

УДК 159.9.072

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ВЫГОРАНИЯ У ПСИХОЛОГОВ-КОНСУЛЬТАНТОВ

© 2020 г. П. Р. Ефремова

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования “Московский государственный университет*

*имени М.В. Ломоносова”, факультет психологии;
125009, г. Москва, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, Россия.*

Аспирант факультета психологии.

E-mail: poromesh@gmail.com

Поступила 12.08.2019

Аннотация. Исследование, проведенное на 92 специалистах-психологах, было направлено на проверку гипотез о связи стажа, места работы, количества клиентов, наличия отпусков, заболеваний, обращений к врачу, поведенческих стратегий и жизнестойкости с уровнем выгорания специалиста. С помощью корреляционного анализа была выявлена отрицательная связь между выгоранием и жизнестойкостью ($p < 0.01$), положительная связь между компонентами выгорания и элементами модели *State-Trait* (тревога, депрессия, гнев, $p < 0.01$), а также положительная связь между компонентами выгорания и некоторыми стратегиями совладания. Сравнение групп специалистов с разным стажем работы выявило лишь одно значимое отличие по субшкале жизнестойкости—контролю: специалисты со стажем от 4 до 8 лет имеют более низкие показатели по переменной “контроль”, чем специалисты с меньшим или большим стажем ($p < 0.05$). Сравнение групп специалистов с разным количеством клиентов в неделю выявило значимое отличие только по фактору “Хронические заболевания” ($p = 0.024$): специалисты с большим количеством клиентов в неделю имеют больше хронических заболеваний, чем специалисты с меньшим количеством клиентов в неделю. При сравнении специалистов с высоким и низким уровнем выгорания не было обнаружено значимых различий по стажу. Таким образом, исследование позволило отвергнуть гипотезу о связи стажа и количества клиентов с уровнем выгорания специалиста. Значимые различия выявлены по ряду переменных, в том числе жизнестойкости и ее компонентам — вовлеченность, контроль, принятие риска ($p \leq 0.001$): специалисты с низким уровнем выгорания имеют более высокие показатели по жизнестойкости и ее компонентам, чем специалисты с высоким уровнем выгорания. Полученные данные позволили предположить, что личностные факторы, в частности жизнестойкость, играют большую роль в развитии синдрома выгорания.

Ключевые слова: выгорание, синдром выгорания, личностные смыслы, психологическое консультирование, жизнестойкость, стаж.

DOI: 10.31857/S020595920008535-4

Проблема выгорания не перестает быть актуальной, так как в системе образования и сопровождения профессионалов по-прежнему проводится мало регламентированных процедур по профилактике синдрома выгорания. При этом психологи-консультанты относятся к профессионалам, способным нанести наибольший вред своим клиентам вследствие выгорания, так как работа с собственным и клиентским эмоциональным состоянием является одной из их основных задач. Поэтому столь важными остаются своевременная диагностика и профилактика выгорания у специалистов этой профессии.

Исследуя этот вопрос, В.Е. Орел предлагает деление факторов развития синдрома выгорания

на особенности профессиональной деятельности и характеристики самих профессионалов. К первым он относит содержание труда (количество клиентов, острота их проблем и глубина контакта, степень независимости профессионала), условия работы (перегрузки, дефицит времени, количество рабочих часов) и социально-психологические факторы (отношения в организации, нематериальная стимуляция, ролевые конфликты); ко вторым — социально-демографические характеристики (возраст, пол, уровень образования, стаж работы и др.) и личностные особенности профессионала (выносливость, локус контроля, стратегии совладания, самооценка и др.) [12].

Было предложено и другое деление личностных факторов: 1) личностные характеристики профессионалов — тревожность, идеалистичность, импульсивность, эмпатичность, фанатичность и т.д.; 2) особенности мотивационного отношения специалиста в сочетании с факторами межличностного общения с клиентами, например высокая мотивация на успех в сочетании с эмоциональным напряжением, отсутствие четких критериев успеха в работе, нехватка обратной связи от клиентов, преобладание негативной обратной связи [7, с. 36].

На данный момент по организационным и социально-демографическим факторам выгорания собраны подробные, хотя и противоречивые данные на крупных выборках специалистов.

Так, Б. Перлман и Е.А. Хартман писали о том, что возраст и необходимость вести супервизии играют значительную роль в снижении выгорания [27]. В то же время высокая загруженность и формальные правила повышают риск выгорания. Существенными факторами для развития стресса С.Б. Величковская [3, с. 15] считает стаж работы и удовлетворенность трудом. В частности, она связывает стаж с переходом от первичной к вторичной профессионализации и сопутствующим этому периоду кризисом, случающимся в период 5–9 лет профессионального стажа. В.В. Лукьянов [13] в исследовании на 117 психиатрах-наркологах получил результаты о корреляции стажа и выгорания (в частности, формирования фазы резистентности по В.В. Бойко).

J.M. Raquepaw и *R.S. Miller* [28], *L.D. Vredenburg* с соавторами [31] на крупной выборке (521 человек), *A. Senter* с коллегами на выборке из 203 человек [29], а также *G.D. Ackerley* с соавторами [15] получили данные, согласно которым психологи в частной практике испытывают более низкий уровень выгорания, чем в бюджетных учреждениях. Среди российских исследователей аналогичные результаты получили Н.Е. Водопьянова и Е.С. Старченкова, но предположили, что результаты связаны с более высокой заработной платой частных специалистов [7].

L.D. Vredenburg с соавторами [31], обобщив данные нескольких исследований, обнаружили, что существуют результаты, как подтверждающие взаимосвязь загруженности клиентами и эмоционального истощения, так и не подтверждающие этой связи. В более позднем исследовании *C.D. Craig* и *G. Sprang* [19] нашли положительную связь между загруженностью клиентами, посттравматическим стрессовым расстройством и деперсонализацией на внушительной выборке (532 человека). Они же обратили внимание

на связь выгорания и менее структурированных подходов в психотерапии.

E.A. Sodeke-Gregson с коллегами [30], а также *P. Hardiman* и *J.G. Simmonds* [22] приводят данные о том, что выгорание наблюдается у специалистов как с высокой, так и с низкой загруженностью клиентскими часами. Последние показали взаимосвязи между количеством клиентских часов в неделю и восприятием тяжести травм клиентов. Результаты еще одного исследования [28] демонстрируют, что с выгоранием связана не загруженность клиентскими часами, а удовлетворенность степенью загруженности.

В нескольких исследованиях были получены данные о положительной связи загруженности клиентами с уверенностью в своих профессиональных достижениях [15; 31], при этом не было обнаружено связи с эмоциональным истощением или деперсонализацией.

Расстановка акцентов на социально-демографических и организационных факторах, а также личностных чертах создает иллюзию predetermined картины выгорания: в бюджетных учреждениях и при определенной характерологии специалисты обречены на выгорание. При этом упускается из виду способность специалистов вырабатывать индивидуальный стиль деятельности, позволяющий при разных характерологических особенностях и в разных условиях эффективно выполнять профессиональную деятельность, адаптируясь к ее объективным требованиям [9]. Как указывает Е.А. Климов, индивидуальные особенности, противодействующие успешному выполнению задач, постепенно “обрастают” компенсаторными механизмами. Это означает, что вышеописанные факторы лишь частично определяют способность специалистов противостоять выгоранию, и необходимо сконцентрировать внимание на личностных факторах, причем не на поведенческих (безусловно, более доступных для изучения), а на смысловых.

Речь идет о личностных смыслах — субъективном преломлении реальности, в том числе условий труда и профессиональных трудностей, специалистами. Так, представители трансактного подхода к стрессу, в частности Р. Лазарус, пишут о влиянии субъективного восприятия событий на наличие или отсутствие стресса. Например, В.В. Барбанщикова, С.А. Иванова и Т.М. Федотова в исследовании операторов справочных служб обнаружили, что субъективное отношение к содержанию труда является существенным источником профессионального стресса [1, с. 179]. С.Б. Величковская отмечает, что при одинаковых условиях часть профессионалов сохраняют хорошее самочувствие,

эмоционально стабильны и продолжают развиваться в своей области, что свидетельствует о неких дополнительных факторах, кроме организационных, влияющих на устойчивость профессионала к стрессу [3, с. 16], таких как индивидуальный опыт, особенности эмоционально-личностной сферы и поведенческие паттерны, приводящие к выгоранию, например негибкое поведение и избегание столкновения с трудными ситуациями [3, с. 11]. Б.Б. Величковский и В.В. Барабанщикова [5] в своем исследовании на 533 сотрудниках МВД обнаружили значимую связь когнитивных оценок затруднительных ситуаций с уровнем развития синдрома выгорания и его компонентов (эмоционального истощения, деперсонализации, снижения профессиональной успешности, выражающегося в редукции личных достижений). Авторы также пишут о возможности диагностировать когнитивные оценки на основе трех сложных эмоциональных комплексов — тревоги, гнева и депрессии [Там же, с. 54]. Измерение этих показателей может быть проведено с помощью батареи тестов, разработанной Ч.Д. Спилбергером в рамках концепции черта-состояние (*State-Trait*) [4].

Во многих терапевтических подходах обязательными для специалистов являются личная терапия и супервизии. Основные цели личной терапии — осознание и изменение деструктивных концепций и паттернов поведения, помощь в проживании тяжелых жизненных ситуаций прошлого и настоящего (для чего, как правило, требуется переосмысление, переосмысление ситуаций). В супервизиях же, помимо стратегии работы с клиентом, большое значение уделяется смысловым структурам терапевта, его пониманию и интерпретации происходящего в терапии. Таким образом, все это представляет собою работу со смысловыми структурами специалистов.

U. Martin и S.P. Schrinke [24], а также S.T. Azar [17] подчеркивают значимость супервизий как фактора, препятствующего выгоранию. K. Allsbrook с коллегами [16] в исследовании с участием 391 человека получили данные о выраженной связи между недостаточным количеством супервизий и увеличением числа случаев возникновения вторичного травматического стресса. В исследовании D. Edwards с коллегами [20] на медсестрах и медбратьях (всего 260 человек) было выявлено, что молодые медбратья, не прошедшие хотя бы шесть супервизий, с большей вероятностью демонстрировали холодное негативное отношение к пациентам и высокий уровень деперсонализации, чем те, кто проходил супервизии. Также были получены данные об отрицательной связи между эффективными супервизиями

и эмоциональным истощением и деперсонализацией. K. Hyrkäs с соавторами [23] на 799 медсестрах получили данные, что работники, проходившие регулярные супервизии, демонстрировали значимо более низкие показатели деперсонализации, чем те, кто проходил супервизии нерегулярно. Те, кто описывал супервизии как эффективные, демонстрировали более высокий уровень эмоционального истощения, но при этом давали более высокую оценку своим профессиональным достижениям.

J.C. Norcross [25], а также D.E. Orlinsky с коллегами [26] в своих исследованиях отметили снижение вероятности выгорания и неэтичного поведения у психотерапевтов, проходивших личную терапию. Также у них происходило повышение осознанности, увеличение эмпатичности, теплоты и навыков построения отношений, повышалась осведомленность о механизмах переноса и контрпереноса, защитных механизмах, а также улучшалось понимание своих конфликтов и ценностей.

В исследовании на 100 школьных психологах [32] было обнаружено, что те, кто прошел личную терапию, демонстрировали более низкий уровень выгорания, чем те, кто никогда ее не проходил. Прошедшие психотерапию психологи молодого возраста были менее замкнуты, холодны и дистантны, чем их не прошедшие терапию коллеги. В пользу личной психотерапии психологов свидетельствует и небольшое исследование на 22 специалистах, проведенное K. Hamilton-West с коллегами [21], в котором после курса терапии осознанности у всех участников значимо снизился уровень эмоционального истощения, измеренный с помощью опросника К. Маслах.

С.Б. Величковская обращает внимание на значимость внутренних конфликтов как источник выгорания у специалистов. Так, М. Буриш [3, с. 35] говорил о не совпадающих с действительностью ожиданиях профессионалов как внутренних факторах выгорания.

Н.Е. Водопьянова также отмечает, что “к факторам развития синдрома выгорания Маслах относил индивидуальный предел возможностей человека противостоять истощению; внутренний опыт человека, такой как установки, ожидания, мотивы и чувства; негативный опыт прошлых поражений и дистрессов” [7].

Т. Кокс [10] рассматривал стресс как индивидуально обусловленный феномен, являющийся результатом взаимодействия между человеком и ситуацией, в которой он находится. Он выделял характеристики человека, определяющие особенности его процесса адаптации к профессиональной

ситуации: 1) индивидуальные потребности; 2) личностные ресурсы. Они соотносятся с особенностями объективной реальности, такими как: 1) требования и регламентации, предъявляемые к человеку извне; 2) наличие внешней поддержки деятельности. Результатом этого соотношения являются либо сбалансированная реакция (активация необходимых ресурсов), либо дисбаланс, приводящий к дистрессу.

Таким образом, ряд исследований подтверждает связь личностных факторов с синдромом выгорания. Руководствуясь вышеизложенным, мы провели исследование, цель которого — выявление демографических, организационных и личностных факторов (таких как личностные смыслы и копинг-стратегии) развития синдрома выгорания. На основании изученной литературы была выдвинута следующая теоретическая гипотеза: организационные и демографические факторы связаны с развитием синдрома выгорания.

В данном исследовании были поставлены следующие задачи:

1. Выявление связи между стажем психологов и уровнем развития синдрома выгорания.
2. Выявление связи между организационными факторами (количество клиентов в неделю, работа в бюджетном учреждении или частная практика) и уровнем выгорания.
3. Выявление связи между личностными факторами (стратегии совладания, жизнестойкость) и уровнем развития синдрома выгорания.

Основные гипотезы исследования:

1. Уровень выгорания наиболее высок у психологов с общим стажем или стажем на последнем рабочем месте от 5 до 9 лет.
2. Уровень выгорания выше у психологов, работающих в бюджетных учреждениях, чем у частных психологов.
3. Уровень выгорания связан с количеством принимаемых психологом клиентов в неделю.
4. Уровень выгорания ниже у психологов, использующих конструктивные стратегии преодоления трудных жизненных ситуаций.
5. Уровень выгорания ниже у психологов, обладающих более высоким уровнем жизнестойкости.

МЕТОДИКА

Выборка состояла из 92 практикующих психологов. Средний возраст в выборке: 40 лет ($M = 39.56$, $\sigma = 10.008$). Средний стаж — 9 лет ($M = 8.92$, $\sigma = 5.524$). Нельзя сделать выводов о половых

различиях, так как женщины составляют 87% выборки ($N = 80$), в то время как мужчины составляют лишь 13% выборки ($N = 12$). В исследовании учитывались также такие переменные, как семейное положение (не в браке ($N = 20$), в браке ($N = 58$), в разводе ($N = 14$)), наличие вредных привычек (курение и употребление алкоголя), доля времени работы в бюджетных учреждениях относительно частной практики (например, 0.70–70% рабочего времени в бюджетных учреждениях, 30% времени — частная практика), срок, прошедший с последнего отпуска (варианты ответов: несколько дней/несколько недель/несколько месяцев/год/отсутствие отпуска в течение нескольких лет), наличие хронических заболеваний, факт обращений к врачу за последние несколько месяцев, наличие физической активности, спорта (не занимаюсь спортом/занимаюсь спортом практически ежедневно/занимаюсь спортом каждую неделю/занимаюсь спортом 1–2 раза в месяц), наличие вредных привычек, таких как курение (варианты ответов: не курю/курю 1–2 сигареты в день/курю менее 10 сигарет в день/курю до 20 сигарет в день/курю более 20 сигарет в день) и пристрастие к алкоголю (варианты ответов: не пью/пью иногда, по особым случаям/пью не чаще раза в неделю/пью 2–3 раза в неделю/пью почти каждый день) (см. табл. 2).

В данном исследовании применялся следующий диагностический инструментарий:

- 1) опросник “Профессиональное (эмоциональное) выгорание (*MBI*)” в русскоязычной адаптации Н.Е. Водопьяновой [7];
- 2) методика “Диагностика уровня эмоционального выгорания” В.В. Бойко [2];
- 3) шкала реактивной и личностной тревожности (*State-Trait Anxiety Inventory, STAXI, Spielberger C.D.*) в русскоязычной адаптации Ю.Л. Ханина [14];
- 4) опросник *State-Trait Depression Inventory, STDI* в русскоязычной адаптации А.Б. Леоновой [8];
- 5) опросник *State-Trait Anger Inventory, STAI*, в русскоязычной адаптации А.Б. Леоновой [8];
- 6) опросник С. Хобфолла “Стратегии преодоления стрессовых ситуаций”, *SACS*, адаптация Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой [6];
- 7) опросник “Хроническое утомление” А.Б. Леоновой [8];
- 8) “Тест жизнестойкости” в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой [11].

Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием программы статистической обработки данных *IBM SPSS Statistics*, версия 23.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные о характеристиках выборки представлены в табл. 1.

Корреляционный анализ

Для выявления связей выгорания и его компонентов с другими переменными был проведен корреляционный анализ на основе ранговой корреляции Спирмена (табл. 2).

Как видно из табл. 2, высокие отрицательные коэффициенты корреляции при уровне значимости p (двухстор.) < 0.01 были получены между всеми компонентами выгорания (эмоциональное истощение, деперсонализация, изменения в профессиональной успешности) и всеми компонентами жизнестойкости (контроль, вовлеченность, принятие риска). Все компоненты выгорания положительно коррелируют с депрессией как состоянием, депрессией как чертой, тревогой как чертой, избеганием как стратегией совладания. Также обнаружены

Таблица 1. Описательные статистики характеристик исследованной выборки психологов

Демографические и личностные факторы	<i>N</i>	$\bar{M}$	<i>SD</i>
Возраст, лет	88	39.56	10.01
Стаж, годы	91	8.92	5.52
Стаж на последнем месте работы, годы	92	4.62	4.06
Доля времени работы в бюджетных учреждениях по отношению к частной практике	89	0.55	0.40
Количество клиентов в неделю	92	10.28	8.69
Опросник “Профессиональное (эмоциональное) выгорание (MBI)”			
Эмоциональное истощение	92	18.70	7.67
Деперсонализация	92	7.38	3.84
Профессиональная успешность	92	34.48	4.99
Выгорание	92	5.46	1.82
Методика “Диагностика уровня эмоционального выгорания” В.В. Бойко			
Напряжение	92	18.63	17.47
Переживание психотравмирующих обстоятельств	92	6.65	6.48
Неудовлетворенность собой	92	3.79	4.38
Загнанность в клетку	92	2.39	3.85
Тревога и депрессия	92	5.79	7.57
Резистенция	92	44.46	18.13
Неадекватное эмоциональное реагирование	92	16.00	6.35
Эмоционально-нравственная дезориентация	92	10.48	5.57
Расширение сферы экономии эмоций	92	7.79	6.78
Редукция профессиональных обязанностей	92	10.18	8.48
Истощение	92	22.28	14.20
Эмоциональный дефицит	92	6.59	6.23
Эмоциональная отстраненность	92	6.73	4.63
Личностная отстраненность	92	3.90	4.91
Психосоматические и психовегетативные нарушения	92	5.07	4.43
Опросник <i>State-Trait Anger Inventory, STAI</i>			
Эмоциональное переживание гнева	92	5.68	1.53
Вербальная экспрессия гнева	92	5.35	1.33
Физическая экспрессия гнева	92	5.24	0.94
Гнев как состояние	92	16.27	3.55
Гневливый темперамент	92	12.36	2.76
Гневные поведенческие реакции	92	15.75	4.58
Гнев как черта	92	28.11	6.88
Опросник <i>State-Trait Depression Inventory, STDI</i>			
Депрессия как состояние	92	18.27	5.35
Депрессия как черта	92	18.57	4.47
Опросник <i>State-Trait Anxiety Inventory, STAXI</i>			
Тревога как состояние	92	49.71	4.70

Окончание табл. 1

Демографические и личностные факторы	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Тревога как черта	92	39.29	8.97
Уровень субъективного комфорта	92	48.85	9.88
Опросник С. Хобфолла “Стратегии преодоления стрессовых ситуаций”, SACS			
Уверенные действия	92	19.83	3.16
Социальный контакт	92	23.03	2.67
Социальная поддержка	92	24.51	3.29
Осторожные действия	92	19.48	3.38
Импульсивные действия	92	17.99	2.57
Избегание	92	15.27	3.64
Манипуляции	92	17.26	3.55
Асоциальные действия	92	13.32	3.59
Агрессивные действия	92	15.21	4.48
Коэффициент конструктивности	92	1.61	0.38
Опросник “Хроническое утомление”			
Индекс хронического утомления	92	25.60	4.77
“Тест жизнестойкости”			
Вовлеченность	92	37.72	7.21
Контроль	92	29.77	6.32
Принятие риска	92	19.41	4.12
Жизнестойкость	92	86.90	16.16

положительные корреляции двух компонентов выгорания (истощение, деперсонализация) с гневом как чертой, компонентами гнева как состояния (гневливым темпераментом, гневными поведенческими реакциями), а также с индексом хронического утомления. При этом выявлены высокие отрицательные корреляции этих двух компонентов выгорания с уровнем субъективного комфорта и коэффициентом конструктивности стратегий совладания. Дополнительно можно отметить высокий положительный коэффициент корреляции между эмоциональным истощением и агрессивными действиями как стратегией совладания.

Для проверки гипотезы о связи стажа с уровнем развития синдрома выгорания в группах, разделенных по общему стажу на группу риска (стаж 4–8 лет — 33 человека) и группу нормы (стаж 1–3 года, а также 9 лет и более — 59 человек), было проведено сравнение этих групп по *t*-критерию Стьюдента, которое не показало значимых отличий по уровню выгорания. Различия между группами на уровне тенденции были обнаружены по субшкале В.В. Бойко “Неадекватное эмоциональное реагирование” ($p = 0.087$) и по переменной “гнев как состояние” ($p = 0.086$) и ее субшкале “эмоциональные реакции гнева” ($p = 0.079$). Единственное значимое различие наблюдалось по субшкале жизнестойкости — контролю ($p < 0.05$): специалисты со стажем от 4 до 8 лет менее уверены, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего (низкие показатели по переменной “контроль”),

чем специалисты с меньшим и большим стажем (вне зоны риска). Сама жизнестойкость как переменная отличалась в двух группах на уровне тенденции ($p = 0.065$): показатели жизнестойкости у специалистов со стажем в зоне риска несколько ниже, чем у специалистов с большим или меньшим стажем.

В группах, разделенных по стажу на последнем месте работы на группу риска (стаж 4–8 лет — 33 человека) и группу нормы (стаж 1–3 года, а также 9 лет и более — 59 человек), сравнение по *t*-критерию Стьюдента не показало значимых различий по уровню выгорания. Только по субшкале В.В. Бойко “загнанность в клетку” были обнаружены отличия на уровне тенденции ($p = 0.095$): показатели по данной переменной были выше в группе риска.

Значимых различий между психологами из бюджетных учреждений и преимущественно зарабатывающих частной практикой с помощью *ANOVA* выявлено не было. Единственное отличие, значимое на уровне тенденции, — хронические заболевания ($p = 0.099$). Психологи, работающие больше времени в бюджетных учреждениях, имеют несколько больше хронических заболеваний, чем психологи, зарабатывающие преимущественно частной практикой.

Сравнение групп психологов, имеющих разное количество клиентов в неделю (*ANOVA*), не выявило различий в уровне выгорания, но выявило значимое различие по фактору “Хронические заболевания” ($p = 0.024$). Психологи, имеющие большее

Таблица 2. Корреляции выгорания, его компонентов и других факторов

Демографические и личностные факторы	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Профессиональная успешность	Выгорание
Курение	0.001	-0.084	0.059	-0.074
Потребление алкоголя	-0.130	0.019	0.133	-0.107
Отдых (на основе учета срока, прошедшего с последнего отпуска)	-0.163	-0.213*	-0.018	-0.206*
Занятия спортом	0.103	0.019	0.058	0.049
Хронические заболевания	-0.077	-0.212*	0.095	-0.151
Обращения к врачу	-0.096	-0.253*	0.080	-0.195
Стаж	-0.112	-0.215*	-0.059	-0.135
Стаж на последнем месте работы	-0.131	-0.236*	-0.025	-0.176
Возраст	-0.082	-0.266*	-0.293**	-0.023
Количество клиентов в неделю	-0.020	-0.024	0.233*	-0.113
Часы личной терапии	-0.105	-0.089	0.178	-0.136
Опросник State-Trait Anger Inventory, STAI				
Эмоциональное переживание гнева	0.303**	0.359**	-0.129	0.271**
Вербальная экспрессия гнева	0.358**	0.379**	-0.094	0.285**
Физическая экспрессия гнева	0.324**	0.359**	-0.110	0.278**
Гнев как состояние	0.312**	0.367**	-0.127	0.279**
Гневливый темперамент	0.519**	0.421**	-0.177	0.464**
Гневные поведенческие реакции	0.620**	0.491**	-0.091	0.509**
Гнев как черта	0.618**	0.488**	-0.131	0.520**
Опросник State-Trait Depression Inventory, STDI				
Депрессия как состояние	0.552**	0.350**	-0.391**	0.560**
Депрессия как черта	0.526**	0.474**	-0.326**	0.584**
Опросник State-Trait Anxiety Inventory, STAXI				
Тревога как состояние	0.081	-0.014	-0.065	0.041
Тревога как черта	0.632**	0.348**	-0.425**	0.602**
Уровень субъективного комфорта	-0.555**	-0.348**	0.250*	-0.493**
Опросник С. Хобфолла "Стратегии преодоления стрессовых ситуаций", SACS				
Уверенные действия	-0.175	-0.110	0.281**	-0.278**
Социальный контакт	0.017	0.035	0.205*	-0.093
Социальная поддержка	-0.058	-0.087	0.124	-0.155
Осторожные действия	0.065	0.094	0.040	0.022
Импульсивные действия	0.067	0.089	-0.098	0.118
Избегание	0.272**	0.304**	-0.267*	0.361**
Манипуляции	0.172	0.221*	0.119	0.206*
Асоциальные действия	0.241*	0.429**	0.042	0.290**
Агрессивные действия	0.442**	0.357**	-0.064	0.393**
Коэффициент конструктивности	-0.448**	-0.465**	0.200	-0.509**
Опросник "Хроническое утомление"				
Индекс хронического утомления	0.453**	0.375**	-0.075	0.413**
"Тест жизнестойкости"				
Вовлеченность	-0.551**	-0.512**	0.427**	-0.610**
Контроль	-0.459**	-0.336**	0.428**	-0.477**
Принятие риска	-0.474**	-0.459**	0.451**	-0.557**
Жизнестойкость	-0.546**	-0.476**	0.461**	-0.592**

Примечание. * — $p < 0.05$; ** — $p < 0.01$.

количество клиентов в неделю, чаще отмечают наличие у себя хронических заболеваний, чем менее загруженные работой психологи.

Также была обнаружена положительная корреляция (на уровне тенденции) стажа на последнем месте работы (группа риска) со шкалами “Тревога и депрессия” по В.В. Бойко ($p = 0.077$), “Гневливый темперамент” по Ч.Д. Спилбергеру ($p = 0.057$), “Гнев как черта” ($p = 0.086$).

Сравнение специалистов с высоким и низким уровнем развития синдрома выгорания

Так как число респондентов с высоким уровнем развития синдрома выгорания значительно меньше числа специалистов с низким уровнем развития синдрома выгорания (19 человек из 92), был проведен попарный отбор респондентов с высоким и низким уровнем выгорания, идентичных по полу, возрасту и семейному положению (средний возраст в обеих группах 38 лет при стандартных отклонениях 8.36 и 8.98 соответственно) для проверки гипотезы о стаже как одном из главных предикторов выгорания (табл. 3). Общий стаж и стаж на последнем месте работы значимо не различались в двух группах.

Как видно из табл. 3, переменные, относящиеся к компонентам выгорания, значимо различались в этих двух группах.

Две группы специалистов значимо различались по ряду характеристик: гнев как состояние (кроме субшкалы “физические проявления гнева”, различавшейся в двух группах на уровне тенденции ($p = 0.05$)), гнев как черта, депрессия как состояние и как черта, а также тревога как черта. Не было выявлено значимых различий лишь по переменной “тревога как состояние”. Уровень субъективного комфорта и индекс хронического утомления также значимо различались у двух групп психологов.

У двух групп значимо различались лишь три стратегии совладания: избегание, асоциальные действия и агрессивные действия. Также значимыми были различия в коэффициенте конструктивности стратегий совладания.

Показатели жизнестойкости, включая вовлеченность, контроль и принятие риска, значимо различались в двух группах.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

С помощью корреляционного анализа удалось выявить ряд значимых связей между личностными характеристиками специалистов и уровнем их

выгорания. Так, выгорание и все его компоненты оказались значимо отрицательно связаны с жизнестойкостью и всеми ее компонентами и положительно связаны с депрессией как состоянием, депрессией как чертой и тревогой как чертой, а также, хотя и более слабо, с избеганием как стратегией совладания. Это соответствует результатам исследования *Bianchi* с коллегами [18] на 50 пациентах с депрессией и 50 профессионалах с явным выгоранием, в котором не было выявлено значимых различий между выгоранием и депрессией. Выгорание, эмоциональное истощение и деперсонализация значимо положительно связаны с индексом хронического утомления, гневом как состоянием и его компонентами, гневом как чертой и его компонентами, агрессивными действиями и отрицательно — с уровнем субъективного комфорта и коэффициентом конструктивности стратегий совладания. Деперсонализация и выгорание (более слабая связь) положительно связаны с асоциальными действиями. Таким образом, можно заметить, что существует выраженная отрицательная связь между выгоранием и личностным фактором жизнестойкости. Также подтверждается предложенная Б.Б. Величковским объяснительная модель, согласно которой высокие показатели тревоги, депрессии и гнева как черты и как состояния могут отражать высокий уровень хронического стресса и выгорания [4].

Сравнение по t -критерию Стьюдента двух групп, разделенных по стажу и стажу на последнем месте (группа риска от 4 до 8 лет стажа и группа вне риска — менее 4 лет и более 9 лет стажа) не выявило значимых отличий по уровню выгорания. Значимое различие двух групп по стажу наблюдалось лишь по субшкале жизнестойкости — контролю. Это указывает на то, что профессионалы со стажем от 4 до 8 лет в данной группе испытывают больше беспомощности, меньше ощущают себя способными повлиять на мир, прилагая какие-либо усилия к борьбе.

Также выявлены различия на уровне тенденции: показатели по субшкале В.В. Бойко “Неадекватное эмоциональное реагирование”, по переменной “гнев как состояние” и по субшкале данной переменной — “эмоциональным реакциям гнева” выше у специалистов со стажем от 4 до 8 лет. Жизнестойкость также отличается в двух группах на уровне тенденции: в группе риска жизнестойкость снижена. Эти результаты не дают однозначного подтверждения данным, полученным С.Б. Величковской [3] и В.В. Лукьяновым [13] о взаимосвязи стажа и выгорания, однако можно предположить, что в “рисковый” период стажа профессионалы

Таблица 3. Описательные статистики и результаты сравнения личностных особенностей и стратегий совладания у специалистов с высоким и низким уровнем развития синдрома выгорания (сравнение двух групп специалистов, выровненных по полу, возрасту и семейному положению)

Демографические и личностные факторы	Специалисты с низким уровнем выгорания		Специалисты с высоким уровнем выгорания		<i>U</i> Манна—Уитни	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Возраст	38.21	7.61	38.00	8.98	158	0.913
Стаж	8.05	3.84	7.63	3.67	145.5	0.606
Стаж на последнем месте работы	4.68	4.06	3.21	3.60	125.5	0.252
Количество клиентов в неделю	8.79	5.07	8.58	6.56	148	0.673
Опросник “Профессиональное (эмоциональное) выгорание (MBI)”						
Эмоциональное истощение	14.84	5.48	29.11	7.18	15	0.000
Деперсонализация	5.84	2.87	12.68	2.31	17	0.000
Профессиональная успешность	36.58	4.09	30.74	4.39	48.5	0.000
Выгорание	4.74	0.93	8.37	1.50	0	0.000
Методика “Диагностика уровня эмоционального выгорания” В.В. Бойко						
Напряжение	11.63	10.78	34.95	23.19	59.5	0.001
Переживание психотравмирующих обстоятельств	4.89	6.57	11.84	7.83	63	0.001
Неудовлетворенность собой	2.89	4.98	6.21	4.92	79	0.008
Загнанность в клетку	0.32	1.38	6.26	5.47	51	0.000
Тревога и депрессия	3.53	4.18	10.63	10.64	102	0.059
Резистенция	36.21	15.95	62.37	17.45	39.5	0.000
Неадекватное эмоциональное реагирование	13.84	6.51	19.16	4.71	110	0.104
Эмоционально-нравственная дезориентация	10.05	4.87	13.63	6.78	93	0.029
Расширение сферы экономии эмоций	6.37	6.96	13.21	8.34	65.5	0.002
Редукция профессиональных обязанностей	5.95	6.31	16.37	9.20	68.5	0.002
Истощение	17.00	8.43	35.00	17.78	68.5	0.002
Эмоциональный дефицит	5.11	5.74	12.37	6.13	86	0.016
Эмоциональная отстраненность	6.26	3.40	8.37	6.18	140	0.501
Личностная отстраненность	1.84	2.48	5.95	6.68	119.5	0.181
Опросник <i>State-Trait Anger Inventory, STAI</i>						
Психосоматические и психовегетативные нарушения	3.79	2.80	8.32	5.78	68.5	0.002
Эмоциональное переживание гнева	5.53	1.02	6.95	2.70	100.5	0.051
Вербальная экспрессия гнева	5.16	0.69	6.26	2.64	108	0.091
Физическая экспрессия гнева	5.16	0.50	5.89	1.88	124	0.239
Гнев как состояние	15.84	1.98	19.11	6.74	99	0.047
Гневливый темперамент	12.00	2.81	14.37	3.20	82	0.011
Гневные поведенческие реакции	14.68	4.67	19.37	4.82	63.5	0.001
Гнев как черта	26.68	6.97	33.74	7.50	66.5	0.002
Опросник <i>State-Trait Depression Inventory, STDI</i>						
Депрессия как состояние	16.16	4.76	23.21	6.27	49	0.000
Депрессия как черта	17.32	3.99	22.68	4.68	46	0.000
Опросник <i>State-Trait Anxiety Inventory, STAXI</i>						
Тревога как состояние	48.84	4.39	50.53	4.39	132.5	0.355
Тревога как черта	35.58	8.21	48.21	10.42	57	0.001

Окончание табл. 3

Демографические и личностные факторы	Специалисты с низким уровнем выгорания		Специалисты с высоким уровнем выгорания		U Манна— Уитни	p
	$\bar{M}$	SD	$\bar{M}$	SD		
Уровень субъективного комфорта	52.00	8.76	40.58	9.63	39	0.000
Опросник С. Хобфолл “Стратегии преодоления стрессовых ситуаций”, SACS						
Уверенные действия	20.68	2.94	18.79	4.33	113.5	0.126
Социальный контакт	22.16	3.42	23.05	2.91	160	0.963
Социальная поддержка	24.53	2.93	23.53	4.86	160	0.963
Осторожные действия	19.11	3.20	20.32	3.71	124	0.239
Импульсивные действия	17.21	2.46	18.42	3.02	134.5	0.389
Избегание	14.11	2.92	17.79	3.49	53.5	0.000
Манипуляции	17.95	3.73	18.74	2.60	152.5	0.767
Асоциальные действия	13.58	3.73	15.58	2.87	92	0.027
Агрессивные действия	15.68	4.63	17.95	4.16	85	0.014
Коэффициент конструктивности	1.63	0.39	1.30	0.25	54	0.000
Опросник “Хроническое утомление”						
Индекс хронического утомления	26.06	4.95	28.65	4.31	81	0.010
“Тест жизнестойкости”						
Вовлеченность	41.16	6.40	31.58	5.28	49.5	0.000
Контроль	32.95	6.11	25.74	6.72	61.5	0.001
Принятие риска	21.53	4.02	16.53	3.55	56	0.001
Жизнестойкость	95.63	15.69	73.84	13.77	51	0.000

демонстрируют более острые реакции гнева, так как к этому времени они сталкиваются с невозможностью изменить некоторые составляющие своей профессиональной деятельности, несмотря на свои усилия.

В двух группах, различающихся по стажу на последнем рабочем месте, только по субшкале В.В. Бойко “загнанность в клетку” есть различия на уровне тенденции (показатели выше у специалистов со стажем от 4 до 8 лет), что может свидетельствовать о более высоком напряжении среди специалистов со средним стажем. Такие ощущения могут быть связаны с кризисом, вызванным достижением “потолка” у специалистов — в этой профессии мало возможностей для вертикального роста.

Схожие результаты были получены в отношении связи выгорания с работой в бюджетных учреждениях или частной практике: значимых различий, связанных с местом работы специалиста, выявлено не было. Отличие на уровне тенденции по переменной “хронические заболевания” (чаще встречаются у специалистов, работающих в бюджетных учреждениях), не дает возможности делать выводы о связи выгорания и места работы. Это противоречит данным, полученным в ряде других

исследований [7; 15; 28; 29; 31], однако с учетом значительно меньшей выборки, нежели в перечисленных исследованиях, не позволяет делать однозначных выводов и об отсутствии связи места работы и выгорания.

Сравнение по количеству принимаемых клиентов в неделю выявило на уровне тенденции положительные корреляции большей загруженности работой с “Тревогой и депрессией” по В.В. Бойко, “Гневливым темпераментом” и “Гневом как чертой” по Ч.Д. Спилбергеру. Это позволяет сделать заключение о постепенно наступающей дестабилизации профессионала при чрезмерной нагрузке клиентскими часами. Тем не менее отсутствие значимых связей между загруженностью клиентами и компонентами выгорания (эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением профессиональной успешности) с большей вероятностью склоняет к выводу об отсутствии влияния количества принимаемых клиентов на выгорание, что совпадает с данными освещенных выше исследований [22; 28; 30].

Сравнение психологов с высоким и низким уровнем выгорания, выравненных по возрасту и семейному положению, позволило оценить роль стажа и личностных факторов в развитии синдрома

выгорания. Показатели жизнестойкости, включая вовлеченность, контроль и принятие риска, значительно выше в группе психологов с низким уровнем выгорания. Гнев как состояние (кроме субшкалы “физические проявления гнева”, различающейся в группах на уровне тенденции), гнев как черта, депрессия как состояние и как черта, а также тревога как черта и индекс хронического утомления значительно выше в группе с высоким уровнем развития синдрома выгорания, в то время как уровень субъективного комфорта в этой же группе ниже. Нужно учитывать, что выявленные Ч.Д. Спилбергером шкалы высоко коррелируют с уровнем хронического стресса [4], в то время как хронический стресс коррелирует с синдромом выгорания. Не выявлено значимых различий лишь по переменной “тревога как состояние”. Возможно, это связано с тем, что все испытывают ситуативную тревогу в нестандартной ситуации (заполнение опросника про собственное выгорание).

Из стратегий совладания значимо различались у психологов с высоким и низким уровнем развития синдрома выгорания лишь три: избегание, асоциальные действия и агрессивные действия, преваляровавшие в группе с высоким уровнем выгорания. Возможно, это свидетельствует о том, что не поведенческие стратегии влияют на уровень выгорания, а выгорание обуславливает некоторые поведенческие стратегии. Также значимо выше были показатели коэффициента конструктивности стратегий совладания у психологов с низким уровнем развития синдрома выгорания. Можно предположить, что отдельные стратегии, кроме избегания любых трудных ситуаций (что логично для этой профессии, так как вся работа психолога состоит из разрешения трудных ситуаций) и неприемлемого поведения (агрессивного и асоциального), сами по себе не являются столь однозначно определяющими развитие выгорания. Определяющей, скорее, является вся совокупность стратегий, умение использовать их с пользой для себя.

При сравнении специалистов с высоким и низким уровнем выгорания не было обнаружено значимых различий между субшкалами В.В. Бойко “личностная отстраненность”, “эмоциональная отстраненность”, и лишь на уровне тенденции различались переменные “неадекватное эмоциональное реагирование” и “тревога и депрессия”. Это дает нам возможность предположить некоторую избыточность субшкал, выбранных для опросника (для определения 15 субшкал 84 вопроса вряд ли могут быть достаточными).

ВЫВОДЫ

В результате проведенного исследования, направленного на выявление организационных и личностных факторов выгорания, можно сделать следующие выводы о выдвинутых гипотезах.

Опровергнута гипотеза о связи общего стажа или стажа на последнем месте работы с уровнем развития синдрома выгорания. Таким образом, можно предположить, что на данной выборке психологов не подтвердилась идея “рискованного периода” в стаже психолога (4–9 лет практики).

Опровергнута гипотеза о связи работы в бюджетном учреждении или частной практики с уровнем развития синдрома выгорания, что позволяет исключить влияние организационных факторов на развитие синдрома выгорания в данной выборке психологов.

Опровергнута гипотеза о связи количества клиентов в неделю с уровнем развития синдрома выгорания. Можно предположить, что в данной выборке психологов загруженность клиентской практики не влияет на развитие выгорания.

Гипотеза о связи между конструктивными стратегиями совладания со стрессовыми ситуациями и уровнем развития синдрома выгорания подтвердилась частично. Специалисты с высоким и низким уровнем выгорания значимо различались по таким стратегиям, как агрессивные действия, асоциальные действия, избегание (более характерных для психологов с высоким уровнем развития синдрома выгорания), и по коэффициенту конструктивности (более высокому в группе с низким уровнем выгорания). Следует отметить, что неконструктивные поведенческие стратегии могут быть следствием высокого уровня выгорания.

Обнаруженная отрицательная связь жизнестойкости и ее компонентов с уровнем развития синдрома выгорания соответствует выдвинутой гипотезе.

Таким образом, можно сделать общий вывод о тесной связи между личностными факторами и уровнем развития синдрома выгорания, причем внутриличностные факторы, такие как личностные смыслы и установки, играют более значимую роль, нежели поведенческие модели, которые по большей части должны просто оставаться достаточно конструктивными.

Исследование не позволяет сделать выводы о половых различиях, так как выборка по большей части была представлена женщинами.

Так как существуют противоречивые данные о связях стажа, работы в бюджетных/частных учреждениях, количестве клиентов и других организационных факторах, распространять данные выводы на более широкую группу профессионалов следует с осторожностью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подчеркивает значимость личностных факторов развития синдрома выгорания и побуждает, не отвергая значимость организационных факторов в жизни консультирующих психологов, обратиться к личностным смыслам и установкам, способам их формирования и коррекции. Это могло бы помочь в выборе индивидуального направления психотерапевтической работы с самими психологами на обязательном этапе обучения консультированию в виде прохождения часов личной терапии. Такая работа, в свою очередь, не только потенциально снизила бы риск выгорания специалистов, но и повысила бы уровень личностной компетентности работающих профессионалов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барабанищкова В.В., Иванова С.А., Федотова Т.М. Синдром профессионального стресса в структуре деятельности оператора справочных служб // Мир образования — образование в мире. 2014. № 3 (55). С. 174–187.
2. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: Филинь, 1996.
3. Величковская С.Б. Зависимость возникновения и развития стресса от факторов профессиональной деятельности педагогов: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005.
4. Величковский Б.Б. Многомерная оценка индивидуальной устойчивости к стрессу: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2007.
5. Величковский Б.Б., Барабанищкова В.В. Психологический стресс у сотрудников МВД: роль опосредующих переменных и практические следствия // Прикладная юридическая психология. 2008. № 1. С. 52–64.
6. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009.
7. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008.
8. Диагностика эмоций и стресса: новые психодиагностические методики / Под ред. А.Б. Леоновой, Ч.Д. Спилбергера. Препринт. М.: Труды Научного совета РАМН по экспериментальной и прикладной физиологии, 2005.
9. Климов Е.А. Индивидуальный стиль деятельности // Психология индивидуальных различий. Тексты / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. М.: Изд-во МГУ, 1982. С. 74–77.
10. Кокс Т., Маккей К. Трансактный подход к изучению производственного стресса // Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития: Хрестоматия / Сост. А.Б. Леонова, О.Н. Чернышева. М.: Радикс, 1995.
11. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006.
12. Орел В.Е. Синдром психического выгорания личности. Ярославль: Когито-Центр, 2005.
13. Проблемы исследования синдрома “выгорания” и пути его коррекции у специалистов “помогающих” профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): Сборник научных статей / Под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного. Курск: КГУ, 2007. С. 30–33.
14. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л.: НИИТЕК, 1976.
15. Ackerley G.D., Burnell J., Holder D.C., Kurdek L.A. Burnout among licensed psychologists // Professional Psychology Research and Practice. 1988. V. 19. № 6. P. 624–631.
16. Allsbrook K., Atzinger C., He H., Engelhard C., Yager G., Wusik K. The relationship between the supervision role and compassion fatigue and burnout in genetic counseling // Journal of Genetic Counseling. 2016. V. 25. № 6. P. 1286–1297.
17. Azar S.T. Preventing burnout in professionals and para-professionals who work with child abuse and neglect cases: A cognitive behavioral approach to supervision // Journal of Clinical Psychology. 2000. V. 56. № 5. P. 643–663.
18. Bianchi R., Boffy C., Hingray C., Truchot D., Laurent E. Comparative symptomatology of burnout and depression // Journal of Health Psychology. 2013. V. 18. № 6. P. 782–787.
19. Craig C.D., Sprang G. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists // Anxiety, Stress & Coping. 2010. V. 23. № 3. P. 319–339.
20. Edwards D., Burnard P., Hannigan B., Cooper L., Adams J., Juggessur T., Fothergil A., Coyle, D. Clinical supervision and burnout: The influence of clinical supervision for community mental health nurses // Journal of Clinical Nursing. 2006. V. 15. № 8. P. 1007–1015.
21. Hamilton-West K., Pellatt-Higgins T., Pillai N. Does a modified mindfulness-based cognitive therapy (МВСТ)

- course have the potential to reduce stress and burnout in NHS GPs? Feasibility study // *Primary Health Care Research & Development*. 2018. V. 19. № 6. P. 591–597.
22. *Hardiman P., Simmonds J.G.* Spiritual well-being, burnout and trauma in counselors and psychotherapists // *Mental Health, Religion & Culture*. 2013. V. 16. № 10. P. 1044–1055.
 23. *Hyrkäs K., Appelqvist-Schmidlechner K., Haataja R.* Efficacy of clinical supervision: Influence on job satisfaction, burnout and quality of care // *Journal of Advanced Nursing*. 2006. V. 55. № 4. P. 521–535.
 24. *Martin U., Schinke S.P.* Organizational and individual factors influencing job satisfaction and burnout of mental health workers // *Soc. Work Health Care*. 1998. V. 28. № 2. P. 51–62.
 25. *Norcross J.C.* The psychotherapist's own psychotherapy: Educating and developing psychologists // *American Psychologist*. 2005. V. 60. P. 840–850.
 26. *Orlinsky D.E., Schofield M.J., Schroder T., Kazantzis N.* Utilization of personal therapy by psychotherapists: A practice-friendly: Review and a new study // *Journal of Clinical Psychology*. 2011. V. 67. № 8. P. 828–842.
 27. *Pearlman B., Hartman E.A.* Burnout: Summary and future research // *Human relations*. 1982. V. 35. № 4. P. 283–305.
 28. *Raquepaw J.M., Miller R.S.* Psychotherapist burnout: A componential analysis // *Professional Psychology: Research and Practice*. 1989. V. 20. № 1. P. 32–36.
 29. *Senter A., Morgan R.D., Serna-McDonald C., Bewley M.* Correctional psychologist burnout, job satisfaction, and life satisfaction // *Psychological Services*. 2010. V. 7. № 3. P. 190–201.
 30. *Sodeke-Gregson E.A., Holtum S., Billings J.* Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients // *European Journal of Psychotraumatology*. 2013. V. 4. № 1. P. 21869.
 31. *Vredenburgh L.D., Carlozzi A.F., Stein L.B.* Burnout in counseling psychologists: Type of practice setting and pertinent demographics // *Counseling Psychology Quarterly*. 1999. V. 12. № 3. P. 293–302.
 32. *Wiseman H., Egozi S.* Personal therapy for Israeli school counselors: Prevalence, parameters, and professional difficulties and burnout // *Psychotherapy Research*. 2006. V. 16. № 3. P. 332–347.

ORGANIZATIONAL AND PERSONAL FACTORS OF BURNOUT IN PSYCHOLOGIST-CONSULTANT

P. R. Efremova

*Lomonosov Moscow State University;
125009, Moscow, Mohovaya str., 11/9, Russia.
Post-Graduate of Psychology Department.
E-mail: poromesh@gmail.com*

Received 12.08.2019

Abstract. The objective of the study was to test the hypothesis about correlation of years of working, place of working, number of patients, the presence of vacations, illnesses, medical visits, behavioral strategies and hardiness with the level of specialist's burnout. 92 psychologists participated in the research. By means of correlation analysis a negative relationship was found between burnout and hardiness ($p < 0.01$), a positive relationship between burnout components and elements of the State-Trait model (anxiety, depression, anger, $p < 0.01$), and a positive relationship between burnout components and some coping strategies. Statistically significant difference in control (subscale of hardiness), $p < 0.05$ has been revealed when comparing groups across years of working: specialists who work for 4–8 years had lower rates for the variable “control” than specialists who work less or more years. Statistically significant difference in number of clients per week in “Chronical diseases” scale ($p = 0.024$) has been revealed: specialists with more clients per week had more chronic illnesses than specialists with fewer clients per week. When comparing specialist with high and low levels of burnout no statistically significant differences in years of working have been revealed. Thus the study does not confirm the hypothesis about correlation of years of working and a number of clients with the level of burnout. Significant differences have been revealed for a number of variables with hardiness and its components such as commitment, control and challenge ($p \leq 0.001$): specialists with low level of burnout had higher rates of hardiness and its components than specialists with high level of burnout. The data make it possible to suggest that dynamic personal factors including hardiness plays a significant role on development of burnout syndrome.

Keywords: burnout, syndrome of burnout, personal meanings, psychological counseling, hardiness, years of working.

REFERENCES

1. *Barabanshnikova V.V., Ivanova S.A., Fedotova T.M.* Sindrom professional'nogo stressa v strukture dejatel'nosti operatora spravочnyh sluzhб. *Mir obrazovaniya — obrazovanie v mire*. 2014. № 3 (55). P. 174–187. (in Russian)
2. *Bojko V.V.* Jenergiya jemocij v obshhenii: vzgljad na sebja i na drugih. Moscow: Filin", 1996. (in Russian)
3. *Velichkovskaja S.B.* Zavisimost' vozniknoveniya i razvitiya stressa ot faktorov professional'noj dejatel'nosti pedagogov: Diss. kand. psihol. nauk. Moskva, 2005. (in Russian)
4. *Velichkovskij B.B.* Mnogomernaja ocenka individual'noj ustojchivosti k stressu: Diss. kand. psihol. nauk. Moskva, 2007. (in Russian)
5. *Velichkovskij B.B., Barabanshnikova V.V.* Psihologicheskij stress u sotrudnikov MVD: rol' oposredujushhih peremennyh i prakticheskie sledstvija. *Prikladnaja juridicheskaja psihologija*. 2008. № 1. P. 52–64. (in Russian)
6. *Vodop'janova N.E.* Psihodiagnostika stressa. St. Petersburg: Piter, 2009. (in Russian)
7. *Vodop'janova N.E., Starchenkova E.S.* Sindrom vygoranija: diagnostika i profilaktika. 2-e izd. St. Petersburg: Piter, 2008. (in Russian)
8. Diagnostika jemocij i stressa: novye psihodiagnosticheskie metodiki. Eds. A.B. Leonova, Ch.D. Spilberger. Preprint. Moscow: Trudy Nauchnogo soveta RAMN po jeksperimental'noj i prikladnoj fiziologii, 2005. (in Russian)
9. *Klimov E.A.* Individual'nyj stil' dejatel'nosti. Psihologija individual'nyh razlichij. Teksty. Eds. Ju.B. Gippenrejtser, V.Ja. Romanov. Moscow: Izd-vo MGU, 1982. P. 74–77. (in Russian)
10. *Koks T., Makkej K.* Transaktnyj podhod k izucheniju proizvodstvennogo stressa. Psihologija truda i organizacionnaja psihologija: sovremennoe sostojanie i perspektivy razvitiya. Hrestomatija. Sost. A.B. Leonova, O.N. Chernysheva. Moscow: Izd-vo Radiks, 1995. (in Russian)
11. *Leont'ev D.A., Rasskazova E.I.* Test zhiznestojkosti. Moscow: Smysl, 2006. (in Russian)
12. *Orel V.E.* Sindrom psihicheskogo vygoranija lichnosti. Jaroslavl': Kogito-Centr. 2005. (in Russian)
13. Problemy issledovaniya sindroma "vygoranija" i puti ego korekicii u specialistov "pomogajushhih" professij (v medicinskoj, psihologicheskij i pedagogicheskij praktike): sbornik nauchnyh statej. Eds. V.V. Luk'janov, S.A. Podsadnoj. Kursk: KGU, 2007. P. 30–33. (in Russian)
14. *Hanin Ju.L.* Kratkoe rukovodstvo k shkale reaktivnoj i lichnostnoj trevozhnosti Ch.D. Spilbergera. L.: NIITEK, 1976. (in Russian)
15. *Ackerley G.D., Burnell J., Holder D.C., Kurdek L.A.* Burnout Among Licensed Psychologists. *Professional Psychology Research and Practice*. 1988. V. 19. № 6. P. 624–631.
16. *Allsbrook K., Atzinger C., He H., Engelhard C., Yager G., Wusik K.* The Relationship between the Supervision Role and Compassion Fatigue and Burnout in Genetic Counseling. *Journal of Genetic Counseling*. 2016. V. 25. № 6. P. 1286–1297.
17. *Azar S.T.* Preventing burnout in professionals and paraprofessionals who work with child abuse and neglect cases: A cognitive behavioral approach to supervision. *Journal of Clinical Psychology*. 2000. V. 56. № 5. P. 643–663.
18. *Bianchi R., Boffy C., Hingray C., Truchot D., Laurent E.* Comparative symptomatology of burnout and depression. *Journal of Health Psychology*. 2013. V. 18. № 6. P. 782–787.
19. *Craig C.D., Sprang G.* Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping*. 2010. V. 23. № 3. P. 319–339.
20. *Edwards D., Burnard P., Hannigan B., Cooper L., Adams J., Juggessur T., Fothergil A., Coyle D.* Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2006. V. 15. № 8. P. 1007–1015.
21. *Hamilton-West K., Pellatt-Higgins T., Pillai N.* Does a modified mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) course have the potential to reduce stress and burnout in NHS GPs? Feasibility study. *Primary Health Care Research & Development*. 2018. V. 19. № 6. P. 591–597.
22. *Hardiman P., Simmonds J.G.* Spiritual well-being, burnout and trauma in counselors and psychotherapists. *Mental Health, Religion & Culture*. 2013. V. 16. № 10. P. 1044–1055.
23. *Hyrkäs K., Appelqvist-Schmidlechner K., Haataja R.* Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. 2006. V. 55. № 4. P. 521–535.
24. *Martin U., Schinke S.P.* Organizational and individual factors influencing job satisfaction and burnout of mental health workers. *Soc. Work Health Care*. 1998. V. 28. № 2. P. 51–62.
25. *Norcross J.C.* The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Educating and Developing Psychologists. *American Psychologist*. 2005. V. 60. P. 840–850.
26. *Orlinsky D.E., Schofield M.J., Schroder T., Kazantzis N.* Utilization of Personal Therapy by Psychotherapists: A Practice-Friendly Review and a New Study. *Journal of Clinical Psychology*. 2011. V. 67. № 8. P. 828–842.
27. *Pelzman B., Hartman E.A.* Burnout: summary and future research. *Human relations*. 1982. V. 35. № 4. P. 283–305.

28. *Raquepaw J.M., Miller R.S.* Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1989. V. 20. № 1. P. 32–36.
29. *Senter A., Morgan R.D., Serna-McDonald C., Bewley M.* Correctional psychologist burnout, job satisfaction, and life satisfaction. *Psychological Services*. 2010. V. 7. № 3. P. 190–201.
30. *Sodeke-Gregson E.A., Holttum S., Billings J.* Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*. 2013. V. 4. № 1. 21869.
31. *Vredenburg L.D., Carlozzi A.F., Stein L.B.* Burnout in counseling psychologists: type of practice setting and pertinent demographics. *Counseling Psychology Quarterly*. 1999. V. 12. № 3. P. 293–302.
32. *Wiseman H., Egozi S.* Personal therapy for Israeli school counselors: Prevalence, parameters, and professional difficulties and burnout. *Psychotherapy Research*. 2006. V. 16. № 3. P. 332–347.