаточная

профессиональная подготовка

- плохие условия работы, работа по сменам;
- низкая зарплата;
- конфликт «между домом и работой».

О наличии стресса свидетельствуют следующие поведенческие реакции:

- снижение активности;
- изменение отношения к работе;
- изменения в повседневной жизнедеятельности (например, снижение аппетита, бессонница и т.п.);
- изменение социальных взаимоотношений;
- изменение восприятия реальности.

Проблемы со сном - трудное засыпание и частое пробуждение, изменение привычек, связанных с питанием, сном, любимым занятием, эмоциональные вспышки и частая плаксивость, тревога, депрессия, вялость, снижение работоспособности и качества работы, склонность к ошибкам, забывчивость, ухудшение внимания к деталям, рассеянность, апатия - все это показатели стресса.

Противостоять стрессу человеку помогают определенные формы поведения, устраняя или преодолевая стресс физически, либо эмоционально.

И. Харди предложена классификация медицинских сестер относительно типов эмоциональности. Приведем эту классификацию.

Сестра - рутинер. Для нее характерно мастерское, но механическое «без души», выполнение обязанностей. По словам И. Харди, выполняются все, что нужно для ухода, но самого-то ухода и нет.

Сестра, играющая заученную роль. Она стремится быть идеалом, артистично играет роль «благодетельницы», забывая об искренности и подлинном контакте с пациентом.

«Нервная» сестра. Она эмоционально лабильна, склонна к невротическим реакциям. На ее лице нередко видна обида на ни в чем не

повинных больных.

Маскулинная, сильная личность. «Строга, но справедлива», однако при низком уровне культуры сестры этого типа могут быть грубыми и агрессивными

Материнский тип. Отличаются высоким искусством большой заботы о людях.

Тип специалиста. Это фанатики узкого вида деятельности (секретарского или лабораторного), ничем кроме нее не интересующиеся. По моему мнению, к этому типу в последние годы стал относиться большой отряд операционных сестер, замкнувшийся в рамках «элитного», как они считают, дела.

Автор приведенной классификации определил схемы поведения и общения с пациентами у медицинских сестер каждого типа:

Ситуации общения с типами личности у медицинских сестер.

Тип личности медсестры	Схемы поведения (типы ответов пациенту)
Сестра-рутинер	-инквизиторский ответ; -оценивающий ответ.
Сестра, играющая заученную роль	-инквизиторский ответ; -оценивающий ответ
«Нервная» сестра	-агрессивный ответ; -инквизиторский ответ -оценивающий ответ
Маскулинная, сильная личность	-агрессивный ответ; -оценивающий ответ -эмпатичный ответ
Материнский тип	-эмпатичный ответ
Тип специалиста	-инквизиторский ответ; -оценивающий ответ

Неадекватный содержанию профессии стиль работы медицинской сестры, особенности ее личности, ее недостаточный культурный уровень, образованность и т.п. оказывают большой вред как пациенту, так и имиджу этой профессии [7, 18].

Одно из главных требований, предъявляемых к работе медицинской сестры - эмпатичность. Этим свойством личности каждый человек обладает в разной мере. Способность к эмпатии у одного и того же человека имеет разное выражение в каждой конкретной ситуации. У медицинской сестры эмпатичность проявляется в разной степени в работе с каждым конкретным пациентом. Важно иметь в виду, что состояние медицинского работника не может и не должно быть идентично состоянию пациента. Умение «настраиваться на волну» пациента не означает, что врач или медсестра должны переживать то же, что и пациент. При псевдоэмпатии невозможно соблюдение не менее важного принципа «искренности», ведь переживать несуществующие чувства означает вводить в заблуждение себя и пациента. Здесь необходим тот уровень эмпатии, при котором пациент перестает ощущать себя наедине со своими бедами.

При исполнении профессиональных обязанностей медицинскому работнику нередко приходится скрывать свои спонтанно возникающие естественные чувства, которые не соответствуют ситуации. Немало эмоциональной энергии уходит, например, на подавление чувства раздражения, усталости, возникающих при общении с пациентом, на скрывание своего неприятия каких-либо личностных качеств пациента. В одних случаях медсестра не решается высказывать пациентам подобные «неподходящие» переживания, руководствуясь формулой «не вреди» и своими представлениями о вреде и пользе. В других случаях она не хочет испортить впечатление пациента о себе и службе в целом. Иногда медсестра скрывает «неприемлемые чувства» не только от пациента, но и от себя. Тем не менее, как бы неуместны эти переживания ни были, они существуют, и результаты их существования дают о себе знать в виде симптомов профессионального и эмоционального выгорания.

Адекватное восприятие этих симптомов - первый шаг на пути к пониманию себя, своего эмоционального состояния и решению проблем, возникающих при общении с пациентом.

Другой необходимый шаг - предоставление пациенту обратной связи о своих впечатлениях. Необходимость в этом шаге и его уместность зависит от многих обстоятельств. В некоторых случаях искренняя и правильно выраженная обратная связь полезнее, чем демонстрируемые «пластиковые» чувства. Чем глубже и длительнее контакт с пациентом, тем большую необходимость имеет открытое выражение чувств. Это важно и для профессионала, и для пациента. Значение здесь имеет не столько модальность чувств, сколько умение выражать их. Более того, такая открытость со стороны медицинского работника имеет свое психотерапевтическое значение. Обратная связь имеет экзистенциальную функцию («Я услышан другим») и функцию коммуникативную («Я знаю, как другой человек ко мне относится»).

Отношения, складывающиеся между пациентом и медсестрой - это одно из проявлений взаимоотношений пациента с окружающими, которые, скорее всего, точно также стараются щадить его и не рассказывают ему о своих негативных впечатлениях. Часто медицинские работники ограничиваются директивными указаниями или уходят от контакта с пациентом, не объясняя причин и предоставляя ему самостоятельно восполнить этот пробел. Правильно выраженные чувства помогут пациенту пролить свет на волнующие его вопросы, то есть понять механизм, скрывающийся за непонятными действиями окружающих. Поэтому полезнее расходовать энергию не на подавление естественных эмоциональных реакций, а на поиск подходящей формы для их выражения [18].

Негативные эмоции, такие как страх, раздражение и т.п., возникающие у медицинского работника во время или после работы часто связывают с негативными переживаниями пациента. Негативное эмоциональное состояние медсестры является в этом случае следствием «эмоциональной вовлеченности» в негативные переживания пациента. В основе этого лежит механизм «заражения», то есть «непосредственного перехода» эмоций от одного человека к другому. Но такое объяснение уводит в сторону от более

сложных и тонких процессов, происходящих при встрече с пациентами, находящимися в кризисной ситуации. Анализ негативных переживаний медицинского работника обнаруживает, что они являются внешним выражением различных менее осознаваемых состояний самого специалиста. Примером может служить страх предстать перед пациентом беспомощной и некомпетентной. Более глубокий анализ переживаний специалиста приводит Тамар Крон: «Не испытываем ли мы тревогу за сохранность собственных схем и аксиом и не стараемся ли их защитить? Не пытаемся ли мы отдалиться от «опасного» для наших схем опыта клиента?» [30].

Большое количество разнообразных профессиональных ситуаций, а также схем и представлений о жизни, с которыми встречается каждый человек, должны приводить к осознанию им своей субъективности. По мере приобретения профессионального и жизненного опыта это ощущение не уменьшается, а, напротив, растет. Но вместе с ним растет осознание своей некомпетентности и переживание крайней ответственности за судьбу пациента. Лишь небольшая часть профессионалов могут адекватно переживать эти чувства, у которых параллельно идут процессы, защищающие человека от «многообразия опыта» и «хаоса бытия». Эти процессы включают обобщение и систематизацию своего опыта, типологизацию пациентов, создание своих и использование чужих схем работы с разными проблемами, поиск критериев эффективности своей работы.

Некоторые личностные особенности медицинских работников могут делать их более или менее уязвимыми к эмоциональному выгоранию. Склонная к стрессу, напористая, «стресс - зависимая» личность представляет собой хорошо известный стереотип, но интересно, что одна из моделей Дж. Эдельвич, А. Бродски процесса эмоционального выгорания в качестве своей первой стадии имеет «идеалистический энтузиазм». Общепринятой является точка зрения, что именно оказывающий помощь и преданный человек является наиболее уязвимым; как говорится в поговорке «вы должны быть в

огне, чтобы сгореть», и поэтому, некоторые из наиболее успешно и плодотворно работающих имеют самый высокий риск эмоционального выгорания. У них есть тенденция к идеалистическим, а не реалистическим ожиданиям, они становятся свехувлеченными своей работой и им трудно оторваться от нее.

По мнению Р. Винсент, некоторые из людей могут быть созависимыми и испытывать сильную потребность чувствовать себя необходимыми, значимыми, ценимыми и принятыми. Для них характерно стремление рвать связи со знакомыми и родственниками, при общении с которыми могут проявиться их уязвимость. Поэтому они уединяются в своем маленьком мире, где они испытывают больше положительных эмоций, например в своей профессиональной деятельности. В этом случае их экзистенциальные потребности удовлетворяются через их профессиональную идентичность. Но тогда профессиональные угрозы и стрессы они переживают как вызов фундаментальным надеждам, целям, смыслу и назначению, что практически не компенсируется поддержкой со стороны [6].

Как отмечает М. Кинг, преобладающая особенность медицинской профессии - отрицать проблемы, связанные с личным здоровьем. Развитию этого состояния способствуют определенные личностные особенности - высокий уровень эмоциональной лабильности, высокий самоконтроль, особенно при выражении отрицательных эмоций со стремлением их подавить, рационализация мотивов своего поведения, склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, связанным с недостижимостью «внутреннего стандарта» и блокированием в себе негативных переживаний, ригидная личностная структура.

Каждому медицинскому работнику необходимо стать своим собственным квалифицированным специалистом по устранению стресса и научиться распределять приоритеты и, при необходимости, думать об изменении образа жизни, внося перемены в свою повседневную жизнь.

Полезно знать помнить о том, что мы сами всегда либо часть наших проблем, либо часть их решений.

Требования, предъявляемые к эмоциональной сфере медицинских работников, довольно противоречивые, и отражают сложность этой профессии, ее энергозатратность. Наряду с эмпатичностью медицинский работник должен быть и эмоционально устойчивыми. Чрезмерная эмоциональность, как и заторможенность могут быть препятствием для осуществления необходимых чётких и быстрых действий.

Нами было проанализировано большое количество литературы по проблеме профессиональных и личностных качеств медработников. Качества, выделяемые разными авторами, подчеркивают важность одних и тех же качеств.

Многие исследователи этой проблемы выделяют как одно из основных качеств личности медработников аутентичность.

Понятие аутентичности или «подлинности» отражает одну из важнейших интегративных характеристик личности. Оно разработано в гуманистической психологии. Психологический смысл этой личностной характеристики определяется как согласованность, целостность, взаимосвязанность проявлений основных психологических механизмов, обуславливающих личностное функционирование. Человек, обладающий таким качеством, стремится быть самим собой и является таковым. Он не расходует энергию на создание внешних эффектов, а использует ее на решение реальных проблем. Первый президент Ассоциации гуманистической психологии Дж. Бьюдженталь отождествляет понятие «аутентичность» с близким по смыслу «присутствие» [5, с.157]. Он выделяет две стороны этого свойства. Первое из них - «доступность», что отражает степень того, насколько субъект допускает, чтобы происходящее в данной ситуации имело для него значение, и в соответствии с этим воздействовало на него.

Вторая сторона - экспрессивность, отражающая степень, в которой субъект склонен позволять другим узнать себя в данной ситуации. Это

качество включает в себя самораскрытие без маскировки каких-то субъективных переживаний [5].

Аутентичность обобщает многие свойства личности, поэтому ее границы нечетки, и она обозначается множеством терминов. В качестве этого понятия используются такие определения, как полноценно функционирующая личность (К. Роджерс), свобода (Г. Олпорт), самоактуализация (А. Маслоу), целостная личность (Ф. Перлс), конгруэнтность (Дж. Гриндер, Р. Бендлер).

Одним из основных элементов структуры аутентичности является понятие «свобода», означающее, что в самоопределении и ответственности перед собой человек является нравственно свободным. И.М. Сеченов писал о том, что человек есть существо свободное, «определяющее действия из самого себя» [13, с. 234].

Другим важнейшим качеством аутентичной личности является рефлексия. В профессиональной деятельности медицинского работника рефлексивность проявляется в совместной деятельности и отражается в степени понимания им своей сущности в реальной действительности. Это качество связано с процессом познания своего внутреннего состояния.

Для профессиональной деятельности в сфере «человек-человек» важно рефлексивное слушание, которое способствует установлению положительного эмоционального контакта, взаимного чувства близости и доверия пациента к специалисту. Рефлексивное слушание отражает понимание того, что выразил другой человек, понимание выражения словесных значений.

Понятие аутентичности предполагает также высокий уровень интеллектуальных способностей, подвижность, пластичность мышления, понимания отношений, обстоятельств.

Еще одним условием аутентичности является развитая эмоционально-волевая сфера.

Необходимым личностным качеством медработников является адекватная самооценка, регулирующая поведение и характер профессиональных отношений. От самооценки зависят уровень критичности, степень требовательности к себе, отношение к профессиональным успехам и неудачам. Самооценка оказывает непосредственное влияние на эффективность деятельности медицинского работника и его дальнейший личностный рост и профессиональное развитие.

Личностный рост и профессиональное развитие связано с самоактуализацией - стремлением человека к наиболее полному выявлению и развитию своих возможностей, к актуализации своего личностного потенциала.

Иерархическая модель мотивации А. Маслоу, включающая необходимые для жизнедеятельности и развития личности потребности, указывает на то, что при удовлетворении этих потребностей возникает система этических и моральных ценностей. Этические и моральные ценности составляют жизненную и профессиональную философию медработников. В медицинской профессии основными характеристиками этико-моральных ценностей являются их объективность и нейтральность.

Ключевым качеством медработников является активность. По мнению Б.Г. Ананьева, активность является «одним из важных индикаторов человеческой индивидуальности», воплощающим «великие возможности исторической природы человека». Через активность и опосредованный ею характер в структуре личности проявляется индивидуальность человека в целом и индивидуальность человека как субъекта деятельности. Активность также обнаруживается отдельным, относительно самостоятельным параметром, поскольку в своем особом качестве координационно связывает структуры свойств человека, - от его психофизиологии до социальной психологии [2]. В активности проявляются такие ее свойства, как креативность, эмоциональность, конструктивность.

Активность в профессии медицинского работника связана с коммуникативными способностями, такими как интерес к людям, доброжелательность, альтруизм.

Природным источником активности является темперамент. С темпераментом, типом высшей нервной деятельности связаны такие психологические свойства личности, как общительность, направленность на сотрудничество, эмоциональная стабильность, самоконтроль. Темперамент, природные особенности индивида оказывают огромное влияние на процессы адаптации.

В профессиональной деятельности медицинского работника адаптация является постоянным процессом. Эта профессия требует активного приспособления к меняющимся условиям: к различным проявлениям человеческой индивидуальности, различным психическим и физическим реакциям пациентов на болезнь, которая, как правило, является для них стрессовой ситуацией и т.п.

Эффективность адаптационных процессов в значительной степени зависит от того, насколько адекватно медработник воспринимает себя, свои профессиональные возможности и обязанности. Эффективность лечебного процесса зависит от адаптивности и позиции специалиста, направленной на успешность в своей деятельности.

Особую роль в успешной адаптации к экстремальным условиям работы играют функциональное, психическое и моральное состояние медработников.

Деадаптация медработников проявляется в постоянной неуспешности попыток реализации профессиональной цели, в неудовлетворенности процессом и результатом лечебного процесса. Подобная ситуация может свидетельствовать об эмоциональных проблемах, незрелости в сфере принятия решений или являться прямым отражением экстремальности ситуации.

К качествам, способствующим адапционным процессам медработников можно отнести толерантность и эмоциональную устойчивость.

Толерантность - отсутствие или ослабление реагирования на какой-либо неблагоприятный фактор в результате снижения чувствительности к его воздействию. Толерантность к больному проявляется в повышении порога эмоционального реагирования на угрожающую ситуацию. Внешне такая способность проявляет себя в выдержке, самообладании, способности длительно выносить неблагоприятные воздействия без снижения адаптивных возможностей.

Эмоциональная устойчивость - интегральное свойство психики, позволяющее преодолевать состояние излишнего эмоционального возбуждения при выполнении сложной деятельности. Это свойство отражает чувствительность индивида к эмоциональным стимулам и податливость психических механизмов регуляции.

Исследования психологов и психофизиологов указывают на связь эмоциональной устойчивости и свойств высшей нервной деятельности. Я. Стреляу полагает, что эмоциональная устойчивость зависит от свойства «реактивности» [36]. «Реактивность» характеризует высоту порога чувствительности и порога работоспособности: чем ниже порог чувствительности, тем ниже порог работоспособности. У людей с высокой реактивностью к стимулам в стрессовых ситуациях в значительной степени ухудшается качество деятельности.

По мнению В.Д. Небылицына, проблема свойств нервной системы «переводится в план проблемы факторов оперативной надежности человека, сталкивающегося с экстремальной ситуацией и решающего в условиях значительной напряженности достаточно сложные и ответственные задачи [27].

Кроме прочих классификаций, существует та, в которой индивидуально-психологические различия человека соответствуют его

направленности либо на мир внешних объектов (экстравертированный тип), либо на явления его собственного субъективного мира (интровертированный тип). Для работы в сфере «человек-человек» предпочтительно преобладание работников экстравертивного типа. Им в большей степени свойственна социальная адаптивность, общительность, гибкость поведения.

Таким образом, к основным качествам, определяющим эффективность деятельности медицинских работников, относятся:

- хорошая адаптация, эмоциональная устойчивость, работоспособность.
- эмпатия, интерес к людям, доброжелательность, альтруизм;
- доступность, открытость, дипломатичность, гибкость;
- конгруэнтность, самоконтроль.

К необходимым познавательным способностям медработников относятся:

- высокий интеллектуальный уровень, научная и социальная информированность;
- большой объем оперативной зрительной памяти;
- способность к распределению, переключению и концентрации внимания;
- специальные способности.

Профессионализм - одно из высших показателей эффективности в деятельности медработников. Профессиональное искусство включает в себя, прежде всего мотивацию и активность к познавательной деятельности, необходимый уровень образования, специальную подготовку для работы в определенных сферах медицины.

Профессиональные и личностные качества эффективного медработника сочетаются друг с другом. Эти качества различны - одни имеют биологическую обусловленность, другие приобретаются человеком в процессе социализации и профессионального становления. Их слияние дает мощный толчок к успешной профессиональной деятельности.

Глава 2. Изучение эмоциональных особенностей медицинских работников с разным стажем профессиональной деятельности

2.1. Описание процедуры и методов исследования

Всего в исследовании приняли участие 31 испытуемый - медицинские работники (медсестры). Выборка была поделена на две группы: Группа 1 - медсестры со стажем работы до 5-ти лет (18 человек) и Группа 2 - медсестры со стажем работы более 15 лет (13 человек).

В исследовании были использованы следующие методики:

- Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний, авторы К.К. Яхин, Д.М. Менделевич;
- Фрайбургский личностный опросник (FPI);
- Шкала депрессии Цунга (Шкала сниженного настроения - субдепрессии), адаптация Г.И. Балашовой.
- Методика диагностики уровня эмпатии, автор И.М. Юсупов.

Ниже приведено краткое описание используемых методик.

Для изучения психофизиологического благополучия испытуемых был использован клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. Данный опросник содержит шесть шкал, с помощью которых можно оценить уровень тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений, невротической депрессии, вегетативных нарушений.

При обработке диагностических данных суммируют диагностические коэффициенты по шести шкалам и оценивают их в соответствии с инструкцией:

показатель больше +1,28 балла свидетельствует о норме;

показатель меньше -1,28 указывает на болезненный характер выявляемых расстройств.

Многофакторный личностный тест Фрайбургский личностный опросник предназначен для диагностики некоторых важных свойств личности. Опросник FPI содержит 12 шкал. Общее количество вопросов - 114. Шкалы опросника 1-9 являются основными, а шкалы 10-12 - производными.

Шкала 1 (невротичность) характеризует уровень невротизации личности. Высокие оценки соответствуют выраженному невротическому синдрому астенического типа со значительными психосоматическими нарушениями.

Шкала 2 (спонтанная агрессивность) позволяет оценить психопатизацию интротенсивного типа. Высокие оценки свидетельствуют о повышенном уровне психопатизации, создающем предпосылки для импульсивного поведения.

Шкала 3 (депрессивность) определяет признаки, характерные для психопатологического депрессивного синдрома. Высокие оценки по шкале соответствуют наличию этих признаков в эмоциональном состоянии, в поведении, в отношениях к себе и к социальной среде.

Шкала 4 (раздражительность) оценивает эмоциональную устойчивость. Высокие оценки свидетельствуют о неустойчивом состоянии со склонностью к аффективному реагированию.

Шкала 5 (общительность) характеризует как потенциальные возможности, так и реальные проявления социальной активности. Высокие оценки позволяют говорить о наличии выраженной потребности в общении и постоянной готовности к удовлетворению этой потребности.

Шкала 6 (уравновешенность) отражает устойчивость к стрессу. Высокие оценки свидетельствуют о хорошей защищенности к воздействию стресс-факторов обычных жизненных ситуаций, базирующейся на уверенности в себе, оптимистичности и активности.

Шкала 7 (реактивная агрессивность) направлена на выявление наличие признаков психопатизации экстратенсивного типа. Высокие оценки

свидетельствуют о высоком уровне психопатизации, характеризующемся агрессивным отношением к социальному окружению и выраженным стремлением к доминированию.

Шкала 8 (застенчивость) отражает предрасположенность к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, протекающему по пассивно-оборонительному типу. Высокие оценки по шкале отражают наличие тревожности, скованности, неуверенности, следствием чего являются трудности в социальных контактах.

Шкала 9 (открытость) позволяет характеризовать отношение к социальному окружению и уровень самокритичности. Оценки по данной шкале могут способствовать анализу искренности ответов, что соответствует шкалам лжи других опросников.

Шкала 10 (экстраверсия-интроверсия) - высокие оценки по шкале соответствуют выраженной экстравертированности личности, низкие - выраженной интровертированности.

Шкала 11 (эмоциональная лабильность). Высокие оценки по этой шкале указывают на неустойчивость эмоционального состояния, проявляющуюся в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности. Низкие оценки характеризуют не только высокую стабильность эмоционального состояния как такового, но и хорошее умение владеть собой.

Шкала 12 (маскулинизм-феминизм) определяет характер протекания психической деятельности преимущественно по мужскому типу (высокие оценки) и по женскому типу (низкие оценки).

На предлагаемые стимулы испытуемые отвечают согласием («Да») и ли несогласием («Нет»).

Шкала депрессии Цунга была разработана в Университете Дюка психиатром Уильямом Цунгом, адаптирована в отделении НИИ им. Бехтерева Г.И. Балашовой. Эта методика предназначена для самооценки депрессии и позволяет определить степень депрессивного расстройства. При

помощи Шкалы Цунга испытуемый может произвести самостоятельное обследование депрессии. Этот тест обладает высокой чувствительностью и позволяет избежать дополнительных временных затрат.

Двадцать факторов теста определяют четыре уровня депрессии. В стимульном материале присутствуют десять «позитивных» и десять «негативных» вопросов. Каждый вопрос оценивается по шкале от 1 до 4:

- 1 - «никогда»;
- 2 - «иногда»;
- 3 - «часто»;
- 4 - «постоянно».

Результаты оцениваются по следующей шкале:

- 25-49 баллов - нормальное состояние (без депрессии);
- 50-59 баллов - слабо выраженная депрессия (депрессия ситуативного или невротического генеза);
- 60-69 баллов - умеренная депрессия (субдепрессивное состояние);
- 70 баллов и выше - выраженная депрессия (истинное депрессивное состояние).

Исследование уровня эмпатии проводилось по методике И.М. Юсупова.

В ходе работы с методикой испытуемые отвечают на каждое из 36 утверждений в соответствии со следующей шкалой:

- «не знаю» - 0 баллов;
- «нет, никогда» - 1 балл;
- «иногда» - 2 балла;
- «часто» - 3 балла;
- «почти всегда» - 4 балла;
- «да, всегда» - 5 баллов.

Подсчет результатов проводится в соответствии с инструкцией к тесту.

Результаты определяются по следующему классификатору:

- от 82 до 90 баллов - очень высокий уровень эмпатийности;

- от 63 до 81 балла - высокая эмпатийность;
- от 37 до 62 баллов - нормальный уровень эмпатийности, присущий большинству людей;
- от 12 до 36 баллов - низкий уровень эмпатийности;
- 11 баллов и менее - очень низкий уровень эмпатии.

В качестве метода математической статистики был использован Т-критерий Стьюдента для независимых выборок.

2.2. Анализ и интерпретация диагностических данных

В исследовании приняли участие медицинские работники (медсестры) с разным стажем работы. Выборка испытуемых из 31 человека была поделена на две группы: Группа 1 - медсестры со стажем работы до 5-ти лет (18 человек) и Группа 2 - медсестры со стажем работы более 15 лет (13 человек).

На первом этапе исследования для изучения особенностей эмоциональной сферы медицинских работников мы использовали клинический опросник по выявлению и оценке невротических состояний (авторы К.К. Яхин и Д.М. Менделевич).

Данный опросник содержит шесть шкал, с помощью которых можно оценить уровень тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений, невротической депрессии, а также вегетативных нарушений у испытуемых.

Индивидуальные диагностические данные представлены в таблицах 1 и 2 Приложения.

Ниже в таблицах и на диаграмме приведены результаты диагностики невротических состояний испытуемых с разным стажем работы.

Таблица 1

Результаты диагностики невротических состояний
испытуемых со стажем работы < 5-ти лет (в %)

Шкалы невротических состояний					
Шкала тревоги	Шкала невротической депрессии	Шкала астении	Шкала истерического типа реагирования	Шкала обсессивно-фобических нарушений	Шкала вегетативных нарушений
33	28	22	28	22	22

Таблица 2

Результаты диагностики невротических состояний
испытуемых со стажем работы > 15-ти лет (в %)

Шкалы невротических состояний					
Шкала тревоги	Шкала невротической депрессии	Шкала астении	Шкала истерического типа реагирования	Шкала обсессивно-фобических нарушений	Шкала вегетативных нарушений
38	46	46	31	46	62

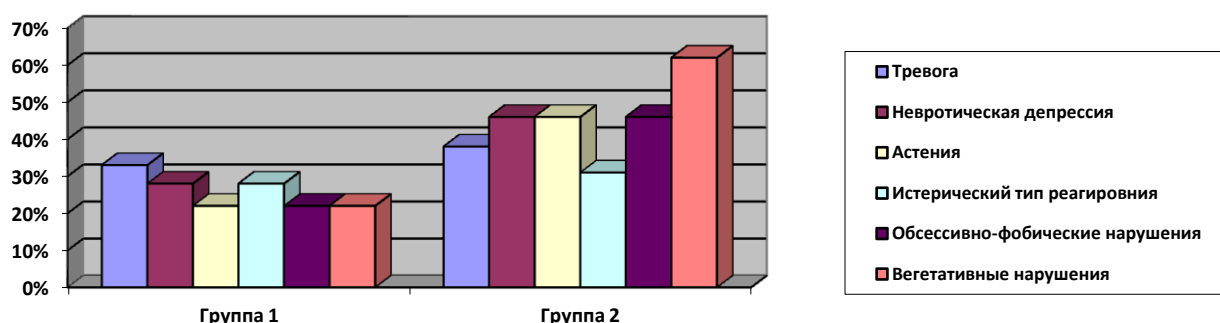


Рис. 1. Выраженность невротических состояний в группах испытуемых с разным стажем профессиональной деятельности

Табличные и графические данные указывают на преобладание невротических состояний по всем исследуемым шкалам в группе испытуемых с большим стажем профессиональной деятельности. Наиболее заметны различия по шкалам астении, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений.

Значимость различий диагностических показателей мы проверили с

помощью метода математической статистики Т-критерия Стьюдента.

Таблица 3

Различия диагностических данных по показателям невротических состояний испытуемых с разным стажем профессиональной деятельности

Группы	Шкалы невротических состояний (ср. диагностические значения)					
	1	2	3	4	5	6
1	0.91	1.29	1.62	1.31	2.25	1.51
2	-0.25	-0.15	-0.11	-0.13	0.18	-1.06
Тэмп.	1.6	1.9	2.2	1.8	2.5	3.1

Критические значения

Ткр.	
$p \leq 0.05$	$p \leq 0.01$
2.05	2.76

Диагностической значимости (при $p \leq 0.05$) достигают различия по шкалам астении, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений.

По показателям тревоги, невротической депрессии и истерического типа реагирования значимых различий не обнаружено.

Показатель тревоги отражает свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и другие отрицательные эмоции в специфических ситуациях. Состояние тревожности включает в себя как умственное, так и физическое напряжение. Чувство тревоги подавляет другие эмоции, блокирует способность трезво оценивать ситуацию. Высоkotревожные индивиды более эмоционально воспринимают фрустрирующие обстоятельства, менее работоспособны в стрессовых ситуациях, для них характерна мотивация избегания неудачи.

Стрессовые и фрустрирующие ситуации вызывает у людей с высокой тревожностью сильное беспокойство, которое мешает сосредоточиться на решении проблемы, происходит блокировка нужной информации, что может отрицательно сказаться на результатах деятельности.

Показатель тревоги несколько выше у медицинских работников с большим стажем профессиональной деятельности, однако, значимых различий по этому показателю между группами испытуемых с разным стажем профессиональной деятельности не обнаружено.

Не выявлено значимых различий и по шкале невротической депрессии. Индивидуальные диагностические данные свидетельствуют о том, что у испытуемых с показателем меньше -1,28 по этой шкале характер расстройства относится к типичной форме депрессии, и является депрессивным эпизодом. Известно, что депрессивные эпизоды всегда в той или иной степени затрагивают работоспособность человека. Среди испытуемых Группы 2 (со стажем профессиональной деятельности выше 15-ти лет), больше тех, у кого продиагностировано данное расстройство. Средние диагностические значения также свидетельствуют о более глубоких формах невротических расстройств у испытуемых этой группы. Однако различия между группами по данному показателю не достигают уровня диагностической значимости.

Также не обнаружено различий по шкале истерического типа реагирования.

Истерический тип реагирования проявляется в аффективных припадках, ярких отрицательных эмоциях и является отражением внутреннего конфликта между «надо» и «не могу», «хочу» и «не могу». Истерический тип реагирования свидетельствует об астении, значительном ослаблении психофизического потенциала человека вследствие таких нагрузок, которые являются для него перегрузками. В клинической картине истерического типа реагирования на первом месте оказываются повышенная истощаемость, утомляемость, слабость, снижение продуктивности (интенсивности и качества работы), неспособность к длительному сосредоточению, отвлекаемость.

Рассмотрим те показатели невротических состояний, по которым выявлены различия между группами испытуемых с разным стажем

профессиональной деятельности - астении, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений.

Астения относится к числу одного из наиболее распространенных симптомов многих соматических и психических заболеваний. При этом она отличается от физиологической усталости, которая является нормой, возникает у практически здоровых людей после физической или умственной нагрузки, а после полноценного отдыха исчезает. При астении ощущение слабости и утомляемости, снижение работоспособности не связаны с какой-либо нагрузкой, возникает даже в покое и не исчезает после отдыха. Для обозначения астенических расстройств используют два основных термина - «астенический синдром» и «синдром хронической усталости». Астения сочетается со следующими симптомами:

- внутреннее напряжение, тревога, снижение настроения, раздражительность;

- нарушения внимания, рассеянность, снижение мнемических функций.

Обсессивно-фобический невроз проявляется в двух основных формах: образной и отвлеченной. При образной форме характерными признаками являются навязчивые картины прошлых событий, которые сопровождаются сомнениями, тревогой. К отвлеченной форме обсессивно-фобического невроза относят настойчивые попытки вспомнить факты, имена, фамилии, лица и т.п., а также прокручивание в голове несовершенных действий. Такое навязчивое состояние в эмоциональной сфере проявляется в фобиях. Переживания провоцируют возврат к одной и той же мысли, выполнение повторных действий с целью перепроверить сделанное, что приводит к переутомлению.

Термин вегетативная дистония - широкое понятие, которое включает в себя любое патологическое изменение деятельности вегетативной нервной системы. Вегетативная нервная система регулирует основные физиологические процессы организма - кровяное давление, частоту дыхания и др. Эта система работает автономно без осознанного усилия. Самым

распространенным заболеванием вегетативной нервной системы является вегетативная дистония, под которым понимаются психогеннообусловленные вегетативные нарушения. Вегетативные нарушения могут быть разделены на три отдельных клинических синдрома:

- Синдром периферической (прогрессирующей) вегетативной недостаточности, который проявляется патологией со стороны внутренних органов. В этом случае чаще всего наблюдаются снижение артериального давления, кардиоритмические нарушения.

- Психовегетативный синдром - полисистемные вегетативные расстройства, возникающие при психогенных заболеваниях, например, как психофизиологическая реакция на стресс, расстройство адаптации, посттравматическое расстройство, невротические заболевания, но может развиваться при соматических болезнях, физиологических гормональных перестройках и т.п. При вегетативных нарушениях человек испытывает чувство беспокойства, подавленность, раздражительность.

На основании полученных диагностических данных мы можем заключить, что продолжительность профессиональной деятельности медицинских работников может привести к усилению субъективного дискомфорта, связанного с рабочими ситуациями, что сопряжено с нарастанием астенических расстройств, навязчивых фобических состояний, невротического сверхконтроля, а также с вегетативными нарушениями.

Перейдем к анализу результатов диагностики по методике «Фрайбургский личностный опросник». Индивидуальные диагностические данные по этой методике представлены в табл. 3 и 4 Приложения.

Фрайбургский личностный опросник включает 12 шкал, из которых нами в соответствии с целью исследования выделены такие, как спонтанная агрессивность, раздражительность, реактивная агрессивность и эмоциональная лабильность. Ниже в таблицах и на диаграмме приведены данные по этим показателям для сравнения их выраженности в двух исследуемых группах.

Таблица 4

Результаты диагностики по методике FPI
испытуемых со стажем работы < 5-ти лет (в %)

Уровень	Шкалы			
	Спонтанная агрессивность	Раздражительность	Реактивная агрессивность	Эмоциональная лабильность
Высокий	11	33	22	22
Средний	67	45	45	45
Низкий	22	22	33	33

Таблица 5

Результаты диагностики по методике FPI
испытуемых со стажем работы > 15-ти лет (в %)

Уровень	Шкалы			
	Спонтанная агрессивность	Раздражительность	Реактивная агрессивность	Эмоциональная лабильность
Высокий	31	46	46	23
Средний	46	31	39	39
Низкий	23	23	15	31

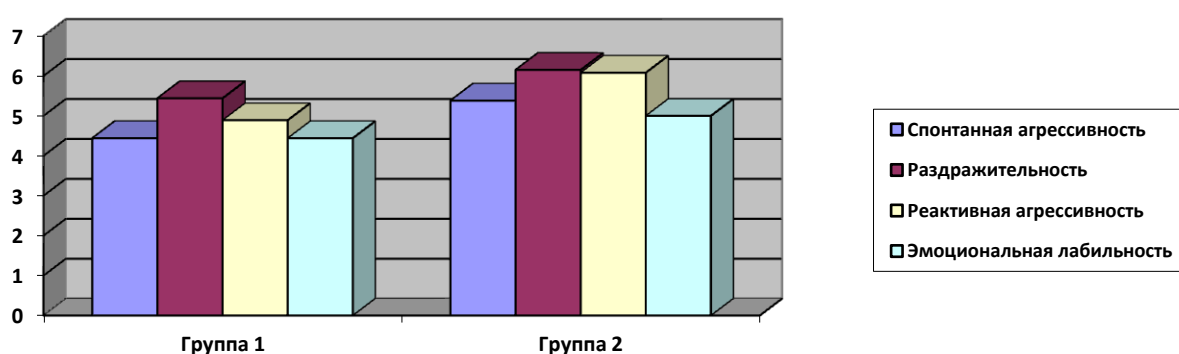


Рис. 2. Соотношение средних диагностических значений по шкалам методики FPI в группах испытуемых с разным стажем профессиональной деятельности

Таблица 6

Различия диагностических данных по методике FPI испытуемых с разным стажем профессиональной деятельности

Группы	Шкалы			
	Спонтанная агрессивность	Раздражительность	Реактивная агрессивность	Эмоциональная лабильность
Группа 1	4.44	5.44	4.89	4.44
Группа 2	5.38	6.15	6.08	5.0
Тэмп.	1.5	1.0	1.8	0.8

Результаты диагностики по многофакторному личностному опроснику FPI указывают на преобладание среднего уровня выраженности всех исследуемых показателей у испытуемых со стажем работы менее пяти лет. У испытуемых со стажем работы более пятнадцати лет средний уровень выраженности преобладает по показателям спонтанной агрессивности и эмоциональной лабильности, а по шкалам раздражительности и реактивной агрессивности преобладает высокий уровень выраженности.

На диаграмме (рис. 2) отражено соотношение средних значений по шкалам методики FPI испытуемых двух исследуемых групп. Графические данные свидетельствуют о том, что такие показатели эмоциональной сферы, как спонтанная агрессивность, раздражительность, реактивная агрессивность и эмоциональная лабильность имеют большую выраженность у медицинских работников со стажем работы более 15 лет.

Применение метода математической статистики не обнаружило значимых различий между группами ни по одному из этих показателей. Однако общая диагностическая картина, включая и средние значения и соотношение уровней выраженности по каждой из шкал, позволяет нам сделать вывод о том, что для медицинских работников с более продолжительным стажем работы характерным является повышенный уровень психопатизации, создающий предпосылки для импульсивного поведения. Эмоционально они менее устойчивы, более склонны к аффективному реагированию, чаще проявляют агрессию по отношению к

окружающим, более склонны к доминированию, у них чаще наблюдаются колебания настроения, возбудимость и раздражительность.

Следующей используемой в исследовании методикой стала Шкала депрессии Цунга. По полученным ранее результатам диагностики с использованием клинического опросника по выявлению и оценке невротических состояний мы не получили значимых различий между группами по шкале невротической депрессии. Шкала депрессии Цунга предназначена для самооценки депрессии и позволяет определить степень депрессивного расстройства. Индивидуальные диагностические данные по этой методике представлены в табл. 5 Приложения. Ниже приведены результаты диагностики, указывающие на соотношение степени выраженности депрессии испытуемых двух исследуемых групп.

Таблица 7

Результаты диагностики по Шкале депрессии Цунга (%)

Группы	Норма	Слабо выраженная	Умеренная
Группа 1	28	56	16
Группа 2	15	39	46

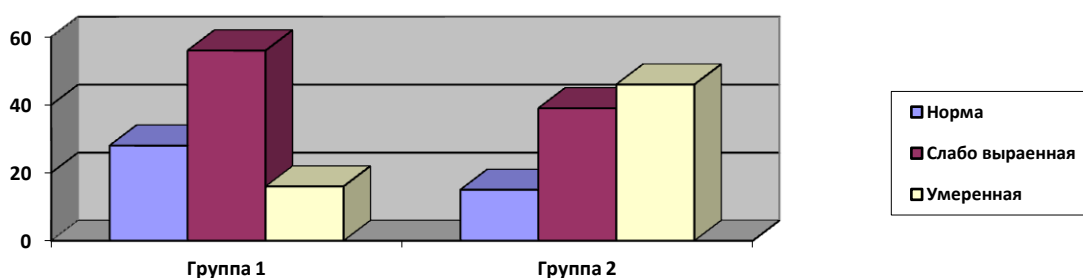


Рис. 3. Выраженность уровней депрессии в группах испытуемых с разным стажем профессиональной деятельности

Так называемая «умеренная» депрессия (или дистимия) может возникнуть при любом типе невротического расстройства, развиваться как реакция на стресс. Такой уровень депрессивного расстройства является частым спутником хронических соматических заболеваний. Умеренная

депрессия характеризуется повторяющимися эпизодами спада настроения, снижением мыслительной и двигательной активности. К стойким симптомам этого уровня депрессии относится сниженное настроение на протяжении не менее двух недель, нарушение сна, снижение аппетита, постоянные тягостные мысли о психотравмирующем событии, сниженная работоспособность. Самодиагностика маловероятна. Умеренная депрессия включает такие стойкие признаки, как апатия, тоскливое настроение, низкая заинтересованность в деятельности, неспособность испытывать удовольствие, острые переживания по поводу совершенных ошибок, как правило, мнимых, повышенная чувствительность к незначительным негативным раздражителям. Люди с дистимическим расстройством не способны к длительным волевым усилиям, они крайне нерешительны, мнительны, не проявляют интереса к общению. Этот уровень депрессии более характерен для испытуемых Группы 2. Средние диагностические значения по Шкале Цунга в этой группе равны 55.85.

У испытуемых Группы 1 преобладают показатели слабо выраженной (легкой) депрессии. Средние диагностические значения по Шкале Цунга в этой группе равны 49.72.

При слабо выраженной депрессии работоспособность сохраняется, но снижается инициативность. При таком уровне депрессия не проявляется в изменении поведения и самодиагностика не представляет особых трудностей.

Применение метода математической статистики не выявило значимых различий между двумя группами по показателю депрессии: $T_{эмп} = 2.0$.

На заключительном этапе исследования была проведена диагностика уровня эмпатии по методике И.М. Юсупова. Индивидуальные диагностические данные испытуемых обеих групп представлены в табл. 6 Приложения. В нижеследующей таблице и на диаграмме приведено соотношение уровней эмпатии в группах испытуемых с разным стажем профессиональной деятельности

Таблица 8

Результаты диагностики уровня эмпатии испытуемых (%)

Группы	Уровни			
	низкий	средний	высокий	очень высокий
Группа 1	5	56	28	11
Группа 2	15	62	8	15

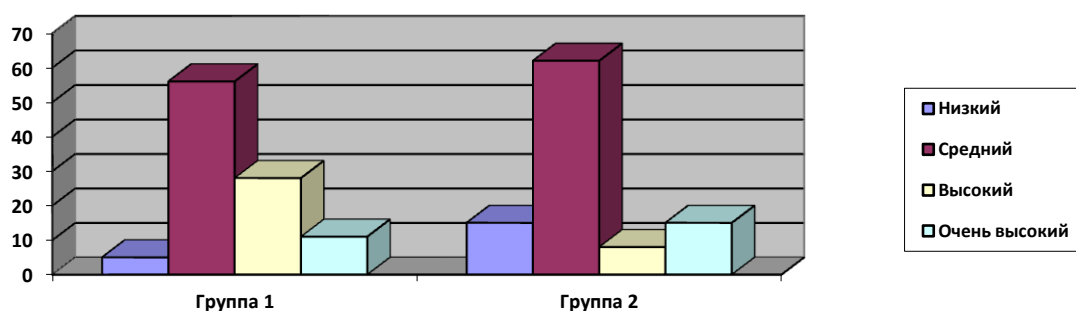


Рис. 4. Соотношение уровней эмпатии в группах испытуемых с разным стажем профессиональной деятельности

Одним из важных личностно-профессиональных качеств в медицинской сфере является способность к эмпатии - умение воспринимать эмоциональные состояния пациентов, а также умение устанавливать с ними эмоционально благоприятные отношения. Работа в медицинской сфере характеризуется постоянным эмоциональным взаимодействием с большим количеством людей, не только с пациентами, но и их родственниками, а также с другим медицинским персоналом. В общении медицинского работника с пациентом проявление эмпатии означает понимание его слов, эмоций и жестов. Понимание конкретного психического состояния больного, его личного склада является важным фактором, способным повысить качество оказываемой медицинской помощи.

Следует отметить, что больной находится в подчинённом положении по отношению к медицинскому персоналу по причине угнетённого состояния, вызванного заболеванием. Его эмоциональное состояние улучшается, если он чувствует, что внимание медицинского персонала сконцентрировано на нем. При этом медицинскому работнику нельзя всецело

погружаться в эмоциональное состояние больного, идентифицироваться с ним в страдании, вызванном болезнью. Способность к эмпатии в профессиональной деятельности должна сочетаться с самоконтролем.

Полученные диагностические данные указывают на преобладание среднего уровня эмпатии у медицинских работников с разным стажем профессиональной деятельности.

Людам со средним уровнем эмпатии не чуждо проявление эмоций, однако они способны держать их под контролем. Раскованность чувств им не свойственна. В общении они внимательны, стараются понять партнера по общению, хотя в некоторых ситуациях могут терять терпение. В совместной деятельности их больше интересуют действия, а не переживания других людей.

Высокий уровень эмпатии продиагностирован почти у трети испытуемых Группы 1 (28%). Людям с высоким уровнем эмпатии свойственно не только понимать других людей, но и постоянно им сочувствовать, сопереживать. Такие люди чувствительны к проблемам и нуждам окружающих, эмоционально отзывчивы, быстро устанавливают контакт, очень общительны, стремятся уйти от конфликтов и найти компромиссные решения.

Высокий уровень эмпатии в меньшей степени свойственен испытуемым Группы 2. Однако в этой группе больше испытуемых с очень высоким уровнем эмпатии, для которого характерна излишняя эмоциональность. Человек с повышенным уровнем эмпатии не всегда способен отделить свои проблемы и чувства от проблем других людей. В таком случае можно говорить об аффективном уровне эмпатии, который свойственен очень ранимым, чувствительным людям, подверженным различным стрессовым ситуациям. Признаками эмпатов аффективного типа являются сильная душевная ранимость, впечатлительность, беспричинное чувство вины. Эти качества не способствуют выполнению профессиональных задач.

В целом по показателю эмпатии не выявлено значимых различий между группами: $T_{эмп.} = 1.9$.

Таким образом, в результате проведенного нами исследования были выявлены различия по таким показателям эмоциональной сферы испытуемых двух групп, как астенические расстройства, навязчивые фобические состояния, невротический сверхконтроль. Все эти показатели имеют большую выраженность у медицинских работников со стажем работы более 15-ти лет.

Не выявлено значимых различий по показателям спонтанной агрессивности, раздражительности, реактивной агрессивности, эмоциональной лабильности, тревоги, депрессии, а также по уровню эмпатии. Вместе с тем, показатели спонтанной и реактивной агрессивности, раздражительности и эмоциональной лабильности выше у медицинских работников с большим стажем профессиональной деятельности.

В целом, мы можем сделать вывод о том, что продолжительность профессиональной деятельности медицинских работников среднего звена может привести к усилению субъективного дискомфорта, связанного с рабочими ситуациями, что сопряжено с нарастанием астенических расстройств, навязчивых фобических состояний, невротического сверхконтроля. Также усиливается тенденция к проявлению спонтанной агрессивности, раздражительности, реактивной агрессивности и эмоциональной лабильности.

Выводы

Проведенное исследование было направлено на изучение особенностей эмоциональной сферы медицинских работников с разным стажем профессиональной деятельности.

Было выдвинуто предположение о том, что продолжительность профессиональной деятельности медицинских работников отражается в таких показателях эмоциональной сферы, как нарастание астенических расстройств, навязчивых фобических состояний, невротического сверхконтроля; усиление тенденции к проявлению спонтанной и реактивной агрессивности, раздражительности и эмоциональной лабильности, а также снижение уровня эмпатии.

Всего в исследовании приняли участие 31 испытуемый - медицинские работники (медсестры). Выборка была поделена на две группы: Группа 1 - медсестры со стажем работы до 5-ти лет (18 человек) и Группа 2 - медсестры со стажем работы более 15 лет (13 человек).

В исследовании были использованы следующие методики:

- Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний, авторы К.К. Яхин, Д.М. Менделевич;
- Фрайбургский личностный опросник (FPI);
- Шкала депрессии Цунга (Шкала сниженного настроения - субдепрессии), адаптация Г.И. Балашовой.
- Методика диагностики уровня эмпатии, автор И.М. Юсупов.

В качестве метода математической статистики был использован Т-критерий Стьюдента.

В ходе исследования были получены следующие результаты:

- В группе испытуемых со стажем профессиональной деятельности более 15 лет преобладают показатели невротических состояний по всем исследуемым шкалам клинического опросника оценки невротических состояний. Различия между группами выявлены по шкалам астении,

обсессивно-фобических и вегетативных нарушений. По показателям тревоги, невротической депрессии и истерического типа реагирования значимых различий не обнаружено.

- Результаты диагностики по многофакторному личностному опроснику FPI указывают на преобладание среднего уровня выраженности всех исследуемых показателей у испытуемых со стажем работы менее пяти лет. У испытуемых со стажем работы более пятнадцати лет средний уровень выраженности преобладает по показателям спонтанной агрессивности и эмоциональной лабильности, а по шкалам раздражительности и реактивной агрессивности преобладает высокий уровень выраженности. Применение метода математической статистики не обнаружило значимых различий между группами ни по одному из этих показателей. Однако общая диагностическая картина позволяет сделать вывод о том, что для медицинских работников с более продолжительным стажем работы характерным является повышенный уровень психопатизации, создающий предпосылки для импульсивного поведения, аффективного реагирования, проявления агрессии по отношению к окружающим, возбудимости и раздражительности.

- По Шкале депрессии Цунга у испытуемых со стажем работы менее 5 лет преобладают показатели слабо выраженной (легкой) депрессии. У испытуемых со стажем профессиональной деятельности более 15 лет преобладают показатели «умеренной» депрессии, которая характеризуется повторяющимися эпизодами спада настроения, снижением мыслительной и двигательной активности, апатией, низкой заинтересованностью в деятельности, повышенной чувствительностью к незначительным негативным раздражителям. Применение метода математической статистики не выявило значимых различий между двумя группами по показателю депрессии.

- Результаты диагностики уровня эмпатии по методике И.М. Юсупова указывают на преобладание среднего уровня эмпатии у испытуемых обеих

исследуемых групп. Высокий уровень эмпатии продиагностирован почти у трети испытуемых со стажем работы менее 5 лет. Этот уровень эмпатии в меньшей степени свойственен испытуемым со стажем профессиональной деятельности более 15 лет. Однако в этой группе больше испытуемых с очень высоким уровнем эмпатии (аффективный уровень), который характеризуется излишней эмоциональностью, чувствительностью, подверженностью различным стрессовым ситуациям.

Таким образом, выдвинутая гипотеза о том, что продолжительность профессиональной деятельности медицинских работников отражается в ряде показателей эмоциональной сферы медицинских работников, нашла свое частичное подтверждение.

Заключение

К особенностям профессиональной деятельности медицинских работников среднего звена относится постоянная вовлеченность в атмосферу чужих эмоций, отрицательных или положительных, они находятся в эпицентре разных по своей модальности эмоций и проявлений чувств пациентов и их родственников. К этому добавляется ещё и переживание чувства ответственности.

Кроме того, в реальных условиях деятельность медицинских работников подвергается постоянному давлению и со стороны других психотравмирующих обстоятельств, таких как характер организации труда, необходимость быстрого реагирования, что может привести к ослаблению эмоциональной вовлеченности в профессиональную ситуацию и к профессиональной деформации в виде синдрома «эмоционального выгорания».

Принципиально важным для успешной профилактики и коррекции синдрома «эмоционального выгорания» является вопрос о факторах, способствующих или препятствующих его возникновению и развитию.

В проведенном нами исследовании были изучены особенности эмоциональной сферы медицинских работников с разным стажем профессиональной деятельности.

Подводя итоги нашего исследования, следует отметить, что поставленные задачи выполнены. Мы провели анализ работ зарубежных и отечественных психологов, посвященных вопросам особенностей профессиональной деятельности медицинских работников среднего звена, а также влияния профессиональной деятельности на эмоциональную сферу и личностные качества медицинских работников. Нами были подобраны такие методы и методики исследования, которые позволили выявить особенности показателей эмоциональной сферы медицинских работников среднего звена в зависимости от стажа работы.

Выдвинутая гипотеза о существовании различий в эмоциональной сфере медицинских работников с разной продолжительностью профессиональной деятельности нашла свое частичное подтверждение, а именно:

- Были выявлены различия по таким показателям эмоциональной сферы испытуемых двух групп, как астенические расстройства, навязчивые фобические состояния, невротический сверхконтроль. Все эти показатели имеют большую выраженность у медицинских работников со стажем работы более 15-ти лет.

- Не выявлено значимых различий по показателям спонтанной агрессивности, раздражительности, реактивной агрессивности, эмоциональной лабильности, тревоги, депрессии, а также по уровню эмпатии.

Полученные диагностические данные могут быть использованы в работе практических психологов и в сфере здравоохранения для решения задач психосоциальной диагностики и коррекции развития эмоциональной сферы медицинских работников среднего звена.

В дальнейшем планируется изучение связи особенностей эмоциональной сферы медицинских работников с характеристиками их личности.

Список используемых источников

1. Авхименко М.М. Некоторые факторы риска труда медика - М.: Медицина, 2003. - № 2. - С. 25-29.
2. Ананьев Б.Г. Психология и проблемы человекознания: избранные психол. труды - М.: Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. - 382 с.
3. Астафьев Л.М. Роль типологизации пациентов в оценке качества медицинской помощи - М., 2005. - С. 136-140.
4. Бойко В.В. Охрана психического здоровья. - М.: Академия, 2004. - 348 с.
5. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта - М., 2015. - 316 с.
6. Винсент Райан Р. По ту сторону эмоций и чувств: Руководство по критическому мышлению - М.: Флинта: Наука, 2006. - 440 с.
7. Греков И.Г. Отношение медсестер к своей профессиональной деятельности // Медицинская сестра - 2000. - №1, - С. 40-42.
8. Гришина Н.В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы. / Под ред. А.А. Крылова и Л.А. Коростылевой. - СПб.: Питер, 1997. - 218 с.
9. Гройсман А.Л. Медицинская психология. - М.: Медицина, 1998. - 356 с.
10. Даниел Дж., Шабо И. Эмоциональное выгорание у постоянно общающихся профессионалов. // Психологическая студия. - 1993. - № 35. - С. 412 - 414.
11. Дильман В.М. Четыре модели медицины - Ленинград, изд-во Медицина, 1987. - 288 с.
12. Додонов Б.И. Эмоция как ценность. - М., Политиздат, 1978. - 272 с.
13. Елисеев О.П. Культурно-историческая антропология - М.: Юрайт, 2018. - 469 с.

14. Изард Кэррол Э. Психология эмоций - СПб.: Питер, 2009. - 464 с.
15. Ильин Е.П. Психология творчества, креативности, одаренности СПб.: Питер, 2009. - 448 с.
16. Комолкина О.И. Психологические особенности эмпатии как профессионально-важного качества личности медицинской сестры <https://cyberleninka.ru/article/v/psihologicheskie-osobennosti-empatii-kak-professionalno-vazhnogo-kachestva-lichnosti-meditsinskoy-sestry-1>
17. Косарев В.В., Васюкова Г.Ф. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Самарской области. / В.В. Косарев, Г.Ф. Васюкова //Гигиена и санитария. - М.: Медицина, 2004. - № 3. - С. 27-38.
18. Косенко В.Г., Смоленко Л.Ф., Чебуракова Т.А. Медицинская психология для медсестер и фельдшеров. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. - 268 с.
19. Кравченко П.В. Медсестра. Новый взгляд на профессию. // Медицинская помощь. - 2000. - № 5. - С. 17.
20. Куликов Л.В., Михайлова О.А. Виды трудового стресса // Психология психический состояний: Сб. статей. Вып.3/ Под ред. проф. А.О.Прохорова. - Казань, Набережные Челны: Изд-во КГПУ, Изд-во Института управления, 2001. - С. 245-255.
21. Лисицин Ю.П. Медицина и гуманизм. - М.: Медицина, 1984, - 284 с.
22. Маклаков А. Общая психология - СПб.: Питер, 2001. - 592 с.
23. Маркова Ю.Н. ВОЗ определяет европейскую стратегию сестринского образования. // Медицинская помощь. - 2000. - № 2. - С. 39.
24. Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. - М.: Медицина, 1989. - 175 с.
25. Менделевич В.Д. Медицинская психология. Учебник - Ростов н/Д.: Феникс, 2016. - 460 с.
26. Митупов М.Б., Беляева Л.Н. Профессиональное общение медицинских работников среднего звена <https://docplayer.ru/46079201->

Professionalnoe-obshchenie-medicinskih-rabotnikov-srednego-zvena-professional-communication-of-medical-technicians.html

27. Небылицын В.Д. Темперамент Психология индивидуальных различий Тексты / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. - М.: Изд-во МГУ, 1982. - С. 153-159.

28. О происхождении и функциях эмоций <https://mydocx.ru/6-3459.html>

29. Перфильева Т.М. Роль сестринского дела в реформах здравоохранения. // Сестринское дело. - 2001. - № 1. - С. 4.

30. Психологическое консультирование. Справочник практического психолога <https://books.google.ru/books?id>

31. Психология развития профессионала, рабочая тетрадь. - М.: ВЦНМУМЗРФ, 2008. - С. 160.

32. Селье Г. Стресс без дистресса http://lib.ru/PSIHO/SELYE/distreet_with-big-pictures.html

33. Сеченов И.М. Избранные произведения в 2-х томах. Том 1. Физиология и психология <https://books.google.ru/books?id>

34. Симонов П.В. Информационная теория эмоций <http://www.psychology-online.net/articles/doc-309.html>

35. Столяренко А.М. Общая и профессиональная психология: Учеб. пособие для средних профессиональных учебных заведений. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. - 382 с. (Серия «Среднее профессиональное образование»).

36. Стреляу Я. О темпераменте с точки зрения высшей нервной деятельности <http://www.psychology-online.net/articles/doc-1142.html>

37. Теория эмоций Джеймса-Ланге <http://azps.ru/articles/proc/proc20.html>

38. Трушкина Л.Ю., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М. Гигиена и экология человека: учеб, пособие.- 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2006. - 528 с.

39. Этический кодекс медицинской сестры России <http://www.med-pravo.ru/Ethics/NursCodeRF.htm>
40. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие. Ред. В.Д. Менделевич. - М., 2005. - 432 с.
41. <http://psylab.info> Шкала депрессии Цунга
42. <http://psylab.info> Фрайбургский личностный опросник

Приложение

Таблица 1

Данные диагностики по клиническому опроснику выявления и оценки
невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич)

Испытуемые Группы 1

№ п/п	Шкалы невротических состояний					
	1	2	3	4	5	6
1	2.32	2.31	1.98	2.32	2.43	1.98
2	2.45	1.97	1.78	1.96	2.28	2.24
3	2.42	3.46	2.98	2.14	4.55	2.75
4	3.14	3.56	3.67	2.98	4.25	2.31
5	-1.41	1.32	-1.41	1.53	-1.28	-1.45
6	2.78	2.41	1.67	2.63	4.31	1.98
7	2.17	2.48	2.79	3.16	4.56	3.12
8	-1.34	-1.31	-1.42	-1.46	-1.45	-1.39
9	1.75	1.98	2.13	1.78	3.42	2.34
10	2.32	2.14	2.78	3.14	3.56	3.61
11	1.98	2.13	3.14	2.91	2.95	4.16
12	-1.41	-1.29	-1.36	-1.34	-1.42	-1.48
13	2.14	2.35	3.14	2.56	3.97	2.18
14	-1.28	-1.41	1.31	-1.41	-1.35	-1.28
15	1.30	1.56	-1.32	-1.46	1.53	2.31
16	-2.31	-1.34	2.31	1.32	1.31	1.72
17	-2.67	-1.59	1.92	-2.13	2.35	-1.35
18	1.98	2.56	3.12	2.87	4.53	3.42

- 1 - Шкала тревоги;
- 2 - Шкала невротической депрессии;
- 3- Шкала астении;
- 4- Шкала истерического типа реагирования;
- 5 - Шкала обсессивно-фобических нарушений;
- 6- Шкала вегетативных нарушений

Таблица 2

Данные диагностики по клиническому опроснику выявления и оценки
невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич)

Испытуемые Группы 2

№ п/п	Шкалы невротических состояний					
	1	2	3	4	5	6
1	-2.12	-3.12	-1.97	-1.18	-2.42	-3.42
2	2.35	2.27	2.34	2.45	2.12	3.14
3	-2.11	-3.14	-3.12	-1.14	-1.37	-3.24
4	1.97	1.32	2.56	2.34	2.41	-1.35
5	-1.22	1.31	2.78	1.56	2.56	-2.84
6	1.42	1.14	1.98	1.37	1.47	1.64
7	-2.13	-1.87	-2.56	-3.14	-2.13	-4.25
8	-2.67	-2.14	-3.14	-2.34	-1.67	-2.32
9	2.13	1.98	1.65	2.12	1.97	2.13
10	1.65	2.67	1.79	1.74	2.67	1.45
11	1.78	3.42	2.31	2.32	1.98	2.12
12	-1.16	-2.97	-2.96	-4.12	-2.86	-3.65
13	-3.12	-2.87	-3.13	-3.62	-2.41	-3.19

1 - Шкала тревоги;

2 - Шкала невротической депрессии;

3- Шкала астении;

4- Шкала истерического типа реагирования;

5 - Шкала обсессивно-фобических нарушений;

6- Шкала вегетативных нарушений

Таблица 3

Данные диагностики по методике FPI (Фрайбургский личностный опросник)

Испытуемые Группы 1

№ п/п	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен
1	2	4	5	5	0	1	3	5	13	8	5	5	4	6	0	1	13	9	10	8	1	2	7	4
2	3	4	4	5	1	3	6	7	14	9	5	5	5	7	1	3	12	9	11	9	6	6	12	9
3	5	5	3	4	2	4	1	3	12	7	4	4	2	4	2	5	11	8	11	9	3	4	10	8
4	6	6	5	7	3	4	5	7	13	8	6	6	6	8	4	6	13	9	11	9	7	7	И	8
5	1	1	2	3	1	3	4	6	12	7	6	6	3	5	0	1	12	9	9	7	2	3	8	5
6	5	5	4	5	5	6	7	8	11	6	5	5	1	3	1	3	10	8	10	8	5	5	5	2
7	7	7	6	7	7	7	5	7	7	3	3	3	5	7	2	5	11	8	8	6	7	7	7	4
8	3	4	2	3	0	1	1	3	13	8	7	7	2	3	1	3	11	8	12	9	2	3	12	9
9	1	1	1	1	2	4	3	5	12	7	9	9	1	3	0	1	10	8	12	9	3	4	7	4
10	8	7	3	4	8	7	1	3	10	5	5	5	4	6	4	6	9	6	9	7	5	5	9	6
11	3	4	5	5	3	4	7	7	12	7	7	7	5	5	2	5	12	9	10	8	4	4	6	3
12	7	7	4	5	3	4	4	6	11	6	6	6	5	7	4	6	10	8	8	6	7	7	4	1
13	6	6	5	5	2	4	3	5	10	5	4	4	3	5	5	7	9	6	8	6	4	4	7	4
14	5	5	4	5	2	4	4	6	13	8	7	7	6	5	3	6	13	9	11	9	3	4	12	9
15	2	4	3	4	1	3	1	3	13	8	9	9	1	3	0	1	10	8	10	8	2	3	13	9
16	1	1	2	3	0	1	2	4	14	9	8	8	1	3	1	3	11	8	10	8	1	2	8	5
17	3	4	5	5	4	5	3	5	12	7	9	9	3	5	2	5	13	9	11	9	2	3	11	8
18	5	5	3	4	1	3	8	8	13	8	6	6	1	3	1	3	12	9	12	9	7	7	12	9

Шкала 1 - невротичность;
 Шкала 2 - спонтанная агрессивность;
 Шкала 3 - депрессивность;
 Шкала 4 -раздражительность;
 Шкала 5 - общительность;
 Шкала 6 - уравновешенность;
 Шкала 7 - реактивная агрессивность;
 Шкала 8 - застенчивость;
 Шкала 9 - открытость;
 Шкала 10 - экстраверсия-интроверсия;
 Шкала 11 - эмоциональная лабильность;
 Шкала 12 - маскулинность-фемининность.

Таблица 4

Данные диагностики по методике FPI (Фрайбургский личностный опросник)

Испытуемые Группы 2

№ п/п	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен	балл	стен
1	3	4	2	3	0	1	1	3	13	8	7	7	2	3	1	3	11	8	12	9	2	3	12	9
2	5	5	3	4	2	4	1	3	12	7	4	4	2	4	2	5	11	8	11	9	3	4	10	8
3	6	6	5	5	2	4	3	5	10	5	4	4	3	6	5	7	9	6	8	6	4	4	7	4
4	3	4	5	5	4	5	3	5	12	7	9	9	3	6	2	5	13	9	11	9	2	3	11	8
5	13	9	5	5	10	8	8	8	8	4	3	3	5	7	8	9	9	6	5	4	6	6	3	1
6	15	9	10	9	7	7	11	9	12	7	5	5	8	9	4	6	9	6	9	7	12	9	11	8
7	8	7	6	7	11	8	8	8	3	1	2	2	5	7	8	9	10	8	2	1	5	5	6	3
8	13	9	6	7	9	8	6	7	4	2	3	3	3	5	4	6	9	6	2	1	4	4	7	4
9	3	4	2	3	0	1	1	3	13	8	7	7	2	3	1	3	11	8	12	9	2	3	12	9
10	9	8	5	5	12	9	8	8	6	3	6	6	5	7	4	6	11	8	7	5	5	5	6	3
11	1	1	2	3	5	6	4	6	6	3	7	7	4	6	4	6	9	6	6	4	2	3	9	6
12	14	9	11	9	6	6	9	9	12	7	3	7	8	9	4	6	9	6	9	7	10	8	12	9
13	8	7	5	5	10	8	4	6	6	3	3	3	5	7	6	7	9	6	4	3	9	8	9	6

Шкала 1 - невротичность;

Шкала 2 - спонтанная агрессивность;

Шкала 3 - депрессивность;

Шкала 4 -раздражительность;

Шкала 5 - общительность;

Шкала 6 - уравновешенность;

Шкала 7 - реактивная агрессивность;

Шкала 8 - застенчивость;

Шкала 9 - открытость;

Шкала 10 - экстраверсия-интроверсия;

Шкала 11 - эмоциональная лабильность;

Шкала 12 - маскулинность-фемининность.

Данные диагностики уровня депрессии испытуемых (шкала Цунга)

№ п/п	Показатели			
	Группа 1		Группа 2	
	Баллы	Уровень	Баллы	Уровень
1	30	норма	62	умеренная
2	51	слабо выраженная	44	норма
3	40	норма	60	умеренная
4	53	слабо выраженная	47	норма
5	60	умеренная	64	умеренная
6	63	умеренная	62	умеренная
7	54	слабо выраженная	64	умеренная
8	53	слабо выраженная	54	слабо выраженная
9	31	норма	51	слабо выраженная
10	51	слабо выраженная	53	слабо выраженная
11	61	умеренная	50	слабо выраженная
12	52	слабо выраженная	54	слабо выраженная
13	50	слабо выраженная	61	умеренная
14	52	слабо выраженная		
15	44	норма		
16	51	слабо выраженная		
17	43	норма		
18	56	слабо выраженная		

Таблица 6

Данные диагностики уровня эмпатии испытуемых (методика И.М. Юсупова)

№ п/п	Показатели			
	Группа 1		Группа 2	
	Баллы	Уровень	Баллы	Уровень
1	30	низкий	23	низкий
2	80	высокий	45	средний
3	53	средний	39	средний
4	76	высокий	53	средний
5	55	средний	85	оч. высокий
6	82	оч. высокий	72	высокий
7	60	средний	58	средний
8	54	средний	48	средний
9	75	высокий	44	средний
10	65	средний	53	средний
11	64	высокий	24	низкий
12	88	оч. высокий	85	оч. высокий
13	59	средний	40	средний
14	60	средний		
15	67	высокий		
16	48	средний		
17	60	средний		
18	58	средний		