

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(Н И У « Б е л Г У »)**

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦИАЛЬНО-ТЕОЛОГИЧЕСКИЙ
Кафедра социальной работы**

**ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЧНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА**

Диссертация на соискание академической степени магистра

**магистранта
очной формы обучения
направления подготовки 39.04.02 Социальная работа
группы 87001009
Коваленко Андрея Александровича**

Научный руководитель:
к. социол.н., доцент
Подпоронова Н.Н.

Рецензент:
заведующая организационно-
методическим отделением
МБУ «Комплексный центр
социального обслуживания
населения г. Белгорода»
Бендина И.В.

БЕЛГОРОД 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЧНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА	11
1.1. Профессиональные деформации личности социального работника: сущность, факторы, виды, признаки	11
1.2. Психосоциальная профилактика профессиональных деформаций личности социального работника	34
2. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЧНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА	50
2.1. Формы и методы психосоциальной профилактики профессиональных деформаций личности социального работника	50
2.2. Диагностика профессиональных деформаций у социальных работников МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Белгорода»	65
2.3. Программа психосоциальной профилактики профессиональных деформаций личности социального работника	79
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	90
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	93
ПРИЛОЖЕНИЕ	101

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В основе профессиональной деятельности в области социальной работы лежит межличностное взаимодействие. Постоянные стрессовые ситуации, в которые попадает социальный работник в процессе сложного социального взаимодействия с клиентами, могут оказывать негативное воздействие на его профессиональную деятельность и социально-психологическое функционирование. Негативные психические переживания и состояния могут затрагивать разные грани трудового процесса – профессиональную деятельность, личность профессионала, профессиональное общение, в целом отрицательно сказываться на профессиональном развитии личности.

Профессиональная деформация личности – изменение качеств личности (стереотипов восприятия, ценностных ориентаций, характера, способов общения и поведения), которые наступают под влиянием длительного выполнения профессиональной деятельности.

Наиболее часто профессиональная деформация характеризуется напряженным состоянием работника, возникающим у него при воздействии эмоционально-отрицательных и экстремальных факторов, связанных с выполняемой профессиональной деятельностью. Это связано также с тем, что в своей деятельности социальный работник, помимо профессиональных знаний, умений и навыков, в значительной мере использует свою личность, являясь своего рода «эмоциональным донором». Поэтому одной из наиболее распространенных профессиональных деформаций специалистов социозащитных учреждений является синдром эмоционального выгорания.

Для профилактики профессиональных деформаций целесообразно использовать методы саморегуляции, применять техники, повышающие жизнестойкость и противостояние различным видам деформаций. Поэтому в социозащитных учреждениях необходимо разрабатывать систему

психопрофилактической работы, включающей обучение специалистов копинг-стратегиям, методам саморегуляции, проведение тренингов.

Психосоциальная профилактика профессиональных деформаций личности должна учитывать индивидуальные особенности специалиста, конкретной ситуации и профессиональной группы и включать наиболее подходящие средства и методы для минимизации действия деструктивных профессиональных факторов.

В настоящее время возникла настоятельная необходимость в создании профилактических программ профессиональной деформации, реализуемых в ходе психолого-акмеологического сопровождения труда социальных работников. Акмеологический характер модели способствует раскрытию творческих возможностей личности, обеспечивает продуктивную саморегуляцию психической устойчивости и сохранение здоровья. Комплекс профилактических мер, направленных на ослабление деформирующего влияния профессиональной деятельности на ее субъекта, будет способствовать созданию условий для восстановления и актуализации личностно-профессионального ресурса социального работника.

Таким образом, исследуемая проблема, на наш взгляд, представляется крайне актуальной, поэтому изучение всех аспектов профессиональной деформации личности социального работника для поиска наиболее адекватных и эффективных способов профилактики и коррекции негативных последствий данного явления на личность специалиста своевременно и востребовано.

Степень разработанности проблемы. Современные психологические исследования, касающиеся работников социальных профессий (врачи, психологи, педагоги, руководители разных рангов, работники сферы обслуживания, юристы, военные и др.), показывают подверженность их профессиональным деформациям (С.П. Безносков, С.Е. Борисова, А.В. Буданов, Е.Т. Лунина, А.К. Маркова, Б.Д. Новиков, А.А. Реан, А.Р. Фонарев, Е.Д. Юрченко и др.).

Одним из частых негативных проявлений профессиональных деформаций специалисты называют синдром «эмоционального выгорания», возникающий в ситуациях интенсивного профессионального общения под влиянием множества факторов (В.В. Бойко, Н.Е. Водопьянова, Н.В. Гришина, А.К. Маркова, К. Маслач, В.Е. Орел, Т.Н. Ронгинская, Х.Дж. Фрейденбергер, Т.В. Форманюк и др.) и проявляется как «приглушение» эмоций, исчезновение остроты чувств и переживаний, увеличение числа конфликтов с партнёрами по общению, равнодушие и отгороженность от переживаний другого человека, потеря ощущения ценности жизни, утрата веры в собственные силы и др.

По данным исследований С.П. Безносова, С.Е. Борисовой, О.П. Бусовиковой, Н.Е. Водопьяновой, И.М. Долматовой, В.В. Лебедева, Т.Н. Мартыновой, В.С. Медведева, Б.Д. Новикова, Т.И. Ронгинской, Е.С. Старченковой, С.Э. Тимошенко, к категории работников, подверженных риску возникновения профессиональных деформаций, относятся и специалисты по социальной работе, профессиональная деятельность которых имеет ряд специфических особенностей, осложнена множеством негативных факторов. Её успешность определяется не только и не столько профессиональными знаниями, сколько умениями реализовать их в своей деятельности за счёт развития профессионально важных и личностных качеств. Особенно это касается тех отделов учреждений социальной защиты, представители которых непосредственно общаются с клиентами. Все это требует разработки и использования соответствующих профилактических мероприятий в системе социальной работы.

В последние годы личность специалиста по социальной работе нередко становилась объектом психологических и социологических исследований, предпринимались неоднократные шаги получить данные о роли тех или иных личностных образований, являющихся следствием профессиональной деформации, в профессиональной деятельности (А.И. Адаев, М.К. Ардавов, С.П. Безносов, В.М. Богданов, В.Л. Васильев, И.О. Котенев, М.И. Марьин,

Н.И. Мягких, Д.П. Котов, В.А. Носков, В.С. Олейников, М.В. Пряхина, В.Ю. Рыбников, В.Я. Слепов, В.И. Хальзов, Ю.А. Шаранов, А.Г. Шестаков и др.

В связи с тем, что социальная и экономическая «цена» профессиональных деформаций очень высока, в последние годы значительно возрос интерес к вопросам, связанным с профессиональным стрессом и механизмами формирования стрессоустойчивости специалиста в различных профессиях (В.А. Абабков, В.А. Винокур, Ф.Б. Березин, С.В. Запускалов, Е.А. Климов, Р. Лазарус, А.Б. Леонова, А.К. Макарова, К. Маслач, Г.С. Никифоров, А.И. Папкин, Б.С. Положий, В.Ю. Рыбников, А.М. Столяренко, Л.Б. Филонов и др.).

Анализ публикаций показывает, что в решении вопроса психопрофилактики профессиональных деформаций личности имеются существенные противоречия, как в теории, так и на практике, которые сдерживают решение проблемы профессионального функционирования социального работника:

- между потребностью в повышении уровня сопротивляемости негативным факторам профессиональной деятельности, влекущим за собой профессиональные деформации, и отсутствием целенаправленной профилактической работы с сотрудниками в социозащитных учреждениях;
- между усложняющимся содержанием работы по психосоциальной профилактике профессиональных деформаций и слабой разработанностью технологий психосоциальной профилактики личности в социозащитных учреждениях.

С учетом этих противоречий был сделан выбор темы, сформулированы объект и предмет диссертационного исследования, а также его цель и задачи.

Объект исследования – профессиональные деформации личности социального работника.

Предмет исследования – специфика психосоциальной профилактики профессиональных деформаций личности социального работника.

Цель исследования – изучить специфику психосоциальной профилактики профессиональных деформаций личности и разработать программу психосоциальной профилактики профессиональных деформаций личности социального работника.

Достижение поставленной цели предполагает решение следующих *задач исследования*:

- раскрыть сущность, факторы и признаки профессиональных деформаций личности социального работника;
- охарактеризовать содержание деятельности по психосоциальной профилактике профессиональных деформаций личности социального работника;
- выявить наиболее типичные профессиональные деформации и разработать программу психосоциальной профилактики профессиональных деформаций личности социального работника.

Гипотеза исследования представлена нами в виде следующих предположений:

- степень необходимости в организации деятельности по психосоциальной профилактике профессиональных деформаций личности социальных работников в социозащитных учреждениях достаточно высока;
- деятельность по психосоциальной профилактике профессиональных деформаций будет успешной, если она будет организована как система профилактических мероприятий, включающих обучение специалистов копинг-стратегиям, методам саморегуляции, систематическое проведение психологических антистрессовых тренингов.

Теоретико-методологические основы исследования базируются на принципе единства личности и деятельности (А.Н. Леонтьев, К.А. Абульханова-Славская и др.); комплексном подходе в акмеологии (Б.Г. Ананьев, А.А. Бодалев, А.А. Деркач и др.); идеях саморазвития и самореализации личности (А. Маслоу, К. Роджерс, Э. Фромм и др.); представлении о психологической сущности профессионализма

(Е.А. Климов, К.К. Платонов, А.К. Маркова, В.Д. Шадриков и др.); теоретико-экспериментальном подходе к изучению стресса и механизмов формирования стрессоустойчивости человека в различных профессиях (В.А. Винокур, Б.Ф. Водолазский, Б.А. Вяткин, Л.А. Китаев-Смык, И.О. Котенев, А.М. Столяренко и др.).

На различных этапах исследования были использованы следующие *методы исследования*:

- *теоретические*: анализ специальной литературы и публикаций периодической печати по проблеме исследования; сравнение и обобщение научно-исследовательских работ по проблеме исследования; вторичный анализ результатов социальных исследований по проблеме;

- *эмпирические*: метод социологического опроса (анкетирование, экспертное интервью), психодиагностические методы (тестирование, опросники), математические методы статистической обработки результатов исследования, методы сравнительного анализа.

Эмпирическая база исследования: результаты самостоятельно проведенного автором исследования: «Диагностика профессиональных деформаций у социальных работников МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Белгорода», проведенного автором в период прохождения производственной практики в январе 2016 года.

Научная новизна исследования: на основе полученных эмпирических данных нами разработана программа психосоциальной профилактики профессиональных деформаций специалиста по социальной работе.

На защиту выносится *следующее положение*: психопрофилактика профессиональных деформаций социальных работников будет эффективной, если она будет осуществляться систематически, на основе индивидуальной диагностики специалистов, в зависимости от выраженности у них признаков профессиональных деформаций.

Научно-практическая значимость работы. Анализ теоретических

основ профессиональных деформаций личности социального работника позволил выявить сущность и специфику профессиональных деформаций; охарактеризовать факторы, способствующие их развитию и признаки, по которым определяются профессиональные деформации; раскрыть содержание деятельности по психопрофилактике профессиональных деформаций личности социального работника.

На основе диагностики наиболее типичных профессиональных деформаций личности социального работника разработана программа психосоциальной профилактики профессиональных деформаций, которая может быть использована в учреждениях социальной защиты населения.

Материалы исследования могут найти применение в процессе профессиональной подготовки магистров по направлению «Социальная работа» («Психосоциальная работа в системе социальной защиты населения»), при изучении таких дисциплин как «Развитие профессиональной компетентности сотрудников учреждений социальной защиты населения», «Профилактика профессиональных деформаций специалиста по социальной работе», «Социально-психологический тренинг в практике социальной работы».

Апробация результатов исследования. Работа прошла апробацию в ходе производственной практики на базе МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Белгорода» (2016 г.).

Основные положения и выводы диссертационного исследования отражены в докладах на следующих международных и региональных научных и научно-практических конференциях: X Ковалевские чтения. Россия в современном мире: взгляд социолога (Россия, г. Санкт-Петербург, 2015 г.), «Актуальные вопросы социальной работы с различными группами населения: III межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием (Россия, г. Киров, 2015 г.), «Социальная работа в современном мире: взаимодействие науки, образования и практики» (Россия, Белгород, 28 ноября 2015 г.), сборниках научных трудов по материалам

конференций.

Теоретические положения, выводы и предложения, сформулированные в исследовании, отражены в 4-х научных публикациях автора.

Структура работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, включающего 83 наименования.

Содержание диссертационной работы изложено на 100 страницах и включает 5 приложений.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЧНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

1.1. Профессиональные деформации личности социального работника: сущность, факторы, виды, признаки

В процессе длительного осуществления профессиональной деятельности возникают деструктивные изменения личности профессионала, которые негативно влияют на ее эффективность, порождают профессионально нежелательные качества и изменяют профессиональное поведение человека.

По А.Н. Леонтьеву, личность формируется в предметной деятельности и общении [40, 18]. Выполняя профессиональную деятельность, личность развивается позитивно, происходит ее обогащение. Наряду с этим, в ходе деятельности происходят деструктивные изменения личности. Эти изменения, в свою очередь, негативно сказываются на продуктивности деятельности, приводят к нарушению нормального профессионального поведения.

Анализируя причины, препятствующие профессиональному развитию человека, А.К. Маркова [38, 15] указывает на возрастные изменения, профессиональные деформации, профессиональную усталость, монотонию (психическое состояние, возникающее в условиях однообразной работы; проявляется в скуке, ослаблении интереса к труду, а также в снижении производительности труда), длительную психическую напряженность, обусловленную сложными условиями труда, а также кризисы профессионального развития.

В настоящее время отечественными учеными достаточно интенсивно исследуются вопросы, связанные с трудностями и кризисами, встречающимися в процессе профессионализации. Одной из таких проблем

является проблема профессиональной деформации и ее воздействие на личность специалиста и его профессиональную деятельность [38, 15].

Профессиональная деятельность уже на стадии ее освоения, а в дальнейшем при ее выполнении приводит к искажению личностного профиля специалиста, так как выполнение конкретных видов труда не требует многообразных качеств и способностей личности, многие ресурсные возможности остаются невостребованными. Отдельные профессионально значимые качества с годами трансформируются в профессионально нежелательные. Результатом этого является образование профессиональных деформаций [13, 23, 38].

Таким образом, мы можем констатировать, что под влиянием профессиональной деятельности возникают деструктивные изменения личности специалиста, называемые «профессиональными деформациями».

Анализируя научную литературу по проблеме, мы нашли следующие определения профессиональной деформации личности.

Профессиональная деформация – это проникновение «Я-профессионального» в «Я-человеческое», где воздействие профессиональных рамок и установок не ограничивается исключительно профессиональной сферой. Для успешного осуществления профессиональной деятельности особое значение имеет не только степень выраженности отдельных профессионально важных свойств личности, но и характер взаимосвязи между ними. На характер профессиональной деформации решающее влияние оказывают субъективные факторы, ведущие к изменению «Я-концепции» [13, 27].

По мнению Е.В. Ивановой, профессиональная деформация личности – это перечень явлений социально-психологического характера, к которым относятся все нарушения норм (морально-этических, правовых, деятельностно-служебных и т.п.), и которые может совершить только субъект-профессионал, специалист в определенной сфере [26, 76].

Профессиональные деформации – это изменения, нарушающие

целостность личности, снижающие ее адаптивность и устойчивость, происходящие в процессе освоения личностью профессии [25, 49].

Профессиональная деформация личности – это изменение качеств личности (стереотипов восприятия, ценностных ориентаций, характера, способов общения и поведения), которые появляются под влиянием выполнения профессиональной роли.[42, 37]

Профессиональная деформация представляет собой результат искажения профессиональных и личностных качеств специалиста под влиянием отрицательных факторов деятельности и окружающей среды [47, 15].

Видим, что под профессиональной деформацией чаще понимают нежелательные изменения в личности специалиста, отрицательно влияющие на его работу и жизнь. Однако, рассматривая влияние профессиональной деятельности на личность специалиста, следует отметить, «освоение личностью профессии неизбежно сопровождается изменениями в ее структуре, когда ... происходит усиление и интенсивное развитие качеств, способствующих успешному осуществлению деятельности [25, 74]. В данном контексте профессиональная деформация рассматривается автором как момент положительный.

Таким образом, проанализировав различные определения, под *профессиональной деформацией личности социального работника* будем понимать изменения сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса.

Главным фактором развития профессиональных деформаций является сама профессиональная деятельность. Каждая профессия имеет свой набор профессиональных деформаций. Воздействие профессии на личность можно оценить, прежде всего, по ее модальности (позитивное или негативное влияние). Профессиональная деформация качеств личности проявляется при негативном влиянии профессиональной роли.

Известно, что в наибольшей степени деформация выражена у

представителей тех специальностей, чья работа связана с людьми, у которых имеются отклонения от нормы в физической, интеллектуальной, мотивационно-волевой, поведенческой или личностной сферах. А.Л. Свенцицкий, подчеркивая значимость изучения профессиональной деформации, писал: «Особенности трудовой деятельности и сложившегося индивидуального стиля работника, влияя на свойства его личности, могут иногда приводить к так называемой «профессиональной деформации». Человек и в других социальных ролях не может выйти за рамки сложившегося стереотипа, перестроить свое поведение согласно изменившимся условиям» [42, 40].

На основании проведенных исследований, Э.Ф. Зеером [23, 47-49] было выделено 11 профессиональных деформаций, которые присущи менеджерам. Анализ результатов диагностики показал, что степень выраженности деформации определяется стажем работы, полом, содержанием профессиональной деятельности и индивидуально-психологическими особенностями личности специалиста.

Проанализировав характер профессиональных деформаций менеджеров, можем на их основе, с учетом специфики профессиональной деятельности специалиста по социальной работе, предложить характеристику основных профессиональных деформаций специалиста по социальной работе.

1. *Авторитарность* проявляется в жесткой централизации управленческого процесса, единоличном осуществлении руководства, использовании преимущественно распоряжений, рекомендаций, указаний. Авторитарные специалисты тяготеют к различным наказаниям, нетерпимы к критике. Авторитарность обнаруживается в снижении рефлексии — самоанализа и самоконтроля, проявлении высокомерия и черт деспотизма.

2. *Демонстративность* — качество личности, проявляющееся в эмоционально окрашенном поведении, желании нравиться, стремлении быть на виду, проявить себя. Эта тенденция реализуется в оригинальном поведении, демонстрации своего превосходства, нарочитых преувеличениях,

расцветивании своих переживаний, в позах, поступках, рассчитанных на внешний эффект. Эмоции яркие, выразительны в проявлениях, но неустойчивы и неглубоки. Известная демонстративность специалисту социальной сферы профессионально необходима. Однако когда она начинает определять стиль поведения, то снижает качество управленческой деятельности, становясь средством самоутверждения менеджера.

3. *Профессиональный догматизм* возникает вследствие частого повторения одних и тех же ситуаций, типовых профессиональных задач. У социального работника исподволь формируется склонность к упрощению проблем, применению уже известных приемов без учета всей сложности управленческой ситуации. Профессиональный догматизм проявляется также в игнорировании управленческих теорий, пренебрежительном отношении к науке, инновациям, в самоуверенности и завышенной самооценке. Догматизм развивается с ростом стажа работы в одной и той же должности, снижением уровня общего интеллекта, а также обуславливается особенностями характера.

4. *Доминантность* обусловлена выполнением специалистом властных функций. Ему даны большие права: требовать, наказывать, оценивать, контролировать. Развитие этой деформации определяется также индивидуально-типологическими особенностями личности. В большей мере доминантность проявляется у холериков и флегматиков. Она может развиваться на основе акцентуации характера. Но в любом случае деятельность социального работника создает благоприятные условия для удовлетворения потребности во власти, в подавлении других и самоутверждении за счет своих подчиненных и клиентов.

5. *Профессиональная индифферентность* характеризуется эмоциональной сухостью, игнорированием индивидуальных особенностей клиентов. Профессиональное взаимодействие с ними строится без учета их личностных особенностей. Профессиональное равнодушие развивается на основе обобщения личного отрицательного опыта специалиста. Эта

деформация характерна для черствых, закрытых людей со слабо выраженной эмпатией, испытывающих трудности в общении. Индифферентность развивается с годами как следствие эмоциональной усталости и отрицательного индивидуального опыта взаимодействия с коллегами и клиентами.

6. *Консерватизм* проявляется в предубеждении против нововведений, приверженности устоявшимся технологиям, настороженном отношении к творческим работникам. Развитию консерватизма способствует то обстоятельство, что специалист регулярно репродуцирует одни и те же хорошо зарекомендовавшие себя формы и методы работы. Стереотипные приемы воздействия постепенно превращаются в штампы, экономят интеллектуальные силы специалиста, не вызывают дополнительных эмоциональных переживаний. По мере профессионализации эти штампы в управленческой работе становятся тормозом развития организации, предприятия или учреждения. Обращенность в прошлое при недостаточно критичном к нему отношении формирует у специалиста предубеждение против инноваций. Сказываются также возрастные изменения личности. С годами растет потребность в стабильности, приверженность устоявшимся и отработанным формам и методам работы.

7. *Профессиональная агрессия* проявляется в отсутствии стремления учитывать чувства, права и интересы подчиненных, приверженности к «карательным» воздействиям, в требовании безоговорочного подчинения. Конечно, в деятельности менеджера неизбежно принуждение. Агрессивность проявляется также в иронии, насмешках и навешивании ярлыков: «тупица», «бездельник», «хам», «кретин» и т.п. Агрессивность как профессиональная деформация обнаруживается у социальных работников с ростом стажа работы, когда усиливаются стереотипы мышления, уменьшаются самокритичность и способность конструктивно решать конфликтные ситуации.

8. *Ролевой экспансионизм* проявляется в тотальной погруженности в профессию, фиксации на собственных проблемах и трудностях, в

неспособности и нежелании понять другого человека, в преобладании обвинительных и назидательных высказываний, беспелляционных суждений. Эта деформация обнаруживается в жестком ролевом поведении за пределами организации, предприятия, в преувеличении собственной роли и значения. Ролевой экспансионизм характерен почти для социальных работников, проработавших руководителями более 10 лет.

9. *Социальное лицемерие* специалиста обусловлено необходимостью оправдывать высокие нравственные ожидания клиентов и коллег, пропагандировать моральные принципы и нормы поведения. Социальная желательность с годами превращается в привычку морализирования, неискренность чувств и отношений. Эта деформация с годами становится нормой социального поведения большинства работников социальной сферы, и дистанция между декларируемыми и реальными жизненными ценностями увеличивается.

10. *Поведенческий трансфер* (проявление синдрома ролевого трансфера) характеризует формирование черт ролевого поведения и качеств, присущих клиентам. Поговорка «С кем поведешься – от того и наберешься» справедлива в отношении специалистов по социальной работе: в их поведении, эмоциональных реакциях, речи, интонациях отчетливо проявляются психологические особенности клиентов социальных служб.

11. *Сверхконтроль* проявляется в чрезмерном сдерживании своих чувств, ориентации на инструкции, уход от ответственности, подозрительной осмотрительности, скрупулезном контроле деятельности подчиненных.

Среди основных психологических детерминант профессиональных деформаций специалиста главной является сама профессиональная деятельность, а также:

- 1) неадекватность мотива выбора профессии конкретного человека целям профессиональной деятельности (корыстные мотивы, стремление к власти, доминированию, самоутверждению);
- 2) несовпадение ожиданий молодого работника профессиональной

реальности, трудности и неудачи на пути профессионализации;

3) стереотипизация, образование автоматизированных профессиональных умений;

4) действие механизмов психологической защиты в связи с повышенной эмоциональной напряженностью, насыщенностью, ответственностью, опасностью для жизни и здоровья, приводящих к синдрому «эмоционального сгорания», рационализации, вытеснению, проекции, регрессии;

5) акцентуации характера, переходящие в профессиональные акцентуации, в сверхкачества;

6) задержки профессионального развития (стагнации);

7) старение и снижение уровня интеллекта. [42, 50]

К основным признакам профессиональных деформаций специалиста по социальной работе можно отнести:

- потерю ощущения своей деятельности как благородной миссии;
- склонность к обезличиванию: клиент рассматривается как объект воздействия, а его проблемы как поломка, которую нужно устранять, не ориентируясь на личностные особенности человека;
- неиндивидуальный подход к работе с клиентами, когда оказание помощи людям ставится на поток и пропадает индивидуальная ответственность за каждого клиента;
- недооценка моральной поддержки клиентов социальных служб;
- дегуманизация взаимоотношений «специалист по социальной работе – клиент», дефицит милосердия;
- нарушение этических норм: разглашение информации о проблемах клиента, грубость, бюрократизм, взяточничество (Н.Н. Блохин, В.В. Вересаев). [42, 50]

У представителей помогающих профессий деформированность личности под влиянием деятельности может проявляться на четырех уровнях.

2. *Общепрофессиональные деформации*, характеризующиеся сходными изменениями личности у всех лиц, занимающихся помогающей

деятельностью. Наличие этих деформаций делает специалистов, работающих с разными клиентами, в разных заведениях, проповедующих разные взгляды, с разными темпераментом и характером, похожими друг на друга. Эти инвариантные особенности обусловлены спецификой пространства, в котором существует личность профессионала - здесь произошло сближение субъекта деятельности со средствами деятельности. Кроме того, помогающая деятельность имеет свой, особенный объект воздействия, который в отличие от большинства других профессий обладает существенной активностью. В ходе взаимодействия с объектом, специалист, используя свою личность как инструмент влияния на него, прибегает к более простым и действенным приемам, в совокупности известным как авторитарный стиль руководства. В результате в его личности появляются такие черты, как назидательность, завышенная самооценка, излишняя самоуверенность, догматичность взглядов, отсутствие гибкости и прочее.

3. *Типологические деформации* вызваны слиянием личностных особенностей и соответствующих структур функционального строения профессиональной деятельности в целостные поведенческие комплексы. Существует ряд таких типологических комплексов: коммуникатор, организатор, интеллигент (просветитель) и др. Особенности каждого из них могут со временем проявиться в структуре личности, которая претерпевает изменения, аналогичные происходящим при акцентуациях.

4. *Специфические деформации* обусловлены спецификой работы с определенным типом клиентов, особенностями работы в том или ином учреждении социальной защиты.

5. *Индивидуальные деформации* определяются изменениями, которые происходят со структурами личности и внешне не связаны с процессом профессиональной деятельности, когда параллельно становлению профессионально важных качеств происходит развитие качеств, не имеющих, на первый взгляд, отношения к профессии. Подобный феномен может быть объяснен тем, что личностное развитие осуществляется не

только под влиянием тех действий, приемов, операций, которые выполняет специалист, а прежде всего, обусловлено его личностной направленностью. [25, 74]

С профессиональной деформацией специалиста тесно связан такой феномен, как «эмоциональное выгорание». Отечественные исследователи Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдич рассматривают синдром «эмоционального выгорания» как специфический вид профессиональной деформации лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с клиентами и пациентами, при оказании профессиональной помощи. [1; 83]

В рамках нашего исследования требуется определение места феномена «выгорания» в структуре других понятий, связанных с профессиональным развитием личности.

В настоящее время не существует единой точки зрения на соотношение таких явлений, как профессиональная деформация и эмоциональное выгорание.

Некоторые авторы считают, что «выгорание» является одним из проявлений профессиональной деформации личности [6]. Другие отмечают, что это хотя и сходные феномены, но имеющие разную природу [15; 81]. Причем, под профессиональной деформацией, прежде всего, понимаются некоторые сформированные в профессии аспекты личности, имеющие негативный оттенок и проявляющиеся большей частью в непрофессиональной жизни. «Выгорание» же – это чисто профессиональный феномен. Однако имеется ряд спорных моментов. Во-первых, профессиональная деформация, как справедливо замечает Н.В. Гришина, не всегда может носить отрицательный характер [15, 145], поэтому требует уточнения и само понятие деформации. Во-вторых, логично предположить, что то негативное влияние, которое оказывает выгорание на деятельность и самочувствие людей, не может не проявиться и в других, непрофессиональных сферах жизни. Ряд исследований подтверждает наличие такой связи [54]. В-третьих, деформация личностных особенностей, по мнению некоторых авторов, должна проявляться на более поздних этапах

профессиональной карьеры [55], в то время как сгорание может возникнуть и в начале профессионального пути как результат несоответствия между требованиями профессии и притязаниями личности [54].

Существует точка зрения, в соответствии с которой начальным и базовым этапом профессиональной деформации личности рассматривается эмоциональное «выгорание». [18] Т.И. Ронгинская считает деформацию следствием эмоционального выгорания, когда защитные механизмы ослабевают настолько, что работник не может противостоять губительным факторам и начинается процесс разрушения личности. [64, 87]

Е. Махер, К. Кондо синдром эмоционального выгорания рассматривают как разновидность стресса, где клиенты социальных служб выступают в качестве стрессогенных факторов. Другие исследователи не отождествляют эффекты выгорания и профессиональные стрессы, рассматривая «эмоциональное выгорание» не как разновидность стресса, а как результат влияния комплекса стрессогенных факторов [1;7].

В. В. Бойко рассматривает «выгорание» как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия, приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального поведения. Выгорание отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности. [6]

Таким образом, на основе анализа имеющихся в литературе определений можно выделить три подхода к рассмотрению эмоционального «выгорания»: как состояния, как стресса, как профессиональной деформации.

Эмоциональное выгорание как состояние. Понимание «эмоционального сгорания» как состояния имеет принципиальное значение, поскольку оно даёт возможность точнее понять суть явления (феномена), его

функциональное значение для организма, преодолеть односторонний подход к нему лишь как к переживанию своего отношения к кому или чему-либо.

Н.Д. Левитов определяет психическое состояние как «целостную характеристику психической деятельности за определенный период времени, показывающую своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых предметов и явлений действительности, предшествующего состояния и свойств личности» [38]. Л.П. Гримак добавляет, что «состояния человека чаще всего проявляются в виде реакции на текущую ситуацию и носят приспособительный характер. Главная их функция – всесторонне уравнивать организм с постоянно изменяющейся внешней средой, приводить его возможности в соответствие с конкретными объективными условиями, организовывать взаимодействие со средой. Иное дело, что по многим причинам степень соответствия состояний вызвавшим их условиям может быть нарушена, и это приводит к снижению их приспособительной роли» [44; 14].

Таким образом, состояние выступает как форма саморегуляции психики и как один из важнейших механизмов интеграции человека как целостности – как единство его духовной, психической и телесной организации. Адаптивная функция состояния позволяет сохранить на максимально возможном уровне здоровье, способность к адекватному поведению и успешной деятельности, возможность полноценного личностного развития.

Состояние характеризует синдром, т.е. совокупность симптомов. Эмоциональная сторона состояний находит отражение в виде эмоциональных переживаний (усталости, апатии, скуки, отвращения к деятельности, радости достижений, страха и т.п.), а физиологическая сторона – в изменении ряда функций, в первую очередь вегетативных и двигательных. Е.П. Ильин [27] справедливо отмечает, что и переживания, и физиологические изменения неотделимы друг от друга, т.е. всегда сопутствуют друг другу. В этом единстве признаков состояний причинным фактором может быть каждый из них.

Подобно обстоит дело и с «эмоциональным выгоранием». Первоначально этот термин определялся как состояние изнеможения, истощения с ощущением собственной бесполезности. Затем феномен «эмоционального выгорания» был детализирован, в результате чего выделился его синдром – синдром эмоционального сгорания (СЭС).

Эмоциональное выгорание как стресс. Синдром эмоционального выгорания рассматривается как результат неблагоприятного разрешения стресса на рабочем месте. С точки зрения определения стрессового процесса Г. Селье [69, 87] – стадий тревоги, резистентности (сопротивления) и истощения – «эмоциональное выгорание» можно приравнять к третьей стадии – стадии истощения, которой предшествует стойкий и не поддающийся контролю уровень возбуждения.

«Выгорание» не эпизод, а конечный результат процесса «сгорания дотла». Мы работаем в беспокойной обстановке, требующей устойчивого внимания и напряжения, единственным постоянством которой является ее постоянная изменчивость. Стресс вызывается множеством факторов (стрессорами), которые непрерывно суммируются в разных сферах нашей жизнедеятельности. Наше чувство контроля над тем, что происходит, может иметь решающее значение. Если мы учимся реагировать адаптивным способом, мы более успешно и эффективно действуем и повышаем свою функциональную активность и уверенность, тогда как дезадаптивные реакции ведут нас по нисходящей спирали к выгоранию. Когда требования (внутренние и внешние) постоянно преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние равновесия. Непрерывное или прогрессирующее нарушение равновесия неизбежно ведет к «сгоранию». Выгорание – не просто результат стресса, а следствие неуправляемого стресса.[69, 112]

Эмоциональное выгорание как профессиональная деформация. С данных позиций эмоциональное «выгорание» рассматривается как одна из форм проявления профессиональной деформации личности. Отечественные

исследователи Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц [1; 83] рассматривают синдром «эмоционального выгорания» как состояние «профессиональной деформации». Авторы указывают, что симптомы выгорания проявляются у профессионалов, работающих в системе «человек – человек», т.е. у тех, кто по долгу службы вынужден весь свой рабочий день общаться с людьми. Склонность к «выгоранию» наблюдается у представителей определенных профессий, которые обладают трудно контролируемой и трудно ограничиваемой властью. Данную точку зрения поддерживает А.Р. Конечный [77, 24], по мнению которого профессиональная деформация («выгорание») постепенно развивается из профессиональной адаптации. На примере медицинских работников он прослеживает динамику данного феномена. Определенная степень адаптации изначально естественна для медицинского работника. Сильное восприятие страданий другого человека в начале профессиональной деятельности, со временем, как правило, несколько (а порой и достаточно сильно) притупляется. Автор смотрит на «сгорание» с точки зрения одной определенной профессии, в то же время, подчеркивает, что «профессия риска» обязательно должна относиться к системе «человек – человек».

Таким образом, под *эмоциональным «выгоранием»* понимается сложный психофизиологический феномен, который определяется как эмоциональное, умственное и физическое истощение из-за продолжительной эмоциональной нагрузки, выражается в депрессивном состоянии, чувстве усталости и опустошенности, недостатке энергии и энтузиазма, утрате способности видеть положительные результаты своего труда, отрицательной установке в отношении работы и жизни вообще.

Одним из показателей синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности являются состояния психической напряженности, вызванные конфликтами, трудностями в решении сложных социальных проблем, приводящими к ощущениям дискомфорта, тревоги, фрустрации, пессимистическим настроениям.

В качестве ключевых признаков синдрома эмоционального выгорания К. Маслач выделила: 1) индивидуальный предел, «потолок возможностей» нашего эмоционального Я противостоять истощению, противодействовать «сгоранию» самосохраняясь; 2) внутренний психологический опыт, включающий чувства, установки, мотивы, ожидания; 3) негативный индивидуальный опыт в котором сконцентрированы проблемы, дистресс, дискомфорт, дисфункции и/или их негативные последствия.

Детализируя синдром эмоционального «выгорания» как особое состояние, К. Маслач выделила в нём три компонента [79, 409]:

- *чувство эмоционального истощения, изнеможения* – проявляется в ощущениях эмоционального перенапряжения и в чувстве опустошённости, истощенности своих эмоциональных ресурсов. Человек чувствует, что не может отдаваться работе с таким же воодушевлением, желанием, как раньше.

- *дегуманизация, деперсонализация* – связана с возникновением равнодушного или даже негативного отношения к клиентам. Контакты с ними становятся формальными, обезличенными; возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер и проявляться во внутренне сдерживаемом раздражении, которое со временем прорывается наружу и приводит к конфликтам;

- *негативное самовосприятие* (редукция личных достижений) – проявляется в снижении самооценки, недовольстве собой, негативном отношении к себе как личности, а в профессиональном плане – утрату профессионального мастерства [79, 409]

Бойко В.В. описывает различные симптомы «выгорания» [6, 54].

Симптом «эмоционального дефицита». К профессионалу приходит ощущение, что эмоционально он уже не может помогать субъектам своей деятельности. Не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать, отзываться на ситуации, которые должны трогать, побуждать, усиливать интеллектуальную, волевою и нравственную отдачу. О том, что это ничто иное, как эмоциональное выгорание, говорит его еще недавний

опыт: некоторое время тому назад таких ощущений не было, и личность переживает их появление. Постепенно симптом усиливается и приобретает более осложненную форму, все реже проявляются положительные эмоции и все чаще отрицательные. Резкость, грубость, раздражительность, обиды, капризы – дополняют симптом «эмоционального дефицита».

Симптом «эмоциональной отстраненности». Личность почти полностью исключает эмоции из сферы профессиональной деятельности. Ее почти ничто не волнует, почти ничто не вызывает эмоционального отклика – ни позитивные обстоятельства, ни отрицательные. Причем это не исходный дефект эмоциональной сферы, не признак ригидности, а приобретенная за годы обслуживания людей эмоциональная защита. Человек постепенно научается работать как робот, как бездушный автомат. В других сферах он живет полнокровными эмоциями. Реагирование без чувств и эмоций наиболее яркий симптом выгорания. Он свидетельствует о профессиональной деформации личности и наносит ущерб субъекту общения. Партнер обычно переживает проявленное к нему безразличие и может быть глубоко травмирован.

Симптом «личностной отстраненности, или деперсонализации». Проявляется в широком диапазоне умонастроений и поступков профессионала в процессе общения. Прежде всего, отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку – субъекту профессионального действия. Он воспринимается как неодушевленный предмет, как объект для манипуляций – с ним приходится что-то делать. Объект тяготит своими проблемами, потребностями, неприятно его присутствие, сам факт его существования. Метастазы «выгорания» проникают в установки, принципы и систему ценностей личности. Возникает деперсонализированный защитный эмоционально-волевой антигуманистический настрой. Личность утверждает, что работа с людьми не интересна, не доставляет удовлетворения, не представляет социальной ценности. В наиболее тяжелых формах «выгорания» личность рьяно защищает свою антигуманистическую

философию «ненавижу», «презираю», «взять бы автомат и всех». В таких случаях «сгорание» смыкается с психопатологическими проявлениями личности, с невротоподобными или психопатическими состояниями. Таким личностям противопоказана вся профессиональная деятельность. Но, увы, они ею заняты, поскольку нет психологического подбора кадров и аттестации.

Симптом «психосоматических и психовегетативных нарушений». Как следует из названия, симптом проявляется на уровне физического и психического самочувствия. Обычно он образуется по условно-рефлекторной связи негативного свойства. Многие из того, что касается субъектов профессиональной деятельности, провоцирует отклонения в соматических или психических состояниях. Порой даже мысль о таких субъектах или контакт с ними вызывает плохое настроение, бессонницу, чувство страха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний. Переход реакций с уровня эмоций на уровень психосоматики свидетельствует о том, что эмоциональная защита – «выгорание» – самостоятельно уже не справляются с нагрузками, и энергия эмоций перераспределяется между другими подсистемами индивида. Таким способом организм спасает себя от разрушительной мощи эмоциональной энергии [6, 59].

Е. Махер в своём обзоре расширяет перечень симптомов «эмоционального выгорания»: а) усталость, утомление, истощение; б) психосоматические недомогания; в) нарушения сна; г) негативное отношение к клиентам; д) негативное отношение к своей работе; е) скудость репертуара рабочих действий; ж) злоупотребление химическими агентами (кофе, табаком, алкоголем, наркотиками, лекарствами); з) переедание или отсутствие аппетита; и) негативная Я-концепция; к) агрессивные чувства (раздражительность, тревожность, напряжённость, беспокойство, взволнованность, гнев); л) упаднические настроения и связанные с ними эмоции: цинизм, пессимизм, чувство безнадежности, апатия, депрессия,

чувство бессмысленности) переживание чувства вины. [79, 409]

Л.А. Китаев-Смык многочисленные проявления «выгорания» предлагает свести к трем формам: [30, 10]

1) *«Уплотнение эмоций»*. Связано с тем, что у некоторых психотерапевтов и психологов-консультантов на фоне утомления возникает как бы стремление лучше работать с пациентами: душевнее беседовать, проникновеннее, даже «по-родственному» общаться с ними. Однако, это не связано с повышением качества их работы, а является результатом невольной попытки продолжать работать хорошо, вопреки утомлению. Вскоре манифестированное «сверхсочувствие» сменяется приступами равнодушия к пациентам. Потом оно овладевает психотерапевтом (или другим профессионалом, работающим с людьми) каждый раз, как он входит в свой рабочий кабинет. Но при этом еще возможны эмоциональные всплески и негативные (приступы рассерженности или обиды), и позитивные (неожиданная радость, умиление). И, наконец, у такого первоначально отличного профессионала, если он продолжает напряженно работать с людьми, безэмоциональность, равнодушие ко всему становится, навязчиво-болезненной чертой характера, вернее, его личности.

2) *«Конфронтация с клиентом»*. К. Маслач обратила внимание на то, что некоторые психотерапевты в периоды кратковременного отдыха во время рабочего дня, беседуя с коллегами, начинают пренебрежительно, а потом и с издевкой высказываться о своих пациентах. Возбужденные или утомленные необходимостью сдерживать свой внутренний протест против душевных затрат психотерапевты разряжали агрессию: «Сегодня такой придурок ко мне пришел, что я ...», «Эта, что у меня была, сама стерва, а хочет, чтобы все ей угождали» и т.п.

Позднее динамика этого компонента «выгорания» была систематизирована. Первоначально после вспышек усердия и желания как можно лучше обслуживать клиентов, возникает застойное переживание обиды на несправедливость поначалу из-за конкретного события. Потом это

чувство становится постоянно гнетущим: это переживание обиженности на, якобы, недостаточное одобрение начальства, на неблагодарность клиентов, на то, что «за такую работу платят мало денег».

«Выгорание» ведет профессионала к тому, что он игнорирует клиентов, потом уклоняется от работы с ними (частые перекуры, перерывы за чашкой кофе), потом возникают отгулы, прогулы, отсутствие «по болезни». Если «выгорающий» человек вынужден все дальше работать с людьми, то он начинает чувствовать стойкую неприязнь к клиентам (пациентам, покупателям, ученикам и др.). В конце концов, ему не удастся скрыть свое раздражение, и происходит взрыв: он выплескивает из себя озлобленность. Ее жертвой, как правило, становится ни в чем не повинный человек, который ждал от профессионала помощи или хотя бы участия.

3) *«Потеря ценностных ориентаций»* – третья форма симптомов «выгорания», наиболее социально и экономически опасна, хотя начало ее (как и двух других) не предвещает плохого. Первоначальные симптомы «сгорания» могут проявляться в том, что при общении с клиентами и сослуживцами у человека возникает навязчивое недоверие к их высказываниям. Оно может чередоваться или сочетаться с недовольством собой, с ощущением снижения своей компетентности в работе.

Далее такой человек склонен во всем новом сразу находить негативные стороны (ошибки, недолжное поведение); он сразу обращает внимание на недостатки вещей, предвестники опасности и т.д. «Выгорающему» его навязчивая критичность кажется достоинством, он якобы «стойкий борец за качество». Нет! Акцентируя внимание лишь на плохом, он стал «давителем» хорошего, так как лишает людей права на ошибки, на инициативу. «Выгорающая личность» портит всем настроение и климат в коллективе, заражает его «выгоранием».

Такого человека все чаще охватывает мучительное ощущение своей несостоятельности: «Я не состоялся как профессионал». «Выгорающий» может пытаться сменить работу. Но если и там он будет работать с людьми,

то «выгорание его души» лишь на короткое время, казалось бы, прекратится, однако потом оно будет только углубляться.

Завершает нарастание этой формы «сгорания» утрата представлений о ценностях жизни, т. е. состояние, в котором человеку стало «на все наплевать». Он по привычке может сохранять и апломб, и респектабельность, но приглядитесь к нему. У него пустой взгляд и ледяное сердце. Мир для него безразличен.

Многие исследования показали, что три описанных выше формы «выгорания» протекают одновременно, но, все же, первоначально более заметна «сверхдушевность». На втором этапе часто доминирует конфронтация с клиентом. На завершающем этапе наиболее тягостным последствием «выгорания» всегда становится потеря ценностных ориентаций.

Таким образом, «выгорание», по мнению Л.А. Китаева-Смыка, складывается из трех форм-фаз. Однако, следует отметить, что в реальности у людей с разными характерами с учетом множества видов профессионального обслуживания клиентов можно встретить большое разнообразие сложных сочетаний симптомов и динамики «выгорания».

Синдром эмоционального выгорания включает в себя группы симптомов, которые проявляются вместе, но поскольку сгорание как процесс протекает у каждого индивидуально, то и симптомы у всех выражаются по-разному и имеют разную комбинацию. Традиционно выделяют следующие группы симптомов:

Эмоциональные: чувство эмоциональной опустошенности; неопределенное чувство беспокойства и тревоги; чувство разочарования; снижение уровня энтузиазма; раздражительность; обидчивость; неуверенность; равнодушие; бессилие и т.д.

Психосоматические: повышенная утомляемость, чувство истощения на протяжении всего дня; восприимчивость к показателям внешней среды; частые головные боли; расстройства желудочно-кишечного тракта;

отсутствие аппетита или переедание, что ведет к избытку или недостатку веса; нарушение сна, бессонница и т.д.

Нарушение познавательных процессов деятельности: трудности с концентрацией внимания; жесткость и ригидность в мышлении; сконцентрированность на деталях; неспособность принимать решения и т.д.

Неприятие профессиональной деятельности: неприязнь к работе; сильное сопротивление выходу на работу; мысли о смене работы, профессии и т.д.

Нарушение социальных связей: растущее избегание контактов с людьми; дистанцирование от клиентов и коллег; стремление к уединению; осуждение клиента, циничное отношение к нему и т.д.

Эмоциональное сгорание и неудовлетворенность работой оказывают влияние на семейные отношения – возрастает количество семейных конфликтов. После насыщенного дня, проведенного с клиентами, профессионал испытывает потребность уйти на некоторое время от всех людей, и это желание реализуется обычно за счет семьи. Таким образом, можно сделать вывод, что «сгорание» охватывает все сферы личности человека. Начавшись в профессиональной деятельности, сгорание «поражает» и саму личность человека, мешая развитию.

Таким образом, синдром эмоционального выгорания характеризуется выраженным сочетанием симптомов нарушения в психической, соматической и социальной сферах жизни.

Симптомы «выгорания» указывают на характерные черты длительного стресса и психической перегрузки, которые приводят или могут привести к полной дезинтеграции различных психических сфер и, прежде всего – эмоциональной, по мнению Т.П. Ронгинской [64, 87]. Это позволяет сделать вывод, что синдром носит стадийный характер. Следует, однако, отметить, что развитие синдрома носит индивидуальный характер, определяемый различиями в эмоционально-мотивационной сфере и разными условиями реализации профессиональной деятельности. [36, 103]

М. Бурит предложил следующие фазы в развитии синдрома эмоционального выгорания:

1. *Предупреждающая фаза:*

- чрезмерное участие: чрезмерная активность, чувство некомпетентности, отказ от всех потребностей, не связанных с работой, вытеснение неудач и разочарования;

- истощение: чувство усталости, бессонница, угроза несчастных случаев.

2. *Снижение уровня собственного участия:*

- по отношению к коллегам и клиентам: потеря положительного восприятия коллег, переход от помощи к надзору и контролю; приписывание вины за собственные неудачи другим людям; доминирование стереотипов в поведении;

- по отношению к другим окружающим: отсутствие эмпатии, безразличие;

- по отношению к профессиональной деятельности: искусственное продление перерывов в работе, опоздание, уход с работы раньше времени; акцент на материальный аспект при одновременной неудовлетворенности работой;

- возрастные требования: потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях; чувство переживания того, что другие люди используют тебя, зависть.

3. *Эмоциональные реакции:*

- депрессия: постоянное чувство вины; снижение самооценки; безосновательные страхи; лабильность настроения;

- агрессия: защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в неудачах; отсутствие толерантности и способности к компромиссам; подозрительность, конфликтность с окружающими; постоянное чувство вины, снижение самооценки; безосновательные страхи, лабильность настроения.

4. *Фазы деструктивного поведения:*

- сфера интеллекта: снижение концентрации внимания; отсутствие

способности к выполнению сложных заданий; ригидность мышления, отсутствие воображения;

- мотивационная сфера: отсутствие собственной инициативы; снижение эффективности деятельности; выполнение задач строго по инструкции;

- эмоционально-социальная сфера: безразличие, избегание неформальных контактов; отсутствие участия в жизни других людей, либо чрезмерная привязанность к конкретному лицу; избегание тем, связанных с работой; одиночество, отказ от хобби, скука.

5. *Психосоматические реакции*: снижение иммунитета; неспособность к релаксации в свободное время; бессонница, сексуальные расстройства; повышенное давление, тахикардия, головные боли; боли в позвоночнике, расстройства пищеварения; зависимость от никотина, кофеина, алкоголя.

6. *Разочарование*: отрицательная жизненная установка; чувство беспомощности и бессмысленности жизни; экзистенциальное отчаяние. [36, 105]

Существует мнение, что специалист не должен эмоционально истощаться на работе или испытывать отрицательные эмоции к клиентам. Поэтому знания о профессиональных рисках профессий типа «человек-человек», к которым, безусловно, относятся профессиональные деформации (в первую очередь, синдром эмоционального выгорания), рассматриваются как менее важные, чем профессиональные знания и навыки. Однако, на наш взгляд, информированность специалистов об «опасностях», которые таит в себе их профессиональная деятельность, позволит им диагностировать первые симптомы (как в себе, так и в коллегах) и предпринять меры по их предупреждению и устранению.

Совершенно избежать профессиональных деформаций сложно, но нельзя не обращать внимания на ее признаки и не стремиться к ее предотвращению на ранних этапах. Поэтому организация работы по психосоциальной профилактике профессиональных деформаций необходима в каждом социозащитном учреждении, что в значительной степени позволит

снизить риск воздействия негативных профессиональных факторов на профессиональную деятельность социальных работников.

1.2. Психосоциальная профилактика профессиональных деформаций личности социального работника

Психосоциальная профилактика – это система мероприятий, осуществляемых специалистом по социальной работе, с целью предотвращения отклонений от общепринятых социальных норм и правил, уменьшения вероятности их проявлений, подготовки человека к тем или иным значимым событиям жизни. Психосоциальная профилактика направлена на то, чтобы заблаговременно предупреждать возможные нарушения в развитии индивида, создавая условия для полноценного психического развития на каждом возрастном этапе жизни человека.

Выделяют общие, специальные и индивидуальные меры социальной профилактики, однако специально психопрофилактические меры нигде не рассматриваются. К последним можно отнести не просто повышение жизненного уровня населения (или экономические меры), организацию досуга (это социально-культурные меры) или воспитательные меры, а именно психологическое просвещение, психообразование в социальной работе, которые должны затрагивать как клиентов социальной сферы, так и самих специалистов, которые должны постоянно совершенствовать свой профессиональный уровень.

Психосоциальная профилактика – одно из основных и перспективных направлений в социальной работе, так как гораздо легче предупредить всевозможные отклонения в действиях или поведении человека от установленных или общепринятых норм, чем исправлять негативные последствия.

В общем виде *психосоциальная профилактика* – это раздел общей профилактики, включающий совокупность мероприятий, которые

обеспечивают психическое здоровье, включая профилактику личностных и профессиональных кризисов, предупреждение возникновения и распространения нервно-психических заболеваний.

Выполнение психопрофилактических мероприятий требует наличия у специалиста, кроме общей профессиональной подготовки, специальных знаний в области клинической психологии и психотерапии. Это особенно важно, если учитывать тесную взаимосвязь физического и душевного здоровья человека: психическое состояние оказывает влияние на соматическое здоровье человека, а соматические проблемы могут вызвать серьезное эмоциональное расстройство.

В нашей стране принята международная классификация этапов психосоциальной профилактики. По терминологии Всемирной Организации Здравоохранения, профилактика делится на первичную, вторичную и третичную.

Первичная психосоциальная профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение вредных воздействий на человеческую психику. На этом уровне система психосоциальной профилактики состоит в изучении выносливости психики к воздействию вредных агентов окружающей среды и возможных путей увеличения этой выносливости, а также предупреждении психогенных заболеваний. Первичная психосоциальная профилактика тесно связана с профилактикой общей и предусматривает комплексное участие в ней большого круга специалистов: социологов, психологов, физиологов, гигиенистов, врачей. По сути, это диспансеризация здорового населения с осуществлением широкого комплекса психогигиенических мероприятий, поскольку способствовать возникновению нервно-психических нарушений могут как неблагоприятные социально-психологические условия существования человека (информационные перегрузки, психическая травматизация и микросоциальные конфликты, неправильное воспитание в детстве и т.п.), так и факторы биологического характера (соматические болезни, травмы мозга,

интоксикации, действие вредностей в период внутриутробного развития мозга, неблагоприятной наследственности и т.п.).

Особая роль в осуществлении первичной психосоциальной профилактики отводится психиатрам, психотерапевтам и клиническим (медицинским) психологам, которые призваны осуществлять не только раннее выявление нервно-психических заболеваний, но и обеспечивать разработку и внедрение специальных психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий в различных сферах человеческой деятельности. Здесь задачи также сложны и многообразны. Они тесно смыкаются с социальной психологией, так как необходимо внимательное изучение групповой, коллективной деятельности, совместного поведения и общения, особенностей психического состояния индивида в группе. Серьезное внимание надо уделять применению медицинской и психологической экспертизы различных производств и технологических процессов, например разработке мероприятий, предупреждающих неблагоприятное, невротизирующее действие монотонности поточно-конвейерного производства.

Вторичная психосоциальная профилактика – это максимально раннее выявление начальных фаз нервно-психических заболеваний и их своевременное (раннее) активное лечение. Она состоит в контроле за неутяжелением или в предупреждении негативных последствий уже начавшегося психического заболевания или психологического кризиса. Согласно рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения, под вторичной профилактикой подразумевается именно лечение. Некачественное, несвоевременное лечение при нервно-психических заболеваниях способствует их затяжному, хроническому течению. Успехи активных методов лечения, особенно достижения психофармакологии, заметно отразились на исходах психических заболеваний: повысилось число случаев практического выздоровления, увеличилась выписка больных из психиатрических больниц. Однако следует помнить, что вторичная

профилактика направлена не только на биологическую основу болезни, она требует применения психотерапии и социотерапии в широком смысле этих понятий.

Третичная психопрофилактика – это предупреждение рецидивов нервно-психических заболеваний и восстановление трудоспособности человека, перенесшего заболевание. Третичная психопрофилактика направлена на предупреждение инвалидности при наличии у человека нервно-психического заболевания. Во многих случаях для предупреждения рецидива психического заболевания больному требуется применение поддерживающей психофармакотерапии. Например, при различных аффективных расстройствах типа маниакально-депрессивного психоза с успехом применяются с профилактической целью соли лития. При неврозах главное место в поддерживающей терапии принадлежит психотерапии и т.д.

Профилактика профессиональных деформаций является сегодня обязательным элементом эффективной трудовой деятельности человека.

Психопрофилактика профессиональных деформаций представляет собой совокупность предупредительных мероприятий, ориентированных на снижение вероятности изменения сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса. Одной из задач такой профилактики является блокирование и сглаживание трех групп указанных факторов, способствующих развитию профессиональных деформаций.

В современной науке для описания способности личности сохранять адекватность психического состояния и эффективность деятельности в экстремальных условиях (к которым, безусловно, относится деятельность социального работника) исследователи используют различные термины: «устойчивость личности» (Л.И. Божович, Б. Басаров), «психическая устойчивость» (М.Ф. Секач, А.А. Коренев), «психологическая устойчивость» (С.А. Козлов, В.В. Аршинова), «стрессоустойчивость» (О.А. Ахвердова,

И.В. Боев), «устойчивость к стрессу» (Б.В. Кулагин), «нервно-психическая устойчивость» (А.М. Столяренко, П.П. Дорогов), «эмоционально-волевая устойчивость» (В.Ф. Власов, И.И. Рудской), «профессионально-психологическая устойчивость» (Е.В. Василенко).

Все перечисленные виды устойчивости специфичны, но в их основе находятся утверждения, что это:

- способность поддерживать оптимальную работоспособность и эффективность деятельности в напряженных ситуациях;
- способность личности сохранять оптимальное психическое состояние при воздействии негативных факторов.

Однако устойчивость в целом нельзя свести только к поддержанию определенных состояний, она охватывает сохраняемость процесса – последовательность состояний во времени. Ее отличает активный характер (можно рассматривать как процесс и как результат), она является неотъемлемой частью развития, стороной процесса адаптации.

Устойчивость в широком смысле необходимо рассматривать как функцию двух переменных – окружающей среды и внутренней структуры системы. Исходя из этого, можно предположить, что все существующие виды устойчивости, являются составными компонентами такого целостного явления как – психическая устойчивость личности, но характеризуют его различные стороны.

В психологическом плане устойчивость отражает функциональные характеристики профессионально значимых психических процессов, качеств и свойств личности, а также степень адекватности психологической системы деятельности требованиям конкретных рабочих ситуаций.

Исходя из этого, можно утверждать, что устойчивость к развитию профессиональной деформации личности является частным случаем психической устойчивости, проявляющейся при воздействии профессиональных стресс-факторов, и их специфичность будет определяться конкретным видом деятельности. Таким образом, можем сказать, что

организовать психосоциальную профилактику профессиональных деформаций, необходимо формировать в личности специалиста стрессоустойчивость.

Единого подхода к формулировке определения стрессоустойчивости нет, и авторы трактуют его по-разному.

Так, в психологическом словаре стрессоустойчивость характеризуется как: некоторая совокупность личностных качеств, позволяющих работнику переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки (перегрузки), обусловленные особенностями профессиональной деятельности, без особых вредных последствий для деятельности, окружающих и своего здоровья.

С.В. Субботин утверждает, что «стрессоустойчивость есть комплексная индивидуальная психологическая особенность, заключающаяся в специфической взаимосвязи разноуровневых свойств индивидуальности, что обеспечивает биологический, физиологический и психологический гомеостаз системы и ведет к оптимальному взаимодействию субъекта с окружающей средой в различных условиях жизнедеятельности» [61, 123].

В работах Б.Х. Варданяна и С.В. Субботина прослеживается идея о двойственной природе стрессоустойчивости как свойства, влияющего на результат деятельности (успешность-неуспешность) и как характеристики, обеспечивающей гомеостаз личности как системы, на основании этого стрессоустойчивость можно рассматривать как деятельностный и личностный показатель.

Понимание структуры стрессоустойчивости личности опирается на традиционно сложившемся в психологии подходе к представлению о структуре психики. Исходя из этого стрессоустойчивость, как и психическую устойчивость можно рассматривать как динамическую структуру, основными компонентами которой являются:

- *эмоциональный*, накопленный в процессе преодоления сложных ситуаций и проявляющийся в уверенности, в чувстве воодушевления и удовлетворения от выполнения задачи;

- *волевой*, который выражается в самообладании, самоконтроле, сознательной саморегуляции действий, приведении их в соответствие с требованиями ситуации. Волевой компонент выполняет контрольно-оценочную функцию сохранения и восстановления целесообразной регуляции деятельности.

- *интеллектуальный*, отражающий умственную работоспособность, тип мышления [55, 69].

Однако приведенный перечень для отражения сущности понятия стрессоустойчивости далеко не полон. Некоторые авторы (Ю.Н. Гурьянов, С.А. Козлов, В.Ф. Власов) выделяют еще ряд структурных компонентов:

- *мотивационный*, отражающий устремленность личности на выполнение поставленной задачи. Мотивационный компонент представлен проявлением различных мотивационных тенденций, выполняющих побудительную, смыслообразующую и регулятивную функцию;

- *физиологический* компонент, определяющий запас энергетических возможностей организма;

- *познавательный*, характеризующий степень осознания и понимания служебной задачи. Познавательный компонент обеспечивает функцию создания, структурирования ориентировочной основы профессиональной деятельности, текущего анализа и прогнозирования динамики служебных ситуаций;

- *операциональный* (моторный), объединяющий применяемые способы и приемы деятельности. Операциональный (моторный) компонент обеспечивает владение способами и приемами деятельности, необходимыми навыками и умениями по использованию технических и др. средств;

- *коммуникативный* компонент, характеризующий социально-психологический аспект деятельности личности, состояние готовности к взаимодействию [57, 90].

Традиционными показателями стрессоустойчивости человека на социально-психологическом уровне являются:

- сохранение способности к социальной адаптации;
- сохранение значимых межличностных связей;
- обеспечение успешной самореализации, достижения жизненных целей;
- сохранение трудоспособности и качества выполняемой деятельности;
- сохранение здоровья.

В связи с этим, для формирования стрессоустойчивости личности специалиста по социальной работе, рекомендуется действовать на следующих уровнях:

- физиологическом (необходимо заняться своим здоровьем, режимом питания, внешним видом и т. п.);
- эмоциональном (необходимо находить для себя эмоционально комфортные ситуации, обеспечить себе хоть чуть-чуть ощутимый успех в каком-нибудь занятии, создать себе и другим маленькие праздники и пр.);
- интеллектуальном (принять и полюбить себя таким, каков есть);
- мировоззренческом (дифференциация цели, концепция развития, позитивное мышление).

Стрессоустойчивость – это термин, характеризующий некоторую совокупность личностных качеств, позволяющих работнику переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки (перегрузки), обусловленные особенностями профессиональной деятельности, без особых вредных последствий для деятельности, окружающих и своего здоровья.

Высокий уровень *стрессоустойчивости* (интеллектуальной, волевой и эмоциональной), по мнению экспертов, относится к числу профессионально важных качеств социального работника.

Факторы, влияющие на стрессоустойчивость, могут быть связаны непосредственно с работой (недостатки организационных структур управления, проблемы делегирования полномочий, перенапряжения в период хронической полосы трудностей и чрезвычайных ситуаций, объективной

необходимости выполнять часть работы за своих коллег, и т. п.), или вызваны свойствами личности самого специалиста (тщеславие, нетерпимость, чрезмерное самолюбие, максимализм в постановке целей, особенности темперамента и др.).

Согласно теории *стрессоустойчивости*, все люди делятся на 4 группы:

- *стрессонеустойчивые*: характеризует максимально возможная ригидность по отношению к внешним событиям. Они не склонны менять свое поведение и адаптироваться под внешний мир. Их установки и понятия незыблемы. Поэтому любое неблагоприятное внешнее событие или даже намек на его возможность в будущем для них – стресс;

- *стрессотренируемые*: готовы к переменам, но только не глобальным и не мгновенным. Они стараются трансформировать свою жизнь постепенно, непринужденно, безболезненно, а когда это по объективным причинам невозможно, делаются раздражительными или впадают в депрессию. Однако по мере повторения примерно схожих по содержанию напряженных ситуаций «стрессотренируемые» привыкают и начинают реагировать на стрессы более спокойно;

- *стрессотормозные*: отличаются жесткостью своих жизненных принципов и мировоззренческих установок, однако к внезапным внешним изменениям относятся достаточно спокойно. Они принципиально не готовы меняться постепенно, но могут пойти на быстрое и однократное изменение той или иной сферы их жизни, например, резко сменить работу. Если же стрессы следуют один за другим, а особенно имеют вялотекущий характер, они постепенно теряют присутствие духа и контроль над своими эмоциями;

- *стрессоустойчивые* демонстрируют готовность относительно спокойно принимать любые перемены, какой бы характер они не носили. Наоборот, все стабильное и заранее predetermined является чуждым и вызывает иронию по причине всеобщей неустойчивости [43, 67].

В стрессовой ситуации психологическая адаптация человека происходит, главным образом, посредством двух механизмов: *психологической защиты* и *совладания со стрессом* (копинга).

Концепция психологических защит, направленных на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, была предложена З. Фрейдом. Функциональное значение и цель психологической защиты заключается в ослаблении внутриличностного конфликта (напряжения, беспокойства) между инстинктивными импульсами бессознательного и усвоенными требованиями внешней среды, возникающими в результате социального взаимодействия. Задача психологических защит состоит в полном вытеснении неприятных аффектов и непереносимых для сознания мыслей и представлений. Согласно первоначальным представлениям, защиты – это врожденное средство разрешения конфликта между сознанием и бессознательным. Отрицательным моментом является то, что защиты могут мешать осознавать объективную, истинную ситуацию и адекватно реагировать. Ригидность при использовании защитных техник ведет к появлению невротической адаптации и, в конечном счете, формирует структуру невротического характера человека [44, 78].

Копинг-поведение. Понятие «копинг» происходит от английского слова «соре» – «совладать, преодолеть». В российской психологической литературе его переводят как «адаптивное совладающее поведение». Лазарус и Кохен выделили пять основных задач копинга:

- минимизация негативных воздействий обстоятельств и повышение возможностей восстановления;
- терпение, приспособление или регулирование, преобразование жизненных ситуаций;
- поддержание позитивного, положительного «образа Я», уверенности в своих силах;
- поддержание эмоционального равновесия;
- поддержание, сохранение достаточно тесных взаимосвязей с другими

людьми [46].

К наиболее действенным копинг-стратегиям можно отнести следующие: разрешение проблем, поиск социальной поддержки, избегание.

Р. Лазарус и С. Фолкман выделяют следующие виды копинга:

а) *активное копинг-поведение* – сознательное поведение, направленное на устранение или избегание угрозы;

б) *пассивное копинг-поведение* – это защитный механизм для снижения эмоционального возбуждения до изменения ситуации.

Кроме того, Р. Лазарус выделяет два глобальных типа, стиля реагирования:

1) *проблемно-ориентированный стиль*, направленный на рациональный анализ проблемы. Связан с созданием и выполнением плана разрешения трудной ситуации. Проявляется в таких формах поведения, как самостоятельный анализ случившегося, обращение за помощью к другим, поиск дополнительной информации;

2) *субъектно-ориентированный стиль*, выражающийся в эмоциональном реагировании на ситуацию. Не сопровождается конкретными действиями. Проявляется в виде попыток не думать о проблеме вообще, вовлечь других в свои переживания, желанием забыться во сне, растворить свои невзгоды в алкоголе или компенсировать отрицательные эмоции едой. Эти формы поведения характеризуются наивной, инфантильной оценкой происходящего [46].

Можно выделить три основных критерия, на основе которых строятся классификации копинга [68, 134]:

1) *копинг эмоциональный – проблемно-фокусированный:*

а) эмоционально-фокусированный копинг направлен на урегулирование эмоциональной реакции;

б) проблемно-фокусированный копинг направлен на то, чтобы справиться с проблемой или изменить ситуацию, которая вызвала стресс;

2) *копинг когнитивный — поведенческий:*

а) скрытый, внутренний копинг ориентирован на когнитивное решение проблемы; целью является изменение неприятной ситуации, вызывающей стресс;

б) открытый, поведенческий копинг ориентирован на поведенческие действия; используются копинг-стратегии, отражающиеся в поведении;

3) *копинг успешный – неуспешный:*

а) успешный копинг – используются конструктивные стратегии, приводящие к преодолению трудной ситуации, вызвавшей стресс;

б) неуспешный копинг – используются неконструктивные стратегии, препятствующие преодолению трудной ситуации.

Б.Д. Карвасарский указывает, что если процессы *совладания* (по Р. Лазарусу) направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей, то процессы *компенсации* и особенно *защиты* направлены на смягчение психического дискомфорта.

Р. Лазарус рассматривает *психологическую защиту* как пассивное копинг-поведение. Если копинг-поведение используется индивидом сознательно, выбирается и изменяется им в зависимости от ситуации, то механизмы психологической защиты являются неосознаваемыми и в случае их закрепления становятся дезадаптивными.

В.А. Ташлыков выделяет следующие виды копингов:

1) *поведенческие*: уход в работу, альтруизм, активное избегание, компенсация (восполнение дефицита положительных эмоций – например, вкусная еда или алкоголь), конструктивная деятельность (новые интересы, занятия, хобби), сотрудничество (расширение круга общения), обращение (целенаправленный поиск людей, у которых можно получить совет в трудных обстоятельствах);

2) *эмоциональные*: протест, эмоциональная разгрузка (плач, крик), подавление эмоциональных реакций, оптимизм, пассивная кооперация (присоединение к человеку или группе людей), покорность, самообвинение, агрессивность;

3) *когнитивные*: игнорирование неприятной ситуации, смирение (отказ от сопротивления), проблемный анализ, признание относительности (сравнение с более тяжелыми ситуациями), религиозность, придание смысла трудностям. В последние десятилетия используется термин «*выносливость*» («*hardiness*»), под которым понимают систему *сопротивления стрессу*. «Выносливый» человек отличается обязательностью (приверженностью к выполнению намеченных действий, активным участием), ощущением реального контроля всех событий своей жизни, склонностью рассматривать изменения окружающей обстановки как вызов, а не как угрозу своему благополучию. Такие люди лучше адаптируются к стрессам и меньше испытывают переутомление.

С.М. Миллер проводит разделение на тех, кто в случае стресса занимается поиском новой информации для контроля над ситуацией, и тех, кто в этих случаях стремится отвлечься и избегает информации.

Совладающее поведение реализуется на основе *ресурсов личности и среды*. К *личностным ресурсам* относятся: адекватная Я-концепция, позитивная самооценка, интернальный локус контроля, оптимистическое мировоззрение, способность к межличностным связям и др. Так, например, оптимизм – уверенность в том, что в будущем мы получим желательные результаты, – положительно влияет на адаптацию.

Наряду с личностными особенностями, важную роль играют *элементы социального окружения*: социальная сеть (система социальных отношений конкретного человека: семья, друзья и т. д.) и социальная поддержка. Элементы социального окружения обычно смягчают негативный эффект стресса. При этом можно выделить следующие варианты позитивного воздействия социальной поддержки:

- 1) *социальный эффект щита*: социальная структура способствует редукции стрессовых событий и преумножению позитивных событий;
- 2) *когнитивный эффект щита*: социальная структура способствует благоприятной оценке существующей действительности;

- 3) *эффект эмоциональной разрядки и буферизации*: уже само знание о наличии близких людей снижает страх и напряжение;
- 4) *когнитивный эффект преодоления проблемы*: социальная структура обеспечивает возможность привлечь кого-то к пониманию проблемы и поиску путей ее решения;
- 5) *социальное преодоление*: социальная структура способствует непосредственному решению проблемы путем прямого вмешательства (финансовая помощь и т. п.).

Как показывают современные исследования, стрессоустойчивость не является статическим свойством индивида. Устойчивость к стрессу рассматривается как величина, обладающая определенной ситуативной изменчивостью, «эластичностью», которая опосредована когнитивно-аффективной оценкой ситуации и ресурсами человека.

В этой связи актуальным представляется обращение к *стратегии накопления ресурсов*. Стратегия накопления ресурсов представляет собой некоторый антиципаторный копинг.

Первый принцип *«консервации» ресурсов* (COR-теория С. Хобфолла) заключается в том, что люди стремятся получить, сохранить и защитить то, что ценно для них, и стараются использовать свои ресурсы наилучшим способом. Вторым принципом *«консервации» ресурсов* является то, что люди стремятся инвестировать свои усилия в накопление собственных ресурсов.

К *личностным ресурсам* относятся:

- активная мотивация преодоления, отношение к стрессам как к возможности приобрести личный опыт и возможности личностного роста;
- сила «Я-концепции», самоуважение, самооценка, собственная значимость, «самодостаточность»;
- активная жизненная установка: чем активнее отношение к жизни, тем больше психологическая устойчивость в стрессовых ситуациях;
- позитивность и рациональность мышления;
- эмоционально-волевые качества;

- физические ресурсы: состояние здоровья и отношение к нему как ценности.

Информационные и инструментальные ресурсы:

- способность контролировать ситуацию: адекватная оценка степени воздействия ситуации на человека;

- профессиональные ресурсы: умения, мастерство, компетентность, технологии освоения новых знаний и навыков;

- социальные ресурсы: сохранение значимых межличностных связей, наличие поддержки, моральной помощи, соучастия, сочувствия других людей, солидарности группы.

- информационная активность и деятельность по преобразованию ситуации взаимодействия личности и стресс – ситуации;

- способность к когнитивной структуризации и осмыслению ситуации;

- материальные ресурсы: высокий уровень материального дохода и материальных условий, позволяющих восстановить первичные физиологические потребности; безопасность жизни и стабильность оплаты труда.

Таким образом, формирование стрессоустойчивости является залогом психического здоровья специалиста и успешности его профессиональной деятельности, способом предупреждения профессиональных деформаций, в частности, наиболее распространенного вида деформации социального работника – синдрома «эмоционального выгорания».

Нарастающие нагрузки, в том числе психические, на нервную систему и психику современного человека приводит к формированию эмоционального напряжения, которое выступает одним из главных факторов развития различных, в том числе, профессиональных, заболеваний. В настоящее время на передний план выходит забота о сохранении психического здоровья и формировании стрессоустойчивости современного человека. Путь к психическому здоровью – это путь к интегральной личности, не разрываемой изнутри конфликтами мотивов, сомнений, неуверенностью в себе. На этом

пути важно познавать особенности своей психики, что позволит не только предупреждать возникновение болезней, укреплять здоровье, но и совершенствовать самих себя и свое взаимодействие с внешним миром.

2. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЧНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

2.1. Формы и методы психосоциальной профилактики профессиональных деформаций личности социального работника

В представлении о мерах преодоления профессиональной деформации исследователи сходятся во мнении, что наилучшим способом является профилактика ее возникновения, что необходимы комплексные программы, целью которых является профилактическая и психокоррекционная работа. Целенаправленная психологическая помощь в этой области создаст необходимые предпосылки для формирования культуры самопомощи и заботы о своем личностном и профессиональном развитии у представителей социальных профессий.

Как мы выяснили в первой главе, профессиональная деятельность социального работника способствует образованию деформаций – качеств, деструктивно влияющих на труд и профессиональное поведение. Профессиональная деформация личности неизбежна, но одних она приводит к потере квалификации, других – к равнодушию, третьих – к беспочвенному завышению (или занижению) самооценки и агрессивности, большинство же – к поиску средств профессиональной реабилитации.

Организация психосоциальной профилактики профессиональных деформаций социального работника предполагает решение следующих основных задач:

- повышение психологической устойчивости специалистов и более полное использование их психологического потенциала;
- повышение социально-психологической компетентности и аутокомпетентности;

- диагностика профессиональных деформаций и разработка индивидуальных стратегий их преодоления;
- прохождение обучения по программам личностного и профессионального роста (развитие личности – целенаправленная работа со специалистом по формированию профессионально-волевых качеств и психологических умений (коммуникативных, мыслительных, саморегуляции и т.п.), осуществляемая в процессе его профессиональной деятельности, специальной психологической подготовки, проведения социально-психологических тренингов саморазвития личности);
- рефлексия профессиональной биографии и разработка альтернативных сценариев дальнейшего личностного и профессионального роста;
- профилактика профессиональной дезадаптации начинающего специалиста;
- овладение приемами, способами саморегуляции эмоционально-волевой сферы и самокоррекции профессиональных деформаций;
- повышение квалификации и переход в новую квалификационную категорию или на новую должность.

Специфика решаемых задач – это один из наиболее существенных параметров, определяющих характер социально-психологической помощи специалисту по социальной работе. В соответствии с этими задачами подбираются формы и методы работы со специалистами.

Деятельность по психосоциальной профилактике профессиональных деформаций включает в себя меры как психологического, так и непсихологического, организационно-управленческого, воспитательного характера.

К частным задачам, решаемым в процессе психосоциальной профилактики профессиональных деформаций социальных работников, следует отнести:

- выработку у сотрудников профессионального иммунитета и высокой культуры в работе;
- развитие нравственно-психологической устойчивости и деловой направленности;
- формирование у специалистов установки на следование в работе кодексу профессиональной чести;
- совершенствование стиля и методов работы с клиентами;
- формирование оптимального морально-психологического климата в службах и их подразделениях;
- создание наиболее благоприятного физического пространства для реализации профессиональной деятельности (организация рабочего места, продуманный график работы, цветовое и пространственное оформление кабинета и др.).

Многие авторы отмечают, что профилактические и коррекционные меры во многом схожи: то, что защищает от развития профессиональных деформаций, может быть использовано и при их коррекции. [14; 46; 70]

Профилактические, коррекционные и реабилитационные мероприятия должны направляться на снятие действия негативных факторов, связанных с профессиональной деятельностью: снятие рабочего напряжения, повышение профессиональной мотивации, выравнивание баланса между затраченными усилиями и получаемым вознаграждением. При появлении и развитии признаков деформации у специалиста необходимо обратить внимание на улучшение условий его труда (организационный уровень), характер складывающихся взаимоотношений в коллективе (межличностный уровень), личностные реакции и заболеваемость (индивидуальный уровень).

Существенная роль в борьбе с профессиональными деформациями отводится, прежде всего, самому социальному работнику. Соблюдая перечисленные ниже рекомендации, он не только сможет предотвратить возникновение профессиональных деформаций, но и достичь снижения степени их выраженности:

- определение краткосрочных и долгосрочных целей (это не только обеспечивает обратную связь, свидетельствующую о том, что пациент находится на верном пути, но и повышает долгосрочную мотивацию; достижение краткосрочных целей – успех, который повышает степень самовоспитания);

- использование «тайм-аутов», что необходимо для обеспечения психического и физического благополучия (отдых от работы);

- овладение умениями и навыками саморегуляции (релаксация, идеомоторные акты, определение целей и положительная внутренняя речь способствуют снижению уровня стресса, ведущего к выгоранию);

- профессиональное развитие и самосовершенствование (одним из способов предохранения от стресса является обмен профессиональной информацией с представителями других служб, что дает ощущение более широкого мира, нежели тот, который существует внутри отдельного коллектива, для этого существуют различные способы – курсы повышения квалификации, конференции и пр.);

- уход от ненужной конкуренции (бывают ситуации, когда ее нельзя избежать, но чрезмерное стремление к выигрышу порождает тревогу, делает человека агрессивным, что способствует возникновению «сгорания»);

- эмоциональное общение (когда человек анализирует свои чувства и делится ими с другими, вероятность выгорания значительно снижается или процесс этот оказывается не столь выраженным);

- поддержание хорошей физической формы (не стоит забывать, что между состоянием тела и разумом существует тесная связь: неправильное питание, злоупотребление спиртными напитками, табаком, уменьшение веса или ожирение усугубляют проявления синдрома.

В целях направленной психосоциальной профилактики профессиональных деформаций следует:

- стараться рассчитывать и обдуманно распределять свои нагрузки;
- учиться переключаться с одного вида деятельности на другой;

- проще относиться к конфликтам на работе;
- не пытаться быть лучшим всегда и во всем [70, 3].

В рамках рассмотрения содержания деятельности по профилактике профессиональных деформаций интересной представляется деятельность по формированию ресурсов здоровьесбережения на основе модели И.В. Патрушевой [68, 175-186]. Она отмечает, что специалисты, работающие в системе социальной защиты населения, часто имеют нарушения здоровья, обусловленные особенностями профессиональной деятельности. Профессиональные деформации социальных работников и отклонения в состоянии их здоровья возникают в результате совокупного воздействия многих неблагоприятных факторов профессиональной среды. Кроме того, большую роль в сохранении здоровья имеют внутренние установки и поведение самого человека.

Поэтому профилактика нарушений профессионального здоровья социальных работников должна быть комплексной, всесторонней и многоаспектной.

Деятельность по формированию ресурсов здоровьесбережения социальных работников включает следующие направления: диагностическое, организационное, информационное, оздоровительное.

Цели реализации данной деятельности – повышение уровня профессионального здоровья социальных работников и формирование ресурсов его сохранения.

Основные задачи:

- реализация права социальных работников на охрану труда в условиях повышенного профессионального риска;
- создание благоприятных условий на рабочем месте, исключая негативное влияние на здоровье специалистов;
- повышение ценности здоровья и формирование мотивации здоровьесберегающего поведения социальных работников;

- диагностика профессиональных деформаций и разработка индивидуальных стратегий их преодоления;
- развитие валеологической компетентности специалистов;
- психологическое сопровождение профессиональной деятельности социальных работников;
- оказание психологической помощи специалистам, имеющим нарушения в профессиональном здоровье;
- профилактика возникновения профессиональных деформаций в среде социальных работников.

По мнению автора, данная деятельность может быть реализована на федеральном, региональном и местном уровнях. Автор отмечает также, что реализация деятельности по формированию ресурсов здоровьесбережения специалистов по социальной работе (социальных работников) должна основываться на принципах научного подхода, комплексности, систематичности, учета интересов и потребностей специалистов, дифференцированности, добровольности и максимизации всех имеющихся ресурсов для достижения высокого уровня здоровья работников. [68, 180]

Организация деятельности по психосоциальной профилактике профессиональных деформаций социальных работников в социозащитных учреждениях включает два основных направления.

Первое направление предполагает профессиональную ориентацию и психологический отбор кадров; оказание психологической помощи в расстановке и профессиональной адаптации молодых сотрудников; повышение психологической компетентности и развитие личности сотрудников; диагностику морально-психологического климата в коллективе и профилактику профессиональных деформаций; управленческое консультирование. Таким образом, в рамках данного направления проводится скорее профилактическая работа, связанная с принятием долгосрочных мер по недопущению возникновения профессиональных деформаций у специалистов по социальной работе.

Второе направление – оказание конкретной помощи специалистам в решении проблем – включает осуществление индивидуальной работы, психологическое сопровождение.

Чтобы в полной мере охарактеризовать особенности профессиональной социально-психологической помощи, используем модель Loughary and Ripley [52, 178]. Авторы выделяют следующие структурные элементы процесса оказания социально-психологической помощи:

Объект оказания помощи, или клиент – это человек, который оказался в проблемной ситуации и не в состоянии самостоятельно справиться с ней. Его запрос на помощь состоит в расширении возможностей и в повышении эффективности решения возникшей проблемы, какой бы она ни была. В нашем случае объектом является специалист по социальной работе, потенциально или реально испытывающий затруднения, связанные со спецификой профессиональной деятельности (эмоциональное сгорание).

Субъектами оказания помощи, или помощниками являются профессионалы, т. е. люди, имеющие специальную подготовку, для которых оказание той или иной помощи является основной профессиональной деятельностью (социальные работники и консультирующие психологи) [32, 51]. В случае оказания социально-психологической помощи специалисту по социальной работе это может быть психолог или супервизор.

Ключевое структурное звено процесса оказания помощи – *помогающие стратегии*. Можно выделить несколько основных типов помогающих стратегий:

- предоставление советов;
- предоставление информации, необходимой человеку в конкретной ситуации;
- непосредственные действия от имени другого лица или оказание ему необходимых услуг (например, вмешательство в кризисной ситуации);
- обучение, т. е. помощь в овладении фактами, знаниями и навыками, которые способствуют улучшению ситуации;

- консультирование как помощь в анализе проблемы, прояснении конфликтных зон, нахождении альтернативных путей выхода из ситуации и принятии решения. [82, 268].

Осуществляя психопрофилактику профессиональных деформаций социального работника, необходимо использовать следующие технологии профессиональной деятельности.

На первом этапе психопрофилактической работы необходимо провести *социально-психологическую диагностику* – целенаправленное изучение индивидуальных особенностей личности и социально-психологических явлений в группах (коллективах, неформальных объединениях). Диагностика проводится с целью профессионального отбора и аттестации, проведения психологического консультирования, психокоррекционной работы и развития личности.

В качестве инструментария в процессе психодиагностики используются методы беседы, наблюдения в значимых ситуациях, изучения продуктов деятельности, тестирование и др.

Второй этап включает в себя собственно *профилактику* – целенаправленная систематическая работа психолога (супервизора) совместно с руководителями подразделений по предупреждению профессиональных деформаций среди сотрудников, выявлению группы риска (по различным основаниям) и проведению с ней психокоррекционной работы, либо при необходимости (признаках деформации) *социально-психологическую коррекцию* – психологическое воздействие на личность с целью устранения негативных тенденций в ее развитии (акцентуаций, стрессовых состояний и др.).

Психологическое консультирование – оказание конкретной помощи специалистам по социальной работе, подверженным профессиональным деформациям в осознании ими природы их затруднений, в анализе психологических проблем и коррекции деформаций. Осуществляется в форме индивидуальных и групповых консультаций.

Общим для всех видов помощи, несомненно, является умение помощника выстраивать отношения (с отдельным человеком, группой или организацией). Какие бы стратегии оказания помощи ни использовались, в них обязательно встраиваются элементы консультирования [52, 173-174].

Таким образом, в ходе осуществления психосоциальной профилактики профессиональных деформаций социального работника необходимо использовать формы работы:

- индивидуальные психологические консультации;
- индивидуальная психологическая антистрессовая помощь специалисту;
- проведение групповых консультаций, обучающих семинаров-тренингов;
- развитие групп взаимной социально-психологической поддержки специалистов внутри коллектива, вовлечение их в проведение социально-профилактических, информационных мероприятий, направленных на минимизацию деформирующего воздействия профессии;
- сочетание индивидуальной и групповой форм работы на основе использования технических средств – компьютерных тренажеров, технологий аудиовизуальной стимуляции, виртуальной реальности;
- социально-психологическое просвещение – повышение компетентности и культуры сотрудников в решении проблем профессиональных деформаций; издание информационных пособий (популярно-просветительской литературы в формате самоучителя, научно-методической литературы);
- использование новых технологий социально-психологической помощи с включением современных информационных технологий.

Вышеперечисленные формы работы наиболее эффективно могут осуществляться на базе организованной в рамках учреждения службы социально-психологического сопровождения специалистов по социальной работе.

Основные стратегии и технологии социально-психологической помощи специалистам по социальной работе реализуются посредством подбора адекватных методов. К основным методам оказания помощи относят информацию, идеи и навыки, а к желательным результатам помощи – психоэмоциональную стабилизацию личности, лучшее понимание (себя, своей ситуации и других людей), принятие решения и его реализацию [82, 268].

Остановимся на рассмотрении методов психосоциальной профилактики профессиональных деформаций социального работника более подробно.

Учитывая влияние личностных характеристик на развитие профессиональных деформаций и синдрома «эмоционального выгорания», видится перспективным использование, в первую очередь, *личностно-ориентированных методик* с целью уменьшения профессионального стресса, симптомов эмоционального выгорания.

Методы восстановления психического здоровья (методы психокоррекции), которые следует выбирать с учетом индивидуальных особенностей социального работника и специфики выполняемой им работы. Важно отметить, что большинство из них можно применять только под руководством психологов, так как неправильное их использование может нанести вред психике. Возможность использования этих методов зависит от индивидуальных особенностей человека, его предпочтении. Наиболее доступными для каждого человека являются *аутотренинг* и *медитация*.

Аутотренинг (тренировка аутогенная) – метод самовнушения, разработанный немецким психологом И. Шульцем в 1932 году. Его основу составляет прием погружения в релаксационное состояние и самовнушение, за счет чего происходит овладение навыками произвольного вызывания ощущения тепла, тяжести, покоя, расслабления. Овладение сознательным контролем над подобными функциями приводит к нормализации и активизации основных

психофизиологических процессов.

Релаксация – это произвольное или непроизвольное состояние покоя, расслабления, связанное с полным или частичным мышечным расслаблением.

Медитация – это интенсивное, проникающее вглубь размышление, погружение умом в предмет, идею и прочее, достигаемое путем сосредоточения на одном объекте и устранения всех факторов, рассеивающих внимание, как внешних (звук, свет), так и внутренних (физическое, эмоциональное и другое напряжения). Медитативные методы можно классифицировать в соответствии с природой объекта сосредоточения:

1. Повторение в уме – это слово или фраза, повторяемые вновь и вновь, обычно про себя. Возможно также пение.

2. Повторение физического действия – сосредоточение на каком-либо физическом действии, например на повторении дыхательных движений.

3. Сосредоточение на проблеме – попытки решения проблемы, включающей парадоксальные компоненты, например «Как звучит хлопок одной руки?»

4. Зрительная концентрация – объект для концентрации, зрительный образ, например картина, пламя свечи, лист дерева и т.д.

Для успешной медитации необходимо 4 условия:

- спокойное окружение, т.е. отсутствие внешних стимулов;
- удобная поза, т.к. мышечное напряжение может мешать процессу;
- наличие объекта концентрации;
- пассивная установка, т.е. человек, позволяет возникнуть

медитативному процессу, вместо того, чтобы контролировать его.

Одним из медитативных методов является *использование счета*: «Вдыхая, ведите обратный счет от 10 до 1. Каждый раз, когда вы вдыхаете, произнесите одно число. Когда вы произносите это число, постарайтесь представить его «внутренним взором». Когда вы дойдете до 1, считайте до 10, а затем начинайте

снова. Для перехода к бодрствованию так же используется счет от 1 до 10:

- 1 -2 вы начинаете чувствовать себя бодрее;
- 3-4-5 вы все более и более пробуждаетесь;
- 6-7 теперь пошевелите ступнями и кистями;
- 8 пошевелите руками и ногами;
- 9-10 сейчас откройте глаза! Вы чувствуете себя бодрым,

пробудившимся. Ваш ум ясен и тело освежилось.

Для предотвращения синдрома «эмоционального сгорания» целесообразно также использовать *методы психотерапии*. Например, *библиотерапию*. Цель библиотерапии – воздействие на человека путем специально подобранной литературы в целях нормализации, либо оптимизации его психики. Использование этих методов дает человеку возможность:

- путем эмоциональных переживаний их содержания, обогатить свой внутренний мир, понять его сложность и уникальность; понять и принять внутренний мир окружающих людей;
- стимулировать процессы удовольствия, покоя, уверенности, снятия напряженности, страха, облегчения страдания, общего укрепления психики человека.

Библиотерапия использует различные литературные жанры. Наиболее удачными, на наш взгляд, являются такие жанры, как философская литература, биографическая и автобиографическая литература, научно-фантастическая литература, юмористическая литература, фольклор и сказки разных народов мира. В целом, литература подбирается исходя из проблем, которые тревожат человека. Плюсом библиотерапии является ее акцент на чувствах человека, что способствует большой проработке проблемы, осознания и принятию ее, через идентификацию с персонажами литературы, как части своего жизненного опыта. Особенно позитивное воздействие оказывают притчи, сказания и легенды.

Не менее интересными являются и *методы психосинтеза Роберта Ассаджоли*. Сам автор определял психосинтез как «динамическую концепцию психической жизни, представляющей как непрерывное взаимодействие и борьба

множества разных, в том числе противодействующих сил с объединяющим центром, который постоянно пытается управлять ими, согласовывать их между собой и использовать». [Цит. по: 36, 114] Психосинтез ставит своей целью развитие и совершенствование личности с последующей гармонизацией личности и «Я» человека. Основное внимание при данном подходе сосредоточено на цели и позитивной мотивации человека, а не на проблеме. Упражнения содержат в себе медитативно релаксационные элементы. Упор в них делается на позитивную мотивацию.

Метод Ретри (или Ре-3) предназначен для коррекции функционального состояния человека, включая снятие стресса, проявлений тревожности и депрессии, утомления, панических атак, а также повышение работоспособности, оптимизацию обучения. Метод включает три составные части (три «РЕ»):

- 1) мышечную РЕлаксацию;
- 2) возрастную РЕгрессию;
- 3) РЕконструкцию индивидуального опыта с опорой на подсознание.

Сущность метода представляет собой формирование у человека навыка самостоятельного вхождения в так называемые измененные состояния сознания (ИСС) и их утилизации. Теоретической основой метода является модель ИСС как кратковременного изменения профиля функциональной асимметрии полушарий головного мозга. При формировании ИСС происходит динамическая перестройка функциональной асимметрии полушарий в обратной последовательности по отношению к этапам ее формирования в процессе возрастного развития (т.н. физиологическая возрастная регрессия). Тем самым достигаются состояния сознания, характеризующиеся повышенной обучаемостью (сенситивностью) и способствующие трансформации индивидуального опыта. Практической основой метода является набор релаксационных и дыхательно-медитативных упражнений. Используются также компьютерно-опосредованные процедуры (аудиовизуальная стимуляция, подпороговое восприятие).

Кроме того, в настоящее время получили широкое распространение различные виды *тренинговых методов социально-психологической помощи* специалисту: интерперсональный вариант тренинга, терапевтический тренинг, балинтовские группы, котерапевтическая и супервизорская модели. Тренинговые занятия способствуют выработке необходимых для успешной работы специалистов личностных качеств и предотвращения их профессиональной деформации, в частности в виде синдрома «эмоционального сгорания».

Тренинг эмоциональной устойчивости. Развитие эмоциональной устойчивости является одной из наиболее важных сторон подготовки специалистов помогающих профессий – медиков, педагогов, психологов, волонтеров, социальных работников. Она помогает сохранять работоспособность, эффективно взаимодействовать с клиентами, учениками, коллегами, получать удовлетворение от работы, поддерживать хорошую физическую и психологическую форму и избегать раннего профессионального «перегорания».

На тренинге участники с помощью практических упражнений, заданий, игр развивают культуру общения, эмпатийные качества личности, экспрессивные умения, обучаются навыкам конструктивного решения ситуаций, а также способам профилактики и преодоления эмоционального напряжения. Научаются регулировать свое эмоциональное состояние, принимать взвешенные решения и воспринимать мир с радостью и оптимизмом.

К основным задачам тренинга эмоциональной устойчивости можно отнести:

1. Развитие профессионального самосознания: осознание особенностей самовосприятия и восприятия себя другими.
2. Развитие эмпатии: осознание особенностей экспрессии, развитие мимической экспрессивности, развитие эмоциональной выразительности.
3. Формирование культуры общения: развитие навыков слушания,

овладение умениями ведения спора, диалога, дискуссии, отработка техники Я-высказывания; невербальное взаимодействие.

4. Развитие умений саморегуляции эмоциональных состояний: дыхательные упражнения, внешнее проявление эмоций, визуализация, релаксация.

В целом, методы, которые можно использовать в психосоциальной профилактике профессиональных деформаций социального работника неисчерпаемы, и хороший эффект может дать сочетание методов, о которых мы говорили выше, с психогимнастикой, танцевальной терапией, телесно-ориентированной терапией, использовать методы не только индивидуальной работы специалиста над собой, но прорабатывать некоторые проблемы в группе или целом трудовом коллективе, используя, например арт-терапию, музыкотерапию, тренинги и т.д. Однако нужно учитывать также и индивидуальные особенности каждого специалиста, его проблемы и потребности. [36, 110-115].

Таким образом, организация психосоциальной профилактики профессиональных деформаций социальных работников предполагает решение определенных задач, эффективность которых напрямую зависит от выбора тех или иных форм и методов работы. При этом ключевым структурным звеном профилактической работы является использование помогающих стратегий и эффективных технологий.

Неоспоримой является истина, что предупредить заболевание всегда легче, чем его лечить. Это в полной мере относится и к такому «заболеванию», как профессиональные деформации. Деятельность по психосоциальной профилактике профессиональных деформаций социального работника в самом общем виде можно охарактеризовать как совокупность превентивных мероприятий, направленных на минимизацию вероятности развития профессиональных деформаций, психосоматических заболеваний и снижения эффективности профессиональной деятельности.

2.2. Диагностика профессиональных деформаций у социальных работников МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Белгорода»

Одним из основных условий эффективности профессиональной деятельности социального работника, среди прочих равных, является психофизическое здоровье.

С целью выявления наличия признаков профессиональных деформаций у социальных работников МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Белгорода» (далее – Центр) и определения возможностей для их профилактики нами было проведено социальное исследование.

Задачи исследования:

- анализ проблем, возникающих в ходе профессиональной деятельности (особенностей взаимодействия с клиентами и коллегами) у социальных работников;
- выявление признаков профессиональных деформаций у социальных работников, уровней «эмоционального выгорания» у социальных работников;
- выявление возможностей для осуществления психосоциальной профилактики профессиональных деформаций социальных работников МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Белгорода».

На сегодняшний день в Центре отсутствует какая-либо систематическая работа по профилактике и коррекции профессиональных деформаций специалистов (в том числе, и синдрома эмоционального выгорания).

Проблема заключается в необходимости психосоциальной профилактики профессиональных деформаций социальных работников центра, а именно – в детальной проработке механизма осуществления данного процесса. В связи с этим необходимо организовать

профилактическую деятельность так, чтобы она, во-первых, способствовала минимизации проблем во взаимоотношениях специалистов с клиентами и коллегами, во-вторых, давала реальные положительные результаты, т.е. приводила к снижению уровня «эмоционального выгорания» и нормализации психофизического (в первую очередь, эмоционального) здоровья сотрудников центра.

Известно, что как профессиональная группа, специалисты и работники социальной сферы отличаются невысокими показателями психофизического здоровья, причем эти показатели снижаются по мере увеличения стажа работы. Вследствие большого количества контактов с различными категориями клиентов претерпевает изменение отношение специалистов к людям, что отражается в их профессиональном поведении.

Для многих специалистов характерны признаки профессиональных деформаций, которые оказывают негативное влияние не только на самих специалистов, на их деятельность и самочувствие, но и на тех, кто непосредственно взаимодействует с ними (близкие родственники, друзья, клиенты и коллеги). Наиболее типичными признаками профессиональных деформаций социального работника является состояние психической напряженности, вызванное конфликтами, трудностями в решении сложных социальных проблем, приводящими к ощущениям дискомфорта, тревоги, фрустрации, пессимистическим настроениям.

Поэтому, представляется важным изучение всех специфических особенностей профессиональной деятельности социального работника и ее влияния на его психоэмоциональное состояние для того чтобы найти наиболее подходящие и эффективные способы профилактики и коррекции негативных последствий данного явления.

Таким образом, в качестве рабочей *гипотезы* мы выдвинули следующее положение: в учреждениях социальной защиты населения недостаточно организована деятельность по профилактике профессиональных деформаций социальных работников, а именно:

- отсутствует диагностика профессиональных деформаций, уровня «эмоционального выгорания» сотрудников таких учреждений, что не позволяет квалифицированно и целенаправленно проводить профилактическую и коррекционную работу;

- проявление признаков профессиональных деформаций (в частности, синдрома эмоционального выгорания) и, соответственно, снижение эффективности профессиональной деятельности можно значительно минимизировать посредством создания и реализации в учреждениях социальной защиты населения «Программы профилактики профессиональных деформаций личности социального работника»;

- решению заявленной выше проблемы будет способствовать создание специализированного подразделения в учреждениях социальной защиты, сотрудники которого будут проводить целенаправленную работу по профилактике профессиональных деформаций и оказывать помощь специалистам в снижении уровня «эмоционального выгорания».

Одним из источников получения объективной информации о наличии признаков профессиональных деформаций у социальных работников МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Белгорода» стал метод социологического исследования – анкетирование. Нами была составлена анкета, которая позволила выявить наиболее общие характеристики, касающиеся профессиональной деятельности специалистов и проблем с этим связанных, а также выявить наиболее типичные деформации, присущие социальным работникам [Приложение 1].

Анализ научной литературы по проблеме и данные социологических исследований позволили нам сделать вывод о том, что одной из самых распространенных среди социальных работников деформаций является наличие у них признаков синдрома эмоционального выгорания. Поэтому в своем исследовании мы использовали *методику диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко* [Приложение 2], который одним из первых отечественных исследователей занялся проблемой эмоционального

выгорания. Предложенная методика даёт подробную картину синдрома «эмоционального выгорания», выявить предпосылки и симптомы, свидетельствующие о начале «выгорания», позволяет дать достаточно объёмную характеристику личности и, что не менее важно, наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции профессиональных деформаций социального работника. Результаты обследования с использованием методики позволяют ответить на следующие вопросы:

- какие симптомы доминируют;
- какими сложившимися доминирующими симптомами сопровождается «истощение»;
- объяснимо ли «истощение» (если оно выявлено) факторами профессиональной деятельности, вошедшими в симптоматику «выгорания», или субъективными факторами;
- какой симптом (какие симптомы) более всего отягощает эмоциональное состояние личности;
- в каких направлениях надо влиять на производственную обстановку, чтобы снизить нервное напряжение;
- какие признаки и аспекты поведения самой личности подлежат коррекции, чтобы эмоциональное выгорание не наносило ущерба самому социальному работнику, его профессиональной деятельности и клиенту.

Исследование проводилось в МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Белгорода» в апреле 2016 года. В исследовании приняло участие 30 человек. Выборочная совокупность составила 50 % генеральной, что даёт нам основание считать выборку репрезентативной. Все опрошенные социальные работники – женщины. Средний возраст респондентов – 31,5 года. Из них в возрасте от 22 до 35 лет – 60 %, от 36 до 55 лет – 40 %.

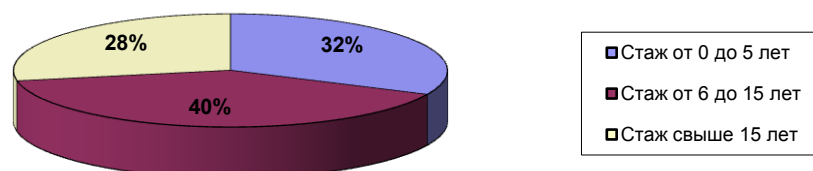
В ходе исследования были получены следующие результаты:

В зависимости от стажа профессиональной деятельности респонденты были разделены на три группы: от 0 до 5 лет стажа – 32 % респондентов, от 6

до 15 лет – 40 %, стаж свыше 15 лет у 28 % опрошенных. (Диаграмма 1)

Диаграмма 1.

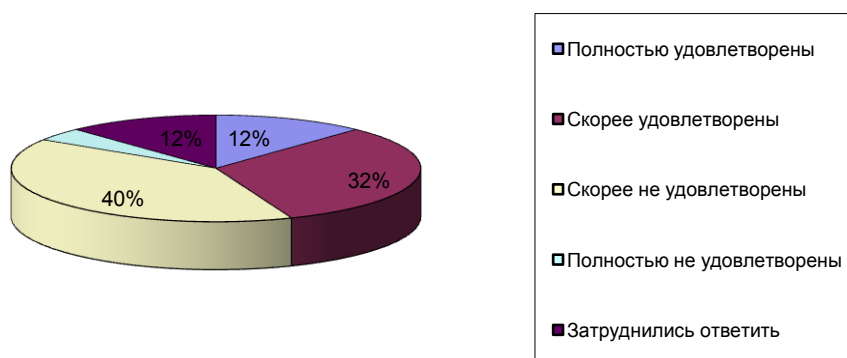
Распределение респондентов по стажу профессиональной деятельности



Из числа социальных работников, принявших участие в исследовании, 12 % полностью удовлетворены условиями труда, 32 % – скорее удовлетворены; 40 % – скорее не удовлетворены условиями труда. Полностью не удовлетворены условиями труда 4 % респондентов, 12 % опрошенных затруднились ответить на вопрос. (Диаграмма 2)

Диаграмма 2.

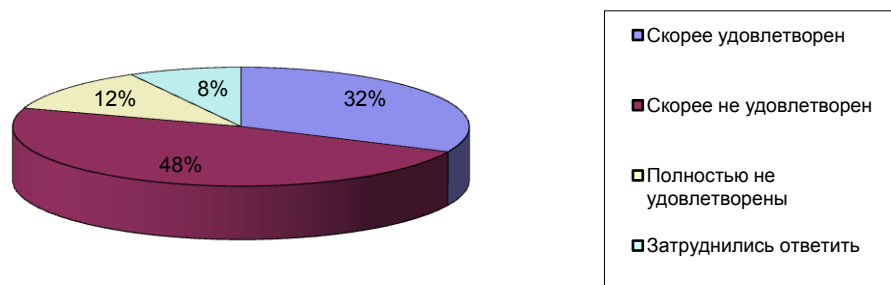
Распределение респондентов по степени удовлетворенности условиями труда



На вопрос анкеты о степени удовлетворенности размером зарплаты ответы распределились следующим образом: из опрошенных нет таких, кто полностью удовлетворен размером заработной платы; скорее удовлетворены – 32 %; скорее не удовлетворены – 48 %; полностью не удовлетворены размером зарплаты – 12 % затруднились ответить – 8 % респондентов, принявших участие в опросе. (Диаграмма 3)

Диаграмма 3.

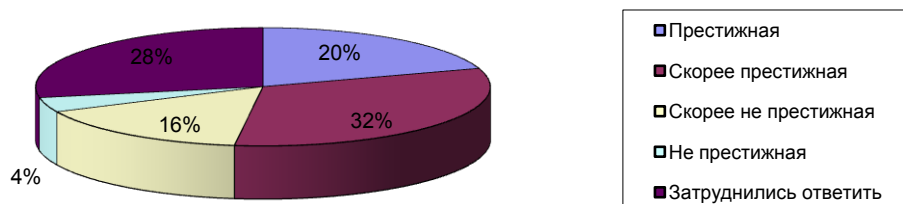
Распределение респондентов по степени удовлетворенности оплатой труда



Престижной профессию социального работника считают только 20 % респондентов; скорее престижной ее считают 32 %, считают профессию скорее не престижной – 16 %; 28 % респондентов затруднились ответить на вопрос. Считают, что профессия социального работника не престижна 4 % опрошенных. (Диаграмма 4)

Диаграмма 4.

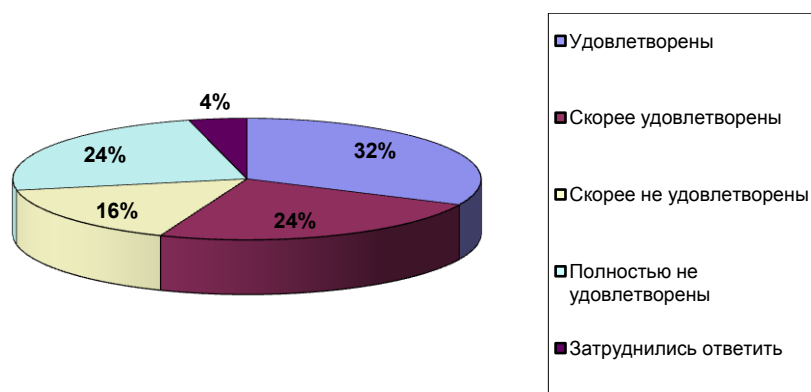
Престижность профессии социального работника



Большая часть респондентов удовлетворена или скорее удовлетворена отношениями в коллективе (соответственно, 32 % и 24 % опрошенных). Скорее не удовлетворены отношениями 16 % респондентов. Полностью не удовлетворены отношениями в коллективе 24 % специалистов, 4 % затруднились ответить на поставленный вопрос. (Диаграмма 5)

Диаграмма 5.

Удовлетворенность респондентов отношениями в коллективе



При анализе ответов на вопрос анкеты о степени удовлетворенности специалистов отношениями с непосредственным руководителем были получены следующие результаты: 28 % опрошенных полностью удовлетворены этими отношениями; скорее удовлетворены – 32 %; скорее не удовлетворены – 16 %; полностью не удовлетворены отношениями с непосредственным руководителем 8 % затруднились ответить 16 % опрошенных. (Диаграмма 6)

Диаграмма 6.

Удовлетворенность респондентов отношениями с непосредственным руководителем

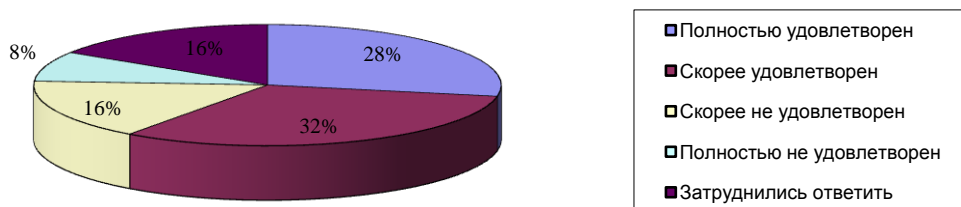


Таблица 1.

Какие из профессиональных деформаций вы можете отметить у себя? (% от количества ответивших на вопрос)

Авторитарность	31%
Демонстративность	17%
Склонность к упрощению проблем (профессиональный догматизм)	36%
Самоуверенность, завышенная самооценка	11%
Доминантность	20%

Эмоциональная сухость, равнодушие	67%
Консерватизм	45%
Неспособность и нежелание понять другого человека	56%
Социальное лицемерие	37%
Формирование черт ролевого поведения и качеств, присущих клиентам	33%
Сверхконтроль	51%

Анализ ответов респондентов на вопрос о присущих им деформациях подтвердил наше предположение о том, что наиболее распространенные деформации личности социальных работников напрямую отражают признаки синдрома эмоционального выгорания: склонность к упрощению проблем (профессиональный догматизм) (36%), эмоциональная сухость, равнодушие (67%), консерватизм (45%), неспособность и нежелание понять другого человека (56%), социальное лицемерие (37%), сверхконтроль (51%).

Одним из вопросов нашей анкеты был вопрос о том, что, по мнению респондентов, могло бы служить мерами профилактики профессиональных деформаций социальных работников. Ответы респондентов распределились следующим образом (% от числа ответивших на вопрос): информирование (60 %); самообразование (32 %), курсы (16 %), семинары (96 %); поиск источника вдохновения и самосовершенствования (8 %); установление возрастного лимита работы в системе социальной защиты населения (не более 20 лет) – 4 %. (Диаграмма 7)

Непосредственно для выявления уровня «эмоционального выгорания» у сотрудников Центра мы использовали методику В.В. Бойко (Приложение 2).

Анализ полученных результатов позволяет сделать следующие выводы.

Двенадцать выделенных симптомов, характеризующих синдром «эмоционального выгорания», у социальных работников распределились следующим образом (Таблица 2).

Диаграмма 7.

Меры профилактики развития профессиональных

деформаций социального работника

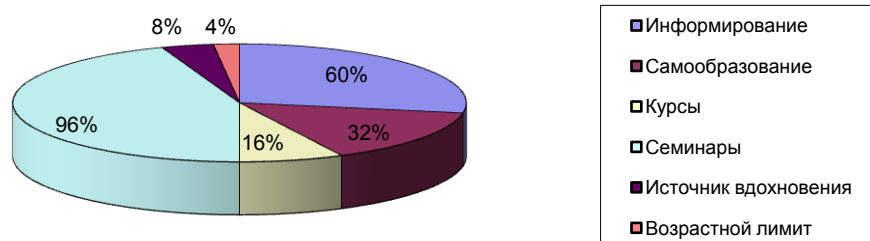


Таблица 2.
*Наличие симптомов «эмоционального выгорания» у социальных работников
МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения
г. Белгорода» (% респондентов от числа опрошенных)*

Наименование симптома	Складывающийся симптом	Сложившийся симптом
Переживание психотравмирующих обстоятельств	28%	16%
Неудовлетворенность собой	20%	4%
«Загнанность в клетку»	0%	8%
Тревога и депрессия	28%	20%
Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	24%	24%
Эмоционально-нравственная дезориентация	28%	36%
Расширение сферы экономии эмоций	16%	24%
Редукция профессиональных обязанностей	8%	32%
Эмоциональный дефицит	24%	16%
Эмоциональная отстраненность	12%	4%
Личностная отстраненность (деперсонализация)	20%	16%
Психосоматические и психовегетативные нарушения	20%	16%

Таким образом, можем констатировать, что наиболее распространенными симптомами, присущими специалистам Центра, являются переживание психотравмирующих обстоятельств, эмоциональный дефицит, деперсонализация, а также психосоматические и психовегетативные нарушения (по 16 % респондентов по каждому симптому), эти же симптомы находятся в стадии формирования – у 28%, 24% 20% и 20% соответственно; тревога и депрессия присущи 20 % опрошенных (формируются у 28%); расширение сферы экономии эмоций и неадекватное избирательное эмоциональное реагирование испытывают по 24 % (в стадии становления этот симптом находится у 16 % и 24 % респондентов соответственно); наиболее сильно выражены редукция профессиональных обязанностей и эмоционально-

нравственная дезориентация (32 % и 36 % соответственно).

Далее рассмотрим сумму показателей симптомов для каждой из трех фаз формирования синдрома «сгорания» (Таблица 3).

Таблица 3.

Фазы формирования синдрома «эмоционального выгорания» у социальных работников Центра (% респондентов от числа опрошенных)

Наименование фазы	Складывающаяся фаза	Сложившаяся фаза
Напряжение	20	8
Резистенция	28	24
Истощение	24	12

Видим, что фаза напряжения, которая характеризуется реакцией на внешние и внутренние факторы, является сложившейся у 8 % опрошенных, однако, если в дальнейшем не будет проведена профилактическая работа, количество специалистов, находящихся на данной фазе синдрома «эмоционального сгорания», значительно возрастет и составит уже 28%.

Фаза резистенции, то есть включения механизмов психологической защиты, сформирована у 24 % респондентов, еще у 28% она находится в стадии формирования, что тоже является достаточно высоким показателем.

Фаза истощения, характеризующаяся состоянием нервной системы, выявлена у 12% опрошенных, в стадии формирования она – у 24 % респондентов.

Суммируя проанализированные ранее показатели, можем констатировать, что сложившийся синдром «эмоционального сгорания» по всем трем фазам выявлен у 8 % респондентов, в фазе формирования синдром «эмоционального сгорания» – у 52 % опрошенных. Если исходить из сложившейся ситуации, которая характеризуется отсутствием систематической целенаправленной работы по предупреждению профессиональных деформаций у специалистов Центра, в скором будущем синдром «эмоционального сгорания» будет выявлен у 60% сотрудников.

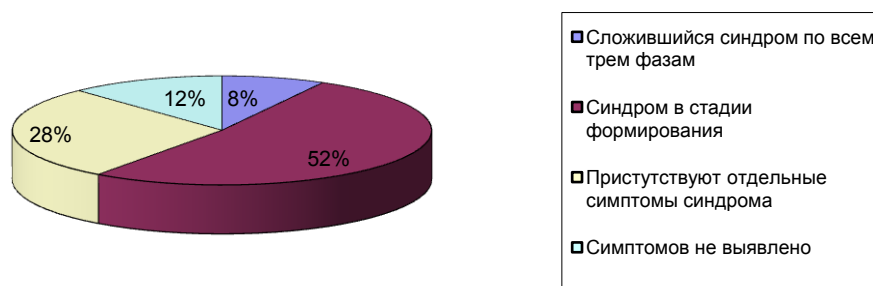
Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что проблема «эмоционального сгорания» в профессиональной деятельности

социальных работников актуальна, т.к. у 60 % опрошенных в сформированной стадии находятся те или иные симптомы «выгорания».

Лишь у 12 % респондентов не выявлено симптомов синдрома «эмоционального сгорания». Все это свидетельствует о необходимости более детального изучения факторов, влияющих на формирование синдрома «эмоционального сгорания», проведения профилактики и психокоррекции эмоционального и психического состояния специалистов по социальной защите населения. (Диаграмма 8)

Диаграмма 8.

Наличие синдрома «эмоционального выгорания» у социальных работников МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Белгорода»



Социальные работники с начальной стадией формирования синдрома «сгорания» имеют стаж профессиональной деятельности от 0 до 5 лет (8 %) и 24 % респондентов со стажем работы от 6 до 15 лет. В группу специалистов с отсутствием синдрома «сгорания» вошло 16% со стажем работы 6-15 лет, 8 % со стажем работы по специальности от 0 до 5 лет, столько же – со стажем более 15 лет. Группу специалистов со сложившимся синдромом «сгорания» составили специалисты со стажем работы от 0 до 5 лет (4 %), от 6 до 15 лет (16 %) и 8 % специалистов, стаж которых превышает 15 лет. Таким образом, нами не выявлено взаимосвязности между стажем работы и синдромом «эмоционального сгорания».

В группу респондентов с отсутствием синдрома «эмоционального сгорания» вошли социальные работники, удовлетворенные условиями труда (42,7 %), а в группу с высоким уровнем «эмоционального выгорания» те, кто

неудовлетворен условиями труда (9 %). На основании этого можно сделать вывод о том, что неблагоприятные условия труда повышают риск развития профессиональных деформаций, а благоприятные являются фактором, ослабляющим влияние профессиональных стрессов.

Особое место в рабочей ситуации занимают контакты с коллегами и руководством. Поскольку в основе эмоционального выгорания лежат проблемы общения, взаимодействие с коллегами может стать дополнительным источником эмоционального стресса, а значит, и источником эмоционального выгорания.

Важным фактором развития синдрома эмоционального выгорания являются отношения с непосредственным руководителем. В группе социальных работников, у которых отсутствует синдром «эмоционального выгорания», 63,6 % удовлетворены отношениями с руководителем. В группе работников со сложившимся синдромом нет полностью удовлетворенных отношениями с руководителями. Скорее не удовлетворены отношениями с руководителем 46,1% респондентов. Из этого можно сделать вывод, что напряженные отношения с руководителем повышают риск развития синдрома эмоционального выгорания.

Работники, у которых не выявлен синдром «эмоционального выгорания», в 54,1 % случаев удовлетворены отношениями в коллективе и в 27,0 % – скорее удовлетворены. В группе работников с высоким уровнем «эмоционального выгорания» 46,7 % не удовлетворены отношениями в коллективе. При этом, неблагоприятные отношения в коллективе являются фактором развития таких симптомов «выгорания», как эмоциональное истощение и деперсонализация. Таким образом, чем больше социальный работник удовлетворен отношениями в коллективе, тем меньше у него риск возникновения синдрома эмоционального выгорания.

У большей части социальных работников (76,9 %), не удовлетворенных организацией работы, выявлен сформировавшийся синдром «эмоционального выгорания», у 45,4 % удовлетворенных организацией

работы он отсутствует. Следовательно, организация работы, которая не удовлетворяет специалиста, является фактором стресса, увеличивающим риск развития «эмоционального выгорания».

Подводя итог результатов исследования, остановимся на следующем:

- выдвинутая нами гипотеза о том, что в учреждениях социальной защиты недостаточно организована деятельность по психосоциальной профилактике профессиональных деформаций, а именно: а) отсутствует диагностика профессиональных деформаций специалистов в таких учреждениях, что не позволяет квалифицированно и целенаправленно проводить профилактическую и коррекционную работу по преодолению профессиональных деформаций; б) проявление признаков профессиональных деформаций, в частности, синдрома эмоционального выгорания, который, как подтвердило наше исследование, является наиболее типичной деформацией социального работника и, соответственно, снижение эффективности профессиональной деятельности можно значительно минимизировать посредством создания «Программа профилактики профессиональных деформаций личности социального работника», подтвердилась;

- проанализировав специфические особенности профессиональной деятельности социальных работников и ее влияния на психоэмоциональное состояние, мы выделили три уровня сформированности синдрома эмоционального выгорания социальных работников МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Белгорода»: высокий, средний, низкий.

Высокому уровню сформированности синдрома «эмоционального выгорания» специалиста соответствует наличие нескольких доминирующих симптомов в какой-либо из трех фаз развития синдрома (или в нескольких), наличие сложившихся симптомов синдрома в каждой из трех фаз; сформированность хотя бы одной фазы синдрома «эмоционального выгорания», общая сумма баллов по методике В.В. Бойко от 145 и выше.

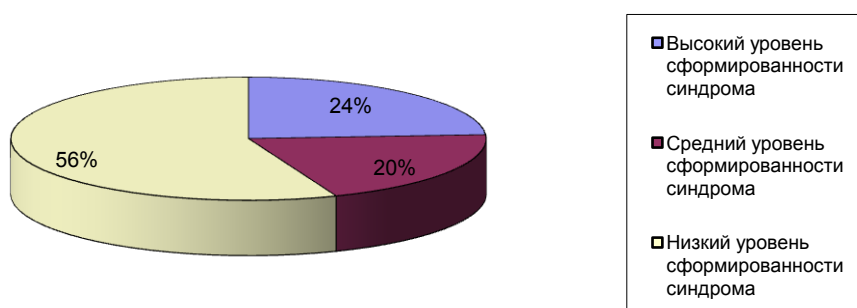
Среднему уровню сформированности синдрома «эмоционального выгорания» специалиста соответствует наличие нескольких складывающихся и/или сложившихся симптомов синдрома «эмоционального сгорания» по каждой из трех фаз развития синдрома; минимум одна фаза в стадии формирования синдрома, общая сумма баллов по методике В.В. Бойко от 100 до 144.

Низкому уровню сформированности синдрома «эмоционального выгорания» специалиста соответствуют несложившиеся симптомы синдрома «эмоционального сгорания», либо наличие нескольких складывающихся симптомов синдрома; несформированность фаз синдрома, общая сумма баллов по методике В.В. Бойко до 99.

Таким образом, основываясь на характеристике представленных уровней сформированности синдрома «эмоционального выгорания», всех респондентов, принимавших участие в исследовании, распределим соответственно: социальные работники с высоким уровнем сформированности синдрома «эмоционального выгорания» – 24 %, со средним уровнем – 20 %, с низким уровнем – 56 %. (Диаграмма 9)

Диаграмма 9.

Уровни сформированности синдрома «эмоционального выгорания» социальных работников



Полученные в ходе исследования результаты убедительно свидетельствуют о том, что профессиональная деятельность работников учреждений социальной защиты населения может быть связана с возникновением профессиональных деформаций, наличием признаков синдрома «эмоционального выгорания». На развитие профессиональных

деформаций оказывает влияние комплекс организационных, индивидуальных и других социально-психологических факторов. В связи с этим, особое внимание необходимо уделять профилактике и обеспечению психогигиены социального работника и способствовать созданию системы психологической помощи специалистам.

Важнейшей задачей органов управления, в ведении которых находятся службы социальной защиты населения, является создание условий для сохранения здоровья социальных работников, организация профилактических мероприятий, направленных на недопущение возникновения у специалистов профессиональных деформаций (в том числе, синдрома «эмоционального сгорания»), проведение консультаций относительно профессиональных рисков в социальной работе.

Важнейшим принципом предотвращения синдрома «эмоционального сгорания» является соблюдение требований психогигиены самим социальным работником. Для профилактики синдрома необходимо осуществлять психологическое сопровождение работника, повышать аутопсихологическую компетентность, проходить тренинги личностного роста, повышать профессиональную квалификацию, использовать творческие методы работы.

2.3. Программа психосоциальной профилактики профессиональных деформаций личности социального работника

Профессиональная деятельность рассматривается нами, с одной стороны, как социальный институт, обладающий определенным потенциалом, с другой – и как профессиональное сообщество, являющееся самоорганизующейся социальной системой. В рассматриваемом плане профессия обеспечивает накопление, систематизацию и передачу профессионального опыта. Этот обобщенный и объективизированный (в форме инструкций, правил, алгоритмов деятельности, профессиональных

норм, традиций и т. д.) профессиональный опыт выступает в качестве основы для построения обобщенной модели профессии «социальный работник».

Ориентируясь на прикладные задачи изучения процессов становления профессионализма человека, в разработке программы психосоциальной профилактики профессиональных деформаций социального работника будем использовать трехкомпонентную психологическую модель профессии, которая включает в себя следующие составляющие (или субмодели):

1. *Модель профессиональной среды.* Профессиональная среда включает в себя объект и предмет, труда, средства труда, профессиональные задачи, условия труда, социальное окружение. Система представлений (образов) человека о составляющих профессиональной среды составляет внутреннюю, психическую модель профессиональной среды.

2. *Модель профессиональной деятельности* (система образов взаимодействия человека с профессиональной средой, а также образов целей, результатов, способов их достижения); все то, что составляет концептуальную модель деятельности [9].

3. *Модель самого человека-профессионала* (как индивида, личности, субъекта деятельности и индивидуальности), включая систему его свойств и отношений. Прежде всего, это профессиональная Я-концепция, понимаемая как относительно устойчивая, более или менее осознанная система представлений человека о себе в данной профессиональной деятельности и профессии. На основе этих представлений он строит свои отношения с другими людьми, с которыми он взаимодействует в процессе профессиональной деятельности.

Каждая из указанных моделей базируется на некоторых представлениях человека о профессиональных нормах, ценностях и обобщенных целях профессиональной деятельности.

Приведенная декомпозиция модели профессии на отдельные составляющие дает возможность дифференцировать профилактическую деятельность, позволяя выявлять компоненты и признаки профессиональной

дезадаптации человека к тем или иным составляющим профессии, а значит, и факторы, влияющие на душевное (ментальное) благополучие и профессиональное здоровье специалиста и наметить индивидуальный профиль работы с ним.

На основании проведенной диагностики профессиональных деформаций социальных работников МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Белгорода» нами была разработана «Программа профилактики профессиональных деформаций личности социального работника».

Предлагаемая программа призвана предупредить возникновение и развитие профессиональных деформаций, синдрома «эмоционального выгорания» у социальных работников и обеспечить продуктивную саморегуляцию психической устойчивости и сохранение здоровья специалистов. Профилактика профессиональных деформаций – это стремление, в первую очередь, сохранить психофизическое здоровье сотрудников, поскольку для эффективного решения проблем клиентов необходимо самому не иметь глубоких личностных проблем.

Одним из основных путей профилактики профессиональных деформаций является целенаправленное моделирование и развитие ситуаций самосовершенствования, при котором специалисты постоянно сталкиваются с необходимостью активно расширять и применять имеющиеся знания, умения и навыки.

Огромное значение для предупреждения синдрома, выражающегося в «эмоциональном истощении», «деперсонализации», «неудовлетворенности личными достижениями» имеет развитие у социальных работников компонентов психической устойчивости – волевого, эмоционального, интеллектуального и личностно-профессионального.

Сразу стоит оговориться, что профилактические и коррекционные меры во многом схожи: то, что защищает от развития синдрома выгорания, может быть использовано и при терапии уже развившегося. При этом методы

коррекции, направленные на частичное или полное исправление уже сформированного состояния, могут рассматриваться как часть профилактической работы в смысле подготовки необходимой базы для эффективного использования превентивных мер.

Программа профилактики профессиональных деформаций (далее Программа) является комплексной и осуществляется как самими специалистами центра (в форме самопомощи), так и штатным психологом. Систематически проводимые профилактические мероприятия способствуют минимизации воздействия негативных факторов на личность социального работника, сохранению его здоровья и эффективности профессиональной деятельности.

Цель программы психосоциальной профилактики: преодоление негативного воздействия профессиональной деятельности на личность социального работника; обеспечение условий и возможностей нормализации психоэмоционального состояния посредством оказания информационной и психологической помощи, организации систематических превентивных, психокоррекционных, оздоровительных и досуговых мероприятий.

Задачи:

- развитие профессионального самосознания;
- стабилизация эмоционального и психофизического состояния специалистов;
- снижение уровня тревожности, агрессивности, конфликтности;
- оптимизация самооценки специалиста;
- формирование навыков адаптивного и успешного поведения;
- повышение уровня психологической защищенности;
- формирование навыков саморегуляции эмоциональных состояний: дыхательные упражнения, внешнее проявление эмоций, визуализация, релаксация;
- выработка способов борьбы со стрессом.

Программа включает в себя следующие блоки:

I блок – диагностический.

Цель: диагностика профессиональных и личностных качеств социального работника, выявление факторов риска профессиональных деформаций (в частности, синдрома «эмоционального сгорания») и степени их выраженности.

Прежде всего, необходимо *внедрение в практику приема на работу специалистов прохождения ими входной психологической диагностики*, для чего используется модернизированный профориентационный вариант миннесотского многопрофильного личностного опросника. Такая диагностика изначально исключает устройство на работу людей, чьи личностные особенности не соответствуют требованиям «помогающей» профессии.

Объект исследования – подструктуры личности: а) индивидуально-типологические особенности личности (свойства нервной системы, эмоциональная устойчивость, локус контроля, стрессоустойчивость, фрустрированность); б) свойства субъекта общения: тревожность, агрессивность, социальная рефлексия, стиль поведения; в) свойства субъекта деятельности: продуктивность деятельности, мотивация профессиональной деятельности, удовлетворенность ею, удовлетворенность социально-психологическим климатом в коллективе, отношениями с коллегами; г) свойства субъекта самосознания: образ «Я», самооценка, притязания, комплекс неполноценности.

На данном этапе работы целесообразно использовать следующие методы и методики: а) *тестовые методики:* цветовой тест Люшера; тематический апперцептивный тест (ТАТ); шкала проявлений тревоги Спилбергера-Ханина; социометрическая методика Дж. Морено; методика диагностики межличностных отношений Т. Лири; методика исследования самооценки «Лестница»; методика изучения фрустрационных реакций Розенцвейга; тест описания поведения К. Томаса. Для исследования личностных особенностей социальных работников целесообразно

использовать 16-факторную методику Р. Кеттелла, методику измерения мотива цели достижения, опросник уровня субъективного контроля Бажина Е.Ф. и соавторов, основанный на шкале локуса контроля Дж. Роттера. Для исследования уровня «эмоционального сгорания» – «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания» Бойко В.В; б) *опросные методы*: анкетирование, интервью; в) *наблюдение*.

Диагностика может осуществляться как в группе, так и индивидуально, не требуя специальных лабораторных условий. Исследование может проводиться в кабинете психолога, в зале для групповых занятий. Однако, обстановка должна исключать воздействие дополнительных раздражителей и присутствие посторонних людей.

По итогам диагностического обследования составляется «Индивидуальная карта специалиста», в которой дается заключение психолога о психоэмоциональном состоянии специалиста и разработка индивидуальной стратегии дальнейшей работы с ним.

II блок – информационно-просветительский.

Цель: информирование специалистов о профессионально значимых качествах личности и дисфункциональном развитии, о путях возникновения и усиления профессиональных деформаций (синдрома «эмоционального сгорания»), возможностях их предупреждения, о направлениях самосовершенствования для предотвращения профессиональных деформаций; освещение основных теоретических вопросов, касающихся профессиональных деформаций, в частности, синдрома «эмоционального сгорания».

Данное направление позволяет активизировать познавательную активность специалистов. Наличие знаний, установок, убеждений способствует осознанию специалистами важности предупреждения профессиональных деформаций. На данном этапе реализуются мероприятия, направленные на становление когнитивного, эмоционального и мотивационно-поведенческого компонентов личности специалиста:

- *информационные стенды, буклеты, видеоматериалы и др.;*
- *повышение компетентности социальных работников* в вопросах сохранения и восстановления психоэмоционального здоровья: организация курсов повышения квалификации на базе ИПК, кафедр вузов соответствующего профиля; проведение лекций, семинаров-практикумов с целью формирования определенных знаний, умений и выработки навыков борьбы со стрессом и синдромом «эмоционального сгорания».

Основной задачей в профилактике эмоционального выгорания является расширение информированности сотрудников о том, как общедоступными методами помочь себе сохранить профессиональное здоровье и работоспособность. С этой целью нами подобран пакет материалов «Практикум психологической защиты от стресса и дистресса (автор – И.М. Кронова) (Приложение 3), который используется при проведении тренингов, групповой и индивидуальной супервизии. Для профилактики профессиональных деформаций и эмоционального выгорания необходима переоценка суждений (убеждений) относительно себя, других людей, мира и их изменение в сторону большей реалистичности и рациональности.

Третий блок – коррекционно-профилактический.

Цель: – содействие актуализации индивидуальных ресурсов личности специалиста; снижение уровня агрессивности, тревожности, фрустрированности, устранение негативных факторов среды, способствующих эмоциональному «сгоранию», овладение бесконфликтными способами коммуникации, навыками конструктивного социального взаимодействия; освоение специалистами способов самопомощи и самовосстановления в стрессовых состояниях, овладение эффективными способами деятельности и саморегуляции.

Включает в себя следующие направления деятельности:

Организационное – создание благоприятных условий на рабочем месте, исключая негативное влияние на здоровье специалистов:

- *организация рабочего места* в соответствии с гигиеническими правилами и нормами (ст. 24 Федерального закона «О санитарно-

эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.99 № 52-ФЗ); оптимальное озеленение помещения; организация кабинета эмоционально-психологической разгрузки;

- *организация рационального режима и условий работы*: а) учет динамики работоспособности, индивидуальных особенностей, потребностей специалиста при распределении рабочего времени; б) создание рационального режима труда и отдыха (по мнению физиологов, на отдых должно отводиться от 8 до 30 % рабочего времени); в) выделение оплачиваемого времени для проведения релаксационных пауз; г) выделение дополнительных средств (или льготных путевок) для оздоровления.

Психологическое – психологическое сопровождение профессиональной деятельности социальных работников:

- *проведение тренинговых занятий*, направленных, во-первых, на формирование у специалистов способности к эмоциональному саморегулированию, психологической готовности к эмоциональному реагированию в нестандартных ситуациях; во-вторых, на повышение профессионального самосознания специалиста: осознания себя личностью, хозяином жизни, способности проектировать свое будущее; в-третьих, на формирование ценностных установок и мотивации ведения здорового образа жизни (Приложение 4, 5);

- *организация групп психологической поддержки*, групп взаимопомощи, психотерапевтических и коррекционных групп (творческие мастерские, общение в профессиональном клубе, дискуссии на актуальные темы);

- *индивидуальное консультирование* по вопросам сохранения профессионального здоровья, а также индивидуальная психотерапевтическая работа;

- *применение метода аутогенной тренировки (АТ)* в процессе трудовой деятельности. В ходе реализации психологического блока работу целесообразно проводить (в зависимости от проблем специалистов и целей

коррекционно-профилактической работы) в форме *индивидуального краткосрочного позитивного консультирования*, либо использовать *групповые формы работы (тренинг)*.

Индивидуальное консультирование осуществляется в целях нахождения конструктивного решения проблемы сотрудника: будь то профессиональная проблема или вопрос, касающийся личности работника.

Досуговое – предполагает оздоровление как в процессе трудовой деятельности, так и в нерабочее время посредством совместного проведения досуга, поддержания здорового образа жизни, как результат – предупреждение профессиональных деформаций специалистов. Включает следующие мероприятия:

- *использование различных средств оздоровления* (с учетом возможностей учреждения, материального, кадрового обеспечения):

- а) *фитопрофилактика* – применение адаптогенов (средств для повышения адаптивных возможностей организма, например: корень женьшеня, элеутерококк, аралия и др.), чая с растительными компонентами (снятию эмоциональной напряженности способствуют душица, зверобой, липа, мята и т.п.);

- б) использование *ароматерапии* (расслабляющим и успокаивающим действием обладает аромат полыни, мяты, герани, вереска, душицы) и т.д.;

- в) внедрение систематической *гимнастики для глаз* с целью снятия зрительного напряжения;

- г) применение комплекса *производственной гимнастики* для снятия статического напряжения мышц;

- д) использование *музыкотерапии* для снижения эмоционального напряжения;

- е) организация *психопрофилактического воздействия цвета* (подбор определенной окраски стен, мебели, картин, растений). Как известно, комнатная зелень создает положительные эмоции, особенно зимой. Важное значение имеет гармоничное или контрастное сочетание растений различной окраски;

ж) содействие работникам социальных учреждений в регулярном *посещении сауны, бани, бассейна, спортивных секций и т. п.*;

- *введение в режим работы учреждения регламентированного перерыва для проведения восстановительных мероприятий, так называемый «час восстановления». Этот час может быть расписан, например, следующим образом:*

- 30 минут – специальные занятия (аутотренинг) в релаксационном комплексе под руководством психолога по различным программам (сеансы общего оздоровления, сеансы психологической разгрузки, отказ от вредных привычек и др.).

- 20 минут – занятия в тренажерном зале или прослушивание специально подобранных музыкальных произведений, по желанию – пение «под караоке».

- 10 минут – фитотерапия (прием травяных отваров или успокоительных чаев с целью укрепления иммунной, нервной системы).

Посещение этих мероприятий осуществляется по расписанию, 2-3 раза в неделю, причем режим работы комплекса составлен таким образом, чтобы это не мешало выполнению профессиональных обязанностей;

- *организация групп здоровья внутри коллектива* (это могут быть комплексные, систематические занятия, включающие как работу по совершенствованию физического (соматического) здоровья, так и занятия, направленные на укрепление или восстановление психического и социального благополучия);

- *предоставление возможности оздоровления в условиях санаторно-курортных учреждений;*

- *организация дней здоровья, которые наиболее целесообразно проводить на природе (выезд на базу отдыха, на рыбалку, поездка в лес за грибами, туристический поход и т.д.).* Такие мероприятия не только служат оздоровлению организма каждого сотрудника, но и создают благоприятные условия для налаживания межличностных отношений коллег и в целом

формируют положительный микроклимат в коллективе, что тоже способствует поддержанию психического и социального благополучия специалистов. Хороший климат внутри коллектива, чувство достаточной эмоциональной поддержки от коллег и администрации – это мощный ресурс предупреждения и устранения «эмоционального сгорания».

IV блок –диагностико-оценочный.

Цель – диагностика профессиональных и личностных качеств специалиста по социальной работе (выявление их динамики в сравнении с первоначальной диагностикой), анализ факторов, способствовавших позитивным поведенческим проявлениям и переживаниям, стабилизации профессионально значимых личностных качеств специалиста.

На данном этапе работы можно использовать те же методы и методики, которые были предложены ранее, в блоке первоначальной диагностики.

Подводя итог, отметим, что реализация данной Программы должна основываться на принципах научного подхода, комплексности, систематичности, учета интересов и потребностей специалистов, добровольности и максимизации всех имеющихся ресурсов для достижения высокого уровня здоровья работников.

Разработанная программа, конечно же, требует дальнейшего научного обоснования и детальной проработки. Но в условиях профессиональной деятельности повышенного риска должна быть организована целенаправленная работа для сохранения и укрепления здоровья специалистов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессиональные деформации личности социального работника наиболее часто проявляются в симптомах «эмоционального выгорания», характеризующихся эмоциональной сухостью, расширением сферы экономии эмоций, личностной отстраненностью специалистов, игнорированием индивидуальных особенностей личности клиентов, оказывает достаточно сильное влияние на характер профессиональной деятельности специалиста по социальной работе и ее результативность. Данная профессиональная деформация мешает полноценному взаимодействию с клиентом, оказанию необходимой психологической и социальной помощи клиентам, становлению профессионального коллектива.

Реальная практика показывает, что сегодня довольно часто прослеживается факт потери интереса к личности клиента, неприятие его таким, какой он есть, упрощение эмоциональной стороны профессионального общения в диаде «специалист – клиент». Многие социальные работники отмечают у себя наличие психических состояний, дестабилизирующих профессиональную деятельность (тревожность, уныние, подавленность, апатия, разочарование, хроническая усталость). По мнению исследователей, негативные психические переживания и состояния могут затрагивать разные грани трудового процесса – профессиональную деятельность, профессиональное общение, и в целом отрицательно сказываются на профессиональном развитии личности специалиста.

Последствия профессиональных деформаций и «эмоционального выгорания» очевидны:

- *профессиональные последствия*: «сгорание» блокирует проявление свободы, творчества, инициативы; отсутствие интереса к профессиональной деятельности, выполнение работы ниже реальных возможностей; снижение авторитета у коллег и клиентов;
- *личные последствия*: потеря чувства собственного достоинства; низкая самооценка, появление зависимостей; межличностные и семейные

проблемы;

- *соматические последствия*: головные боли; проблемы со сном; заболевания желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

Специалисты, получающие специальную поддержку от администрации, психолога и коллег, могут лучше сопротивляться стрессовым воздействиям и тем самым быть менее подверженными профессиональным деформациям и «эмоциональному выгоранию». Следовательно, использование своевременных профилактических мер способно предотвратить профессиональные деформации социального работника.

Проведенная нами диагностика профессиональных деформаций и уровней «эмоционального выгорания» социальных работников МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Белгорода» позволило сделать некоторые выводы:

- профессиональная деятельность социальных работников Центра несет потенциальную угрозу развития профессиональных деформаций, в частности, синдрома «эмоционального выгорания» (около 60 % респондентов имеют различной степени выраженности признаки выгорания);

- личностные черты эмоциональной неустойчивости, конформности, тревожности, агрессивности, подозрительности, склонности к чувству вины, консерватизма, импульсивности, напряженности, интроверсии, а также локус контроля имеют значение в формировании синдрома «эмоционального выгорания». Развитие синдрома «эмоционального выгорания» связано со снижением показателей психической адаптации.

На основе результатов диагностики мы разработали и апробировали Программу психосоциальной профилактики профессиональных деформаций личности социального работника, которая внедрена в практику деятельности МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Белгорода».

Целью программы является преодоление негативного воздействия профессиональной деятельности на личность специалиста; обеспечение

условий и возможностей нормализации психоэмоционального состояния посредством оказания информационной и психологической помощи, организации систематических превентивных, психокоррекционных, оздоровительных и досуговых мероприятий.

На наш взгляд, реализация предложенной нами программы психосоциальной профилактики профессиональных деформаций личности социального работника будет способствовать созданию в МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Белгорода» благоприятной психологической атмосферы и повышению профессионального уровня работников, что, в свою очередь, будет способствовать сохранению психофизического здоровья социальных работников и недопущению профессиональных деформаций их личности и «эмоционального выгорания».