

РОЛЬ УСТОЙЧИВЫХ КОМПОНЕНТОВ ОПЫТА В ИНТЕРПРЕТАЦИИ ЭМОЦИОГЕННОЙ СИТУАЦИИ

Ю.Е. КРАВЧЕНКО

Целое направление в психологии эмоций связывает их функционирование с существованием специфических познавательных механизмов, опосредствующих работу эмоциональной сферы. Речь идет, в первую очередь, о теориях когнитивной оценки, основное положение большинства которых состоит в том, что эмоциональные состояния определенной модальности и интенсивности возникают в результате первичной, неосознаваемой когнитивной оценки эмоциогенной ситуации по ряду параметров, выявление которых и становится первоочередной задачей исследователей (Р. Лазарус, Н. Фрейда, К. Шерер и др.).

В данном исследовании был поставлен вопрос о том, каким образом изменения, которым подвержен человек в ходе выполнения своей профессиональной деятельности, сказываются на его оценке эмоциогенной ситуации и реагировании на нее. Предположительно решение профессиональных задач формирует у работников сходный *опыт*, который *опосредствует одинаковое видение* ими эмоциогенной ситуации и *сходство их переживаний*. С целью проверки этих предположений было спланировано данное исследование. Замысел состоял в том, чтобы сравнить: 1) то, как представляют себе и

описывают эмоциогенную ситуацию и 2) как реагируют на нее на вербальном уровне и в самоотчете о поведении люди определенной профессии.

Гипотеза исследования состояла в том, что выборка, объединенная по профессиональному признаку, либо будет отличаться от контрольной группы по частоте встречаемости некоего предпочитаемого способа интерпретации эмоциогенной ситуации, либо в ней выделится специфический для нее способ интерпретации ситуации, в контрольной группе не встречающийся.

Методика

Для моделирования эмоциогенной ситуации был построен опросник на материале теста Розенцвейга. Замысел процедуры *выявления представления* об эмоциогенной ситуации у респондентов состоял в том, чтобы они сравнили эталонную тестовую эмоциогенную ситуацию с реальной ситуацией, присутствующей у них в опыте и вызвавшей такое же переживание, и описали ее. Элементы сходства двух ситуаций будут свидетельствовать о том, каким компонентам ситуации человек приписывает эмоциогенное воздействие, в чем видит источник переживания, как структурирует ход события и

свое положение в нем. Это задание представляло собой отдельный открытый вопрос опросника.

Для получения *самоотчета* о том, как респондент поступит в этой ситуации, к вопросу теста Розенцвейга (что бы он ответил в данной ситуации?) были добавлены *открытые вопросы*: что бы он при этом подумал, как бы поступил, если бы ему не надо было себя сдерживать, как бы он никогда не поступил в этой ситуации? Респондентам предлагался не весь материал теста Розенцвейга, а две ситуации, в которых им приходилось выступать в роли человека, обвиняемого в некотором проступке. Ситуации различались по степени серьезности причиненного вреда. Простой была ситуация, в которой собеседница обвиняет респондента в том, что он разбил любимую вазу ее мамы (ситуация «ваза»), сложной — та, в которой собеседница обвиняет респондента в том, что человек после ссоры с ним попал в больницу (ситуация «больница»). В связи с различием ситуаций по степени сложности они предъявлялись именно в названной последовательности — от простой к сложной.

Для участия в исследовании были выбраны профессии врача и школьного учителя, так как эти профессии входят в группу тех, представители которых особенно подвержены эмоциональному выгоранию (Roberts, 1997; Carlan, 1994; King et al., 1992; Акиндинова, 2002), а значит, именно у них в первую очередь следует предполагать наличие изменений в эмоциональной сфере под воздействием профессионального опыта. В качестве контрольной использовалась смешанная выборка из представителей

разных профессий, в отношении которых нет данных об их особой подверженности эмоциональному выгоранию.

Для половины представителей группы профессионалов (а именно для врачей) одна из ситуаций затрагивала сферу их профессиональных компетенций, для второй половины обе исследовательские ситуации не были профессиональными. В контрольной группе также обе исследовательские ситуации не были профессиональными.

Выборку врачей составили практикующие хирурги и терапевты одной московской и одной подмосковной больницы в количестве 60 человек в возрасте от 24 до 64 лет, со стажем работы от 1 до 37 лет. Такой выбор был обусловлен тем, что данные специализации предполагают непосредственное взаимодействие с пациентом (а не опосредствованное аппаратом, как у рентгенологов и кардиологов), как правило, испытывающим в момент взаимодействия физическое страдание (с чем в большинстве своем не сталкиваются ведущие прием окулисты, эндокринологи и пр.).

Выборку учителей составили учителя-предметники нескольких московских и немосковских школ в количестве 30 человек, преимущественно женского пола, со стажем от 1 до 52 лет.

Контрольную группу составили представители разных профессий: продавцы, водители, бухгалтеры, менеджеры, секретари в количестве 70 человек без высшего образования в возрасте от 23 до 54 лет.

Экспериментальная и контрольная группы были примерно равны по

среднему возрасту респондентов, среднему стажу, соотношению полов (везде с перекосом в сторону женского), по соотношению представителей московского и немосковских регионов.

Результаты и интерпретация

Ответы *контрольной* группы с помощью анализа пропозиций (Филлмор, 1999; Мельчук, 1995) были разбиты по способу интерпретации респондентами одной и той же эмоциогенной ситуации на 6 категорий в зависимости от ответа на вопрос о примере ситуации из опыта. 5 способов интерпретации были связаны с эмоциональным реагированием на нее, шестая — с неэмоциональным.

Различия в интерпретациях эмоциогенной ситуации касались отношения респондента к себе и остальным участникам тестовой ситуации, объектов, на которые направлена реакция респондента, того, как респондент выделяет для себя основной источник фрустрирующего переживания. Эти результаты подробно описаны (Кравченко, 2004). Они свидетельствуют о том, что респонденты, реагируя на фрустрирующую ситуацию, достраивают, доопределяют ее в своем представлении до некоторых весьма сходных у разных людей схем, игнорируя в своих ответах те компоненты тестовой ситуации, которые в них не укладываются.

Условно эти схемы (интерпретации) можно реконструировать следующим образом:

СЛ — случайность, ситуация рассматривается как результат стечения обстоятельств, основное пережива-

ние, возникающее в ситуации, можно охарактеризовать словами: «Почему это случилось со мной?!», в ситуации не ищутся виновные, но респондент стремится исправить конфуз.

НН — несправедливые нападки, человек реагирует на реплику собеседницы как на беспричинное обвинение и не анализирует собственного участия в происшедшем, не видит огорчения собеседницы, у него возникает переживание наносимой ему незаслуженной обиды.

ОП — отождествление с пострадавшим, респонденты реагируют только на огорчение собеседницы, воспринимают ее беду как свою собственную и выражают такое же огорчение по поводу происшедшего, как и она сама.

ОР — отсутствие реакции, многие респонденты видят в происшедшем результат собственного бездействия в ситуации, требовавшей от них определенного поведения (не уберег, не уследил, не понял, что лучше промолчать). Они согласны с репликой собеседницы, которую воспринимают как обвинение, и стремятся искупить свою вину.

РВ — разделенная вина, некоторые респонденты воспринимали ситуацию как результат никем не контролируемого взаимодействия с собеседницей или (реже) третьим лицом (ссора, взаимное непонимание, понадеялись друг на друга) — виноваты все и никто конкретно. Респондент принимает на себя только часть вины за сложившуюся ситуацию.

ДП — действия и последствия. Ситуация воспринимается как повод для совместного с собеседницей решения возникшей проблемы и оценивается как «будничная неприятность».

Каждой интерпретации соответствуют типичные способы поведенческого реагирования. Эти способы регистрировались по ответам на вопросы опросника, не учитывавшиеся при выделении перечисленных интерпретаций. Получилось, что респонденты, сходно интерпретирующие событие, чаще демонстрируют одни, общие для большинства из них намерения, способы поведения, мышления, оценки и избегают других (Кравченко, 2004).

В выборке врачей были выявлены те же по содержанию интерпретации ситуации, что и в контрольной группе. Существенными были различия по частоте использования некоторых способов интерпретации фрустрирующей ситуации. В табл. 1 обозначены те способы интерпретации ситуации, которые преобладали по частоте встречаемости или в опытной, или в контрольной группе в каждой из двух ситуаций опроса.

Из таблицы следует, что представители группы врачей реже воспринимают ситуацию разбитой вазы как повод для переживания горя и огорчения. Это отражено в их примерах похожих ситуаций из их опыта: они абсолютно безэмоциональные, а сход-

ны с ситуацией «ваза» в том, что касается разных способов нанесения несущественного вреда. Очень часто это забавные и абсолютно безобидные истории. Фрустрация в профессиональной ситуации «больница» является для врачей более эмоциональной, и эту ситуацию они интерпретируют как результат недостатка собственных усилий по ее предотвращению или преодолению (ОР).

С помощью той же когнитивной схемы ОР интерпретировало ситуацию «ваза» большинство представителей контрольной группы. Они воспринимали потерю любимой вазы как событие неприятное и значительное, даже как повод для разрыва отношений со стороны хозяйки вазы, о чем они часто высказывались в своих ответах как о нежелательном событии. В ситуации «больница» представители контрольной группы значительно чаще, чем врачи, идентифицируются с пострадавшей стороной, сопереживают ей, ситуация интерпретируется как трудно поправимая или даже непоправимая беда, заслуживающая глубокого участия и сожаления (ОП).

Эмоциональное реагирование у врачей проявляется только в более

Табл. 1

Достоверность различий между опытной и контрольной группами по частоте встречаемости разных интерпретаций

	Врачи	Контрольная группа
«Ваза»	ДП 3.8 ($p \leq 0.05$)	ОР 4.3 ($p \leq 0.05$)
«Больница»	ОР 12.1 ($p \leq 0.001$)	ОП 4.9 ($p \leq 0.05$)

Примечание. В таблице указано буквенное обозначение более частой для данной группы интерпретации, рядом с ним — значение критерия χ^2 и уровень значимости. Отражены только те интерпретации, по которым выявились значимые различия.

сложной с точки зрения ущерба, ответственности и возможных последствий ситуации «больница». Причем их понимание ситуации «больница» было таким, которое возникает в контрольной группе по отношению к более простой ситуации «ваза» (ОР). Мы видим достоверно значимое расхождение: на событие, вызывающее в контрольной группе умеренное сочувствие и тревогу, врачи реагируют в большинстве своем спокойно и даже с юмором, и только ситуация, воспринимаемая представителями контрольной группы как действительно серьезное страдание, становится для врачей поводом для умеренного сочувствия и тревоги.

Такое же отношение прослеживается и в *поведенческих самоотчетах*. Так, врачи значимо реже, чем представители контрольной группы, занимаются самообвинением и сетованиями по поводу случившегося, значимо чаще проявляют агрессивное поведение в адрес собеседницы на картинке теста Розенцвейга, также значимо чаще пытаются убедить собеседницу, что ничего страшного не произошло, что все ерунда, а может, даже и к лучшему, этим они пытаются успокоить собеседницу.

Результаты *группы учителей* свидетельствуют, что в ситуации «ваза» учителя реагировали более эмоционально, чем врачи (т. е. реже давали ответы типа ДП, уровень значимости различий по критерию Манна–Уитни $p \leq 0.05$), примерно так же, как контрольная группа. В ситуации «больница» учителя реагировали примерно так же, как врачи, значимо чаще интерпретируя ситуацию как результат недостатка собственных усилий по ее предотвращению

или преодолению (ОР). В этом учителя значимо отличались от контрольной группы (уровень значимости различий по критерию Манна–Уитни $p \leq 0.001$).

Вообще интерпретаций ОР в объединенной экспериментальной группе (врачи + учителя) значимо больше, чем в контрольной группе. Этот способ понимания эмоциогенной ситуации предполагает принятие респондентом на себя ответственности за происходящее в ситуации, желание исправить результат своих действий, который он рассматривает как промах.

В группе учителей почти треть всех протоколов содержит новый способ интерпретации эмоциогенной ситуации, который фактически не встречался в 140 протоколах контрольной группы и только трижды встретился в 120 протоколах группы врачей.

Схема этой интерпретации следующая. Некто более слабый и подчиненный расстраивает респондента, за что бывает наказан. Повод для наказания всегда незначителен. В большинстве историй за наказанием следует своеобразная расплата для самого наказывающего в виде потери контроля над ситуацией или жестоких самоупреков. Расплата и является источником переживания, аналог которого в половине случаев (14 протоколов из 30) респонденты видят в ситуации «больница» и в трех случаях — в ситуации «ваза».

В том, что касается поведенческого реагирования на ситуацию, учителя значимо чаще (по критерию χ^2), чем контрольная группа и группа врачей, сетуют на произошедшее. При этом учителя значимо реже, чем

представители контрольной группы, предлагают способы исправления ситуации. Также участники группы учителей чаще склонны к нотациям — поучениям о том, как надо действовать в такой ситуации. Проверить достоверность отличия учителей от контрольной группы и группы врачей по количеству нотаций не удалось, так как в этих группах подобных ответов было ничтожно мало, и χ^2 оказался неприменим.

Обсуждение результатов

Как предполагалось, принадлежность к выбранным профессиональным группам сказывается на том, как их представители интерпретируют ситуацию фрустрации и реагируют на нее. В соответствии с гипотезой в группе школьных учителей возникает специфический для них паттерн интерпретации эмоциогенной ситуации. Вопреки гипотезе в группе врачей такой паттерн выявить не удалось. Но, согласно гипотезе, у врачей выявились паттерны, отражающие характерные для них способы интерпретации ситуаций фрустрации.

Особенностью интерпретации эмоциогенной ситуации врачами является то, что они чаще, чем представители контрольной группы, интерпретируют предложенные в исследовании ситуации неэмоционально. Мы назвали такое отношение врачей повышением порогов чувствительности к чужому горю. Под этим подразумевалось, что представители данной профессии испытывают меньшее эмоциональное напряжение в отношении ситуаций переживания горя. Это может происходить в силу эмоционального выгорания или в си-

лу выработанных за годы работы стереотипов поведения, связанных с нейтрализацией и сокрытием сопереживания.

Вполне возможно и другое объяснение, состоящее в том, что врачи не становятся менее чувствительными, а ограничивается круг источников, вызывающих у них горе и огорчение, в частности, в него не включаются материальные утраты. А степень или интенсивность переживания горя остаются теми же, что и у всех других людей. В пользу этого объяснения говорит и то, что ситуацию «больница», на которую врачи реагируют эмоционально, они воспринимают даже более ответственно и с большей степенью личной включенности, чем представители контрольной группы.

В группе школьных учителей был выявлен особый способ интерпретации эмоциогенной ситуации, содержащий признание вины и расплату, причем зачастую вина состоит в том, что сама учительница несправедливо обвинила другого, не разобравшись в ситуации.

Спецификой профессии учителя является необходимость организовывать работу большого, слабо мотивированного детского коллектива, в основном подростков (большинство участников исследования — учителя-предметники средних и старших классов). Выработка приемов, необходимых для выполнения этой задачи, не может не сказаться на собственных личностных особенностях учителя и в особенности на его эмоциональной сфере. Предположительно именно под воздействием такого опыта у школьных учителей формируется специфический паттерн восприятия и переживания

фрустрирующей ситуации, который нам удалось обнаружить. Вероятно, если исследовать выборку испытуемых, также имеющих опыт регулярного обращения с непривычными для большинства людей эмоциоген-

ными ситуациями, то удастся выявить и другие специфические паттерны эмоционального восприятия, характерные для представителей такой выборки и отсутствующие в опыте большинства людей.

Литература

Акиндинова А.И. Методы психологической помощи в работе с последствиями синдрома эмоционального выгорания специалистов помогающих профессий // Безопасность жизнедеятельности — профессия XXI века: проблемы становления и перспективы развития: Сб. тр. Всерос. науч.-практ. конф. СПб.: Союз, 2002.

Кравченко Ю.Е. Когнитивное опосредствование в процессе становления высших форм эмоций: Дис. ... канд. психол. наук. М., 2004.

Мельчук И.А. Русский язык в модели «Смысл—Текст». М.; Вена: Языки русской культуры, 1995.

Филлмор Ч. Дело о падеже // Зарубежная лингвистика III. М.: Прогресс, 1999.

Caplan R.P. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers // British Medical Journal. 1994. 309. 1261–1263.

King M.B., Cockcroft A., Gooch C. Emotional distress in doctors: sources, effects and help sought // Journal of the Royal Society of Medicine. 1992. 85. 605–608.

Roberts G.A. Prevention of burn-out // Advances in Psychiatric Treatment. 1997. 3. 282–289.

Кравченко Юнна Евгеньевна, Российский государственный гуманитарный университет, кандидат психологических наук

Контакты: cvitok@liant.ru