

ПСИХОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

КОМПЛЕКСНАЯ СТРАТЕГИЯ АНАЛИЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА: ОТ ДИАГНОСТИКИ К ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ*

© 2004 г. А. Б. Леонова

Доктор психол. наук, профессор, зав. лаб. психологии труда факультета психологии МГУ, Москва

Рассмотрены основные психологические модели изучения стресса и обоснована методологическая схема анализа профессионального стресса в эмпирических исследованиях. Описано содержание комплексной диагностико-превентивной системы “Интегральная диагностика и коррекция стресса”. На примере деятельности врачей продемонстрирована пригодность данной системы для подготовки программы оказания психологической помощи.

Ключевые слова: профессиональный стресс, психическое здоровье, профессионально-личностная адаптация, психодиагностика, регуляция состояний, психопрофилактика стресса.

Интенсивное изучение различных форм стресса и его негативного влияния на жизнедеятельность и здоровье человека является одним из доминирующих направлений прикладных психологических исследований на протяжении последних трех десятилетий. Об этом свидетельствует неуклонный рост числа публикаций по данной тематике, создание все новых научно-прикладных программ и крупных международных центров по исследованию стресса, появление на “рынке” психологических услуг большого количества технологий стресс-менеджмента – от самых примитивных и малосвязанных между собой процедур до достаточно проработанных систем комплексного воздействия на образ жизни и состояние человека [1, 9, 24, 27, 31].

Такое внимание к разработке психологической проблематики стресса объясняется ее непосредственной связью с актуальными запросами современной социальной практики. Печальная статистика роста заболеваний “стрессовой этиологии”, нарушений трудоспособности активной части населения, потерь квалифицированной рабочей силы вследствие невозможности адаптации к новым формам труда и повышению интенсивности информационных нагрузок, различные формы “личностного неблагополучия” (феномены психического истощения, десоциализации, отчуждения труда, специфичных форм профессионально-личностных деформаций) – вот краткий перечень проблем, которые отчетливо воспринимаются обществом как серьезная угроза качеству жизни и психическому здоровью современного человека [7, 15, 24, 31].

Эти общие положения отчетливо подтверждаются сухим языком цифр. Так, например, по данным Национального института профессионального здоровья США, в 1994–1998 гг. экономические затраты на предупреждение текучести кадров, непредусмотренных пропусков работы по состоянию здоровья и снижения производительности труда составили около \$ 2800 в год на одного работающего. Около 600 000 специалистов ежегодно теряли трудоспособность вследствие психического истощения и связанных с этим расстройств здоровья, требующих соответствующих денежных компенсаций и раннего ухода на пенсию. Эти выплаты ежегодно достигали в среднем \$ 5.5 млн. [26].

К сожалению, трудно привести сколь-нибудь надежные аналогичные данные, характеризующие состояние дел в России. Но судя по косвенным показателям медицинской статистики, полученным в годы ломки привычных устоев жизни и кардинальных социально-экономических перемен, картина выглядит более чем драматично. Основные показатели неблагополучия и ухудшения здоровья населения четко коррелируют с этапами нарастания социальной и экономической напряженности [2, 15]. Так, смертность населения в России с 1991 г. по 1997 г. увеличилась на 21%, причем его трудоспособной части на 26%. Пик смертности пришелся на 1994 г. соответственно 38 и 68%. После некоторой стабилизации перед кризисом 1998 г. этот показатель снова стал расти и к концу 2000 г. составил 34% и 46% по отношению к уровню начала 1990-х годов. По темпам роста среди основных причин смертности (помимо несчастных случаев, травм и отравлений) первое место занимают болезни сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, традиционно связываемые с интенсивностью переживания экологичес-

* Работа поддержана Российским гуманитарным научным фондом (грант № 02-06-00074а).

кого и психологического стрессов [2, 4]. Многие факты говорят также о выраженных признаках психосоциального неблагополучия, отражающегося в росте числа суицидов, психогений, алкоголизма и наркомании [4, 15].

Обозначенный комплекс факторов заставляет ведущих специалистов – медиков, психологов, демографов – все более настойчиво говорить о необходимости создания национальных программ борьбы со стрессом, в частности, в рамках реформы системы здравоохранения в России [2, 6]. Однако реализация этих программ требует адекватной методологии анализа стресса как сложного по своей структуре и генезу феномена, понятного лишь в контексте его влияния на полноценную жизнь личности [6, 9, 26].

В то же время, говорить о некоторой универсальной методологии изучения “стресса вообще” вряд ли представляется целесообразным. Нарастающий поток прикладных работ “по стрессу” затрагивает самые разные аспекты жизнедеятельности человека и формирует целый ряд малосвязанных между собой областей исследования (например, “семейный стресс”, “профессиональный стресс”, “популяционный стресс”, “посттравматический стресс” и др.). Каждый из них характеризуется своей собственной терминологией, борьбой концептуальных подходов и теоретических воззрений, а также методической и эмпирической базой прикладных разработок [1, 7, 8, 30]. За этим многообразием зачастую теряется общность самого объекта исследования, подменяемого избыточным набором прагматических конструктов. Поэтому, с нашей точки зрения, в настоящий момент наиболее важны задачи (1) четкого разграничения основных сфер анализа стресса в соответствии с ведущими формами человеческой активности и поведения (т.е. уточнения представлений о предмете и целевой направленности исследований); (2) упорядочения внутри каждой из этих областей разработанного ранее концептуального и методического аппарата и (3) создания на этой основе специализированных технологий для оценки, профилактики и коррекции определенных видов стресса.

Следует подчеркнуть, что при создании таких технологий должна доминировать направленность на интеграцию собственно диагностических методик и процедур подбора оптимизационных средств, что становится необходимым условием продуктивного решения прикладных задач. Без полноценной диагностики борьба со стрессом будет вестись фактически “вслепую”, без учета специфики подлежащего коррекции синдрома его негативных проявлений. Именно это часто происходит в широко рекламируемых техниках стресс-менеджмента, о чем свидетельствует печальный опыт использования дорогостоящих, но малоэффективных реабилитационных и оптимизационных программ общего профиля [6, 23, 27].

В исследованиях последних лет нами была предпринята попытка решения названных задач в рамках разработки комплексной методологии анализа профессионального стресса [9, 10, 21]. Эта сфера изучения стресса наиболее востребована практикой, поскольку непосредственно связана с успешностью реализации центральной формы человеческой активности – трудовой деятельности, а также сохранности трудоспособности и психического здоровья квалифицированной части населения. Несмотря на пестроту используемой терминологии (“рабочий стресс”, “трудовой стресс”, “производственный стресс”, “организационный стресс”, “управленческий стресс” и др. [26, 30, 31]), понятие “профессиональный стресс” (ПС) наиболее часто употребляется как “родовое” для характеристики комплекса явлений, связанных с повышенными требованиями к адаптационным ресурсам человека и их деструктивными последствиями под воздействием факторов, присущих как конкретной трудовой ситуации, так и профессиональной жизни человека в целом.

В данной статье мы остановимся на результатах анализа некоторых моделей и подходов к оценке ПС, предпринятого для обоснования общей методологической схемы проведения прикладных исследований в этой области. Кроме того, будет дана содержательная характеристика разработанной на этой основе комплексной диагностико-превентивной системы “Интегральная диагностика и коррекция стресса” (ИДИКС). Учитывая фактически полное отсутствие отечественных разработок, направленных на создание стандартизованных и валидизированных методик для оценки ПС, специальное внимание будет уделено данным о психометрической апробации и прикладной верификации этой системы.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПАРАДИГМЫ ИЗУЧЕНИЯ СТРЕССА В ТРУДЕ

В современной психологии представлен широкий спектр концепций и соответствующих им моделей ПС. Это многообразие отражает различия исследовательских позиций в понимании того, что такое стресс и как это понятие может быть операционализировано. Помимо заострения ставшей уже классической дилеммы в исходной трактовке термина “стресс” как (1) комплекса причин и факторов, вызывающих повышенную напряженность деятельности и затрудняющих решение поведенческих задач, или же (2) собственно состояния субъекта, возникающего при разного рода осложнениях ситуации [8, 20], в последние годы оформился ряд новых теорий и их эмпирических приложений. Так, в одной из недавних монографий, выпущенной под редакцией авторитетного западного исследователя стресса К. Купера, представлено более 10 базовых моделей ПС (в качестве аналога здесь используется термин “организа-

ционный стресс») [31]. Разработка большинства из них связана с осознанием необходимости анализа опосредующих факторов и/или индивидуальных характеристик, которые играют принципиальную роль в развитии стрессовых реакций и их фиксации в виде устойчивых негативных проявлений. К числу таких базовых моделей относятся, например, аддитивная модель субъективных составляющих труда Дж.Р. Олдхэма и Дж. Хакмана [17], двухфакторная модель ответственности и контроля Р.А. Карасека [19], модель личностных модераторов К. Паркес [25], модель дисбаланса усилий и подкрепления Й. Зигриста [28] и др. (для обзора см. [1, 21, 31]).

На первый взгляд такое разнообразие теоретических позиций и их трактовок свидетельствует о неопределенности и даже содержательной “пустоте” исходного понятия “стресс”. С этой точки зрения, ПС – это просто широко распространенный термин, используемый как своеобразный “ярлык” для обозначения мозаичной картины разрозненных проблем, фактов и наблюдений, связанных с изменениями жизнедеятельности человека в осложненных условиях труда. Однако пристальный анализ наиболее известных моделей ПС показывает, что они достаточно хорошо концептуально и эмпирически обоснованы. Более того, в логике построения этих моделей отчетливо прослеживается использование сходных конструкторов, позволяющих выделить три основных типа концептуальных парадигм анализа ПС¹.

1. *Парадигма соответствия в системе “личность – среда”*, лежащая в основе экологического подхода [7, 16]. В этой парадигме стресс рассматривается как результат дисбаланса между требованиями окружающей среды (физической, трудовой, социальной) и наличными ресурсами человека, что проявляется в формировании широкого спектра негативных последствий как со стороны снижения эффективности труда, так и нарушений физического здоровья и личностного благополучия работающих.

2. *Процессуально-когнитивная парадигма*, базирующаяся на психологической модели стресса Р. Лазаруса и оформившаяся в виде транзактного подхода [8, 20]. Она основана на интерпретации стресса как процесса развития индивидуально-личностных форм адаптации к осложненным условиям деятельности, главными компонентами которого являются когнитивная оценка ситуации и актуализация репертуара внутренних средств преодоления затруднений (т.н. *coping strategies*).

3. *Парадигма регуляции состояний*, реализуемая в рамках регуляторного подхода [5, 11, 18]. В ней внимание фиксируется на анализе стресса как особого класса состояний с богатой феноменоло-

гией, возникающих в результате изменения механизмов регуляции деятельности и поведения при актуальном и пролонгированном воздействии стрессогенных факторов.

Несмотря на то, что в специальной литературе названные парадигмы чаще всего обсуждаются как независимые и в определенном смысле конкурирующие друг с другом [8, 31], между ними не существует жестких разграничений или непримиримых противоречий. Напротив, в совокупности они скорее отражают разные “пласты” анализа факторов и механизмов развития ПС, взаимодополняющих друг друга. Поэтому ориентация на создание цельных концепций ПС предполагает не только критический анализ существующих различий, но и поиск путей разработки более мощной “метаметодологии” исследований стресса, обобщающей накопленный методический инструментарий для решения разного рода практических задач [16]. В частности, эта установка может быть реализована в виде иерархической схемы анализа ПС [9, 21] в соответствии с тремя уровнями его оценки:

- *макроанализ* стрессогенной ситуации, причин и источников развития ПС, а также их негативных последствий, представленный в моделях экологического типа;

- *анализ промежуточных переменных*, отражающих опосредующее влияние факторов субъективного отношения к ситуации и индивидуального опыта преодоления стресса, представленный в моделях транзактного типа;

- *микроанализ* механизмов активизации адаптационных психофизиологических ресурсов, отражающихся в специфике острых (текущих) и отсроченных (хронических) стрессовых состояний, представленный в моделях регуляторного типа (см. рис. 1).

Описанная иерархическая схема упорядочивает представления о практических задачах, требующих диагностики ПС, ее компонентном составе и способах выбора адекватных методик из обширного арсенала средств, изолированно разрабатываемых в рамках каждой их названных парадигм. Кроме того, эта схема изначально ориентирована на использование многофакторных процедур обработки данных и подготовки на их основе интегральных оценок ПС. Качественная спецификация синдромов ПС указывает на наиболее опасные факторы в его динамике и симптоматике проявлений, что обеспечивает целенаправленный отбор коррекционных и профилактических мер в каждом конкретном случае. Возможность реализации этих установок была продемонстрирована нами в цикле исследований по созданию комплексной диагностико-превентивной системы ИДИКС, подтвердивших ее пригодность для практического использования.

¹ Подробнее основания для выделения этих парадигм и соответствующих им подходов описаны в ранее опубликованных нами работах [9, 21].

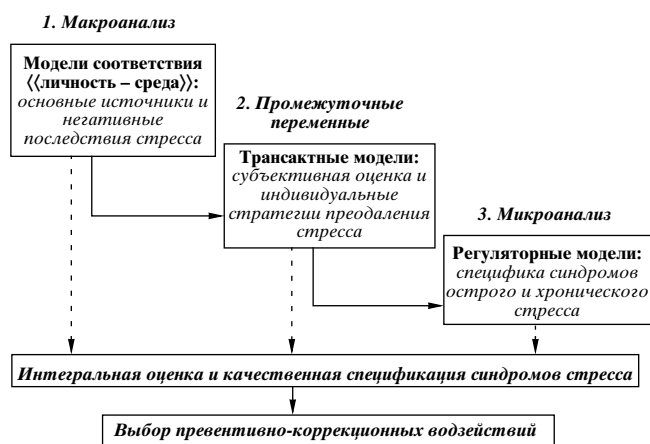


Рис. 1. Иерархическая схема анализа ПС.

СТРУКТУРА И СОДЕРЖАТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМЫ ИДИКС

Работа с системой ИДИКС организована в форме трехэтапной интерактивной оценочно-информационной процедуры, в ходе которой по результатам детального опроса пользователь получает сведения об общем уровне переживаемого стресса и наиболее критичных особенностях в синдроме его проявлений, а также индивидуально подобранных на этом основании рекомендациях оптимизационного характера. В соответствии с этим структура данной системы в целом состоит из трех частей:

1. *диагностической*, направленной на многофакторную оценку симптоматики ПС у отдельного индивида или группы обследуемых на момент проведения тестирования;

2. *интерпретационной*, включающей вынесение интегративного диагностического суждения об общем уровне развития ПС и его качественной характеристике на основе стандартизованных психометрических правил и алгоритмов оценки;

3. *превентивной*, содержащей индивидуализированный подбор и составление программ оптимизационных мероприятий в соответствии со спецификой выявленного синдрома ПС.

Оригинальная версия системы ИДИКС разрабатывалась в 2000–2001 гг. параллельно в русскоязычном и немецкоязычном вариантах² и была стандартизирована на достаточно репрезентативных выборках испытуемых (соответственно, 340 и 225 человек). Это позволило статистически обосновать конструкцию диагностической части системы и алгоритмов расчета интегративно-оценочных показателей.

² В немецкоязычном, а также подготавливаемом в настоящее время англоязычном вариантах эта система получила название “Managerial Stress Survey” – MSS [22].

Диагностическая часть системы ИДИКС представлена в виде структурированной методики опросного типа, включающей 6 основных шкал, каждая из которых состоит из 4–6 субшкал (см. табл. 1). Формирование структуры опросника проводилось в соответствии с описанной выше иерархической схемой анализа ПС. Ее содержание было операционализировано с помощью основных конструктов, систематически выделяемых в наиболее известных моделях ПС и верифицированных на базе факторного анализа, проведенного при первичной психометрической апробации методики. В состав опросника вошли:

- объективированная характеристика потенциальных риск-факторов и причин развития ПС, присущих конкретной трудовой ситуации, связанной с условиями работы, интенсивностью нагрузок, особенностями содержания и организации труда, которые традиционно выделяются в моделях профессиографического анализа деятельности [8, 14, 30] (шкала S1);

- особенности субъективной оценки трудовых задач, соответствующих основным составляющим образа профессиональной ситуации [17] (шкала S2);

- мотивационно-оценочные компоненты отношения к работе по степени удовлетворенности вознаграждением за труд, социальными взаимодействиями в организационной среде, наличием продуктивной обратной связи и контролем за исполнением [19, 25, 28] (шкала S3);

- комплексное описание феноменологии наиболее характерных проявлений острых и хронических стрессовых состояний [10, 18, 24] (шкалы S4 и S5);

- основные эффекты аккумуляции негативных последствий ПС, проявляющиеся в форме характерных личностных и поведенческих деформаций – типа А-поведения, синдрома выгорания, невротических реакций и вредных для здоровья привычек [7, 23, 29] (шкала S6).

Для оценки достоверности ответов обследуемых в состав методики была включена дополнительная шкала оценки “социальной желательности” для определения искажений ответов из-за стремления обследуемого “представить себя в более выгодном свете” или же, напротив, “быть критичным по отношению к себе” (шкала L0).

Каждая основная шкала состоит из блоков коротких вербальных утверждений или пунктов опросника, отражающих наиболее характерные проявления стресса по соответствующим субшкалам, например: “Мне часто приходится работать сверхурочно” (S1.1); “В моей работе много бессмысленных и никому не нужных заданий” (S2.3); “Никогда заранее не известно, когда и перед кем мне придется отчитываться” (S3.4); “Я взвинчен и легко могу сорваться” (S4.3); “Меня подавляют мрачные предчувствия” (S5.3); “Общение с кли-

Таблица 1. Структура диагностической части системы ИДИКС

Основные шкалы	Субшкалы	
S1. Условия и организация труда (20 пунктов)	1.1.	Условия труда
	1.2.	Интенсивность трудовых нагрузок
	1.3.	Особенности содержания труда
	1.4.	Организация трудового процесса
S2. Субъективное отношение к содержанию труда (20 пунктов)	2.1.	Разнообразие задач
	2.2.	Сложность задач
	2.3.	Значимость задач
	2.4.	Автономия исполнения
S3. Вознаграждение за труд и социальный климат (20 пунктов)	3.1.	Социальные конфликты
	3.2.	Оплата/вознаграждение за труд
	3.3.	Обратная связь
	3.4.	Контроль за исполнением
S4. Переживания острого стресса (30 пунктов)	4.1.	Физиологический комфорт
	4.2.	Когнитивная напряженность
	4.3.	Эмоциональная напряженность
	4.4.	Трудности в общении
	4.5.	Затруднения в поведении
	4.6.	Общее самочувствие
S5. Переживания хронического стресса (30 пунктов)	5.1.	Тревога
	5.2.	Агрессия
	5.3.	Депрессия
	5.4.	Астения
	5.5.	Психосоматические реакции
	5.6.	Нарушения сна
S6. Личностные и поведенческие деформации (20 пунктов)	6.1.	Тип А поведения
	6.2.	Признаки синдрома “выгорания”
	6.3.	Невротические реакции
	6.4.	Поведенческие риск-факторы
S0. Интегральная оценка – “Общий индекс стресса”		
L0. Шкала социальной желательности (10 пунктов)	“Индекс социальной желательности”	

ентами и коллегами раздражает меня” (S6.2); “Что бы ни случилось, я всегда собран и спокоен” (шкала L0).

Для ответов обследуемого используется 4-балльная шкала, по которой оценивается степень соответствия каждого утверждения его субъективным переживаниям с градациями от полного несогласия (1 балл) до полного совпадения (4 балла). По полученным оценкам подсчитываются индексы ПС отдельно по всем шкалам и субшкалам. Формулировки утверждений, включенных в состав опросника, даны как в прямой, так и обратной форме, что позволяет избежать фиксации обследуемого на оценке только негативной симптоматики стресса.

Отбор информативных пунктов, вошедших в состав каждой из субшкал, проводился в ходе последовательной факторизации избыточных списков утверждений, подготовленных в соответствии с содержанием априорно выделенных конструктов. В окончательный вариант опросника было включено по 5 пунктов с максимальными факторными нагрузками по каждой субшкале. При

последующей факторизации индексов ПС по отдельным субшкалам, проведенной отдельно на русско- и немецкоязычных выборках стандартизации, получены идентичные шестифакторные решения [22], соответствующие описанной компонентной структуре теста. Всего в состав основной части опросника было включено 140 пунктов и дополнительно 10 пунктов по шкале L0.

Собственно диагностическую часть опросника предваряет развернутое структурированное интервью, содержащее целый ряд вопросов о демографическом статусе (пол, возраст, семейное положение), профессиональной принадлежности и стаже работы обследуемых, наличии в их жизни отягчающих стрессовых событий, состоянии здоровья, организации труда и отдыха, сформированности вредных привычек (курение, употребление алкоголя и др.). Этот своеобразный “психологический анамнез” риск-факторов, опосредующих развитие ПС, полезен при углубленной интерпретации данных тестирования, а также служит источником информации для показателей содержательной валидности опросника.

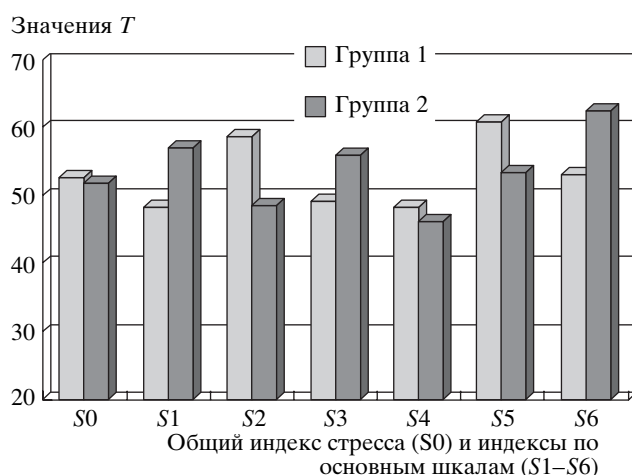


Рис. 2. Профили стресса по системе ИДИКС в разных группах врачей-специалистов. Значимые различия по основным индексам: S1 $t = 4.41$, $p < 0.01$; S2 $t = 5.01$, $p < 0.01$; S3 $t = 3.21$, $p < 0.05$; S5 $t = 5.98$, $p < 0.01$; S6 $t = 5.21$, $p < 0.01$.

Интерпретационная часть системы ИДИКС включает использование процедур количественной и качественной оценки ПС, которая базируется на комплексе следующих интегративных показателей:

базовых индексов, получаемых отдельно для каждой из субшкал опросника;

основных индексов, подсчитываемых как суммарные оценки по субшкалам, входящих в каждую из основных шкал опросника;

обобщенного показателя, или *общего индекса стресса*, содержащего результирующую оценку уровня развития стресса по всем основным шкалам;

дополнительного *индекса социальной желательности*, подсчитываемого по всем пунктам шкалы L0 и используемого для определения степени достоверности получаемых результатов опроса.

Для получения сопоставимых оценок по всем названным индексам предлагается использовать процедуру линейной стандартизации сырых баллов опросника и их перевода в Т-значения [2, 13]. Правомерность применения этого типа статистических трансформаций подкреплена данными о нормальности распределения исходных тестовых оценок внутри основных шкал в результатах обеих выборок испытуемых, полученными по критерию Колмогорова–Смирнова.

Тестовые нормы для интерпретации результатов опроса рассчитаны для Т-значений по общему индексу стресса и индексам основных шкал. В этих целях использовалась пятибалльная перцентильная шкала [2], на которой были выделены критические интервалы или *диапазоны* Т-значений для определения границ (1) *низкого*; (2) *уме-*

ренного; (3) *выраженного*; (4) *высокого* и (5) *предельно-высокого* уровней развития ПС. Эти градации задают единую координатную сетку для качественной интерпретации индивидуальных или групповых результатов тестирования, которые графически легко представляются в виде *профиля ПС* (см. пример на рис. 2). Помимо характеристики уровня развития ПС в целом, определяемого по локализации общего индекса в том или ином диапазоне Т-значений, “пики” на профиле ПС соответствуют наиболее сильно выраженным компонентам синдрома стресса в каждом конкретном случае. Качественная спецификация этого синдрома проводится по индексам основных шкал, превышающих границы интервала выраженных значений и интерпретируемых как главные “зоны риска” для успешного функционирования и психического благополучия обследуемых. Для углубленной содержательной характеристики этих “пиков” в составе соответствующих основных шкал выделяются по 2–3 субшкалы с наиболее высокими оценками.

На основании описанного алгоритма расчета оценочно-нормативных показателей разработаны решающие правила для вынесения интегративных диагностических суждений по результатам тестирования в целом. С помощью пошаговых процедур соотнесения Т-значений по каждому из показателей теста с диапазоном критических интервалов производится отбор релевантных интерпретационных характеристик из всего множества комбинаций возможных тестовых оценок. Эти характеристики представлены в виде кратких вербальных формулировок, в доступной форме информирующих пользователя об интенсивности проявлений стресса и вызывающих наибольшее опасение факторах его динамики непосредственно по результатам проведенного тестирования.

Превентивная часть системы ИДИКС направлена на формирование специализированных программ оптимизационных мероприятий, которые рекомендуются пользователю для профилактики или купирования негативных проявлений ПС. Полученное диагностическое решение определяет стратегию упорядоченного выбора наиболее подходящих методов из широкого спектра существующих профилактических и коррекционных средств (для общего ознакомления с ними см., например, [12, 24, 27]).

По глубине и степени детализации содержание этих программ может быть представлено разнообразно. На данном этапе разработки системы ИДИКС они подготовлены в виде компактных перечней возможных приемов и действий, которые инициируют диалог с потенциальным пользователем системы. В этих перечнях содержатся указания на то, какие формы реорганизации трудового процесса и техники саморегуляции состояний целесообразно использовать в конкретном

случае. В дальнейшем эти рекомендации могут быть обогащены подробным описанием “банка” соответствующих оптимизационных процедур или технологий управления стрессом, – например, обучающих программ релаксационного тренинга, приемов эффективного планирования времени (*time management*), методик оптимального дизайна рабочих мест и пр.

При подготовке общего формата оптимизационных рекомендаций мы исходили из представления о существовании трех разных групп пользователей, заинтересованных в получении подобной информации. В первую очередь, это *обследуемый* или клиент, который должен получить обратную связь о результатах тестирования и доступных средствах оказания помощи самому себе. Кроме того, существуют еще две категории лиц, ответственных за улучшение ситуации. Это *менеджеры* или *администрация* организаций, которые должны обеспечивать безопасность труда и сохранность здоровья своих служащих, а также *специалисты* или *консультанты* (врачи, психологи, психотерапевты), оказывающие профессиональную помощь в затруднительных случаях.

Очевидно, что информация, получаемая разными группами пользователей, не может быть идентичной. Главными принципами, определяющими степень ее детализации и форму представления, являются защита конфиденциальных сведений об обследуемом и сфера профессиональной компетентности пользователей. Поэтому в системе ИДИКС предусмотрена подготовка различных пакетов заключений, содержащих краткую интерпретацию и рекомендации по результатам тестирования, отвечающих требованиям работы с названными группами пользователей.

ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ АПРОБАЦИЯ СИСТЕМЫ ИДИКС

Обоснованием для прикладного использования разработанной системы служат данные о психометрических свойствах комплекса диагностических показателей, лежащих в основе качественной интерпретации результатов тестирования и подбора оптимизационных мероприятий. Основные показатели надежности и валидности теста были получены независимо на двух указанных ранее выборках стандартизации. Ниже приводятся данные по русскоязычной выборке обследованных (всего 340 человек, работающие в возрасте от 17 до 72 лет, 152 мужчины и 188 женщин, из них менеджеры высшего и среднего звена – 102, врачи – 67, инженеры и программисты – 61, педагоги и психологи – 52, средний технический персонал – 58 человек).

Показатели *ретестовой надежности* определялись по данным двух повторных измерений, проведенных с интервалом 2–4 недели на ограни-

ченной по составу подвыборке обследованных (104 чел). Значения коэффициентов корреляции Пирсона в повторных замерах по общему индексу стресса и основным индексам ПС колебались в диапазоне от $r = 0.645$ до $r = 0.814$ ($p < 0.01$ для всех случаев), что говорит о хорошей воспроизводимости результатов тестирования. Показатели надежности по *внутренней согласованности пунктов* теста в каждой из основных шкал оценивались с помощью α -коэффициента Кронбаха. Они находились в зоне высоких значений – от 0.701 до 0.876, что подтверждает достаточную степень однородности шкал по своему содержанию [13].

Содержательная валидность оценивалась по результатам корреляционного анализа показателей теста и ряда независимо выделенных эмпирических факторов, провоцирующих или же, напротив, купирующих интенсивное развитие стресса. К ним относятся обычно используемые в этих целях характеристики возраста и стажа работы, ухудшение состояния здоровья, наличие “кризисных” ситуаций в семье и на работе, полноценность отдыха, курение, частое употребление алкоголя и др. (т.н. независимые переменные) [7, 24]. В нашем исследовании оценки этих переменных подсчитывались по результатам вводной части опросника. Эти оценки коррелировались со значениями общего и основных индексов ПС, обнаружив значительное число достоверных связей (см. табл. 2). Полученная картина значимых корреляций легко поддается интерпретации. Так, наиболее сильное и систематическое влияние на повышение индексов ПС оказывает переживание обследуемым кризисных ситуаций на работе и дома. Аналогичным образом, наличие полноценного отдыха отрицательно связано практически со всеми индексами стресса, за исключением субъективных оценок трудовой ситуации (индексы S2 и, отчасти, S3). Факторы возраста и стажа работы сами по себе не критичны для общего уровня развития стресса (индекс S0). Более того, накопление личного и профессионального опыта отрицательно связано с высокими субъективными оценками трудовой ситуации как стрессогенной (индексы S2 и S3), а также с меньшей выраженностью личностных и поведенческих деформаций (индекс S6). Непротиворечивую интерпретацию можно дать и другим обнаруженным корреляционным зависимостям. Представленные результаты позволяют говорить о содержательной валидности разработанного теста в целом.

Обоснованием *конструктивной валидности* теста служат результаты факторизации попутного состава теста по основным шкалам и субшкалам (см. выше). Отсутствие других стандартизованных русскоязычных методик, непосредственно предназначенных для оценки стресса, пока затрудняет получение ответа на вопрос о конвергентной и дивергентной валидности нашего опросника. Од-

Таблица 2. Достоверные корреляционные связи между диагностическими показателями системы ИДИКС и индивидуальными факторами развития стресса

Независимые индивидуальные характеристики	Индексы стресса						
	S0	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Возраст		.167*	-.363**	-.154*			-.171*
Стаж работы			-.278**	-.208**			-.167*
Состояние здоровья:							
острые заболевания	.155*	.163*		.157*	.152*	.153*	.184*
хронические болезни	.211**	.265**			.219**	.249**	
“Кризисные ситуации”							
на работе	.452**	.381**	.214**	.248**	.460**	.433**	.441**
в семье	.381**	.280**	.142*	.301**	.347**	.340**	.397**
Полноценный отдых:							
регулярный отпуск	-.379**	-.324**		-.216**	-.420**	-.391**	-.398**
занятия спортом/активный отдых	-.426**	-.403**			-.401**	-.436**	-.358**
Вредные привычки:							
интенсивность курения	.132*	.310**	.178*			.190**	.230**
употребление алкоголя	.148*	.218**		.184**	.244**	.219**	.225**

Уровень значимости коэффициентов корреляции Пирсона: * $p < 0.01$; ** $p < 0.001$.

нако этот дефицит может быть восполнен в дальнейших исследованиях, при проведении которых будут использоваться как новые отечественные методики, так и адаптируемые в настоящее время западные тесты (например, “Опросник трудового стресса” Ч.Д. Спилбергера, методика ДОРС, опросники для оценки типа А-поведения, синдрома выгорания и др.) [10, 11, 14, 30].

ОПЫТ ПРИКЛАДНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ ИДИКС

Система ИДИКС хорошо зарекомендовала себя в прикладных работах по анализу ПС у представителей разных специальностей. В частности, нами с сотрудниками были проведены исследования по оценке синдромов ПС у менеджеров разного должностного статуса (с А.А. Качиной), медицинского персонала клинических больниц (с М.А. Багрий) программистов и инженеров по вычислительной технике (с А.А. Бельшким), следователей военной прокуратуры (с В.Д. Бекреневым). В ходе этих исследований были верифицированы принципы и процедуры реализации комплексной методологии анализа ПС, а также определены наиболее приемлемые формы ее использования в практике.

В этой связи следует отметить, что система ИДИКС разрабатывалась как средство для оказания индивидуализированной психологической помощи. Основным объектом проведения этой работы является *отдельный субъект деятельности* – конкретный специалист или ограниченная по составу группа профессионалов, занятая сходным видом труда. Использование данной системы на гетерогенных или слишком обширных профессиональных контингентах может привести к нежелательной нивелировке данных за счет

усреднения различий в содержании и организации труда на конкретных рабочих местах. Это легко продемонстрировать на примере пилотажного исследования ПС у врачей.

В одном из первых обследований, проведенных по системе ИДИКС, приняла участие небольшая по объему выборка врачей-специалистов – офтальмологов, гастроэнтерологов, иммунологов и невропатологов со стажем работы по профилю от 4 до 12 лет (всего 33 чел., 14 мужчин и 19 женщин в возрасте от 29 до 40 лет). Часть из них работала в специализированных отделениях клинических больниц (1 группа, 17 чел.), а остальные – в обычных городских поликлиниках (2 группа, 16 чел.). Тип медицинских учреждений, в которых протекает профессиональная деятельность врачей, представляется важным фактором в развитии ПС, так как определяет содержание обязанностей, норм и правил трудового поведения в разных организационных структурах. Очевидно, что профессиональные роли врачей-клиницистов и специалистов, работающих “на приеме” в поликлиниках, существенно различаются.

В первом случае врач, как правило, имеет более узкую специализацию и работает одновременно с ограниченным количеством госпитализированных пациентов, отвечая за полный цикл обследования, лечения и ухода. Врачи-специалисты в поликлиниках работают на “входе” медицинской системы, обслуживая большие контингенты как больных, так и практических здоровых людей, отвечая за постановку общего диагноза, оказание первой помощи и лечение вне условий стационара. Они также обеспечивают проведение массовых профилактических мероприятий, выдачу справок и т.п. Интенсивность труда и личностная включенность врача в осуществление обоих

Таблица 3. Синдромы ПС в разных группах врачей-специалистов

Врачи-клиницисты (группа 1)		Врачи в поликлинике (группа 2)	
S0	Общий уровень стресса – выраженный	S0	Общий уровень стресса – выраженный
S2	Субъективное отношение к труду (!)	S1	Условия и организация труда (!)
S2.3	Значимость задач (!!)	S1.1	Условия труда (!)
S2.4	Недостаточная автономия (!)	S1.4	Организация трудового процесса (!)
S4	Переживания хронического стресса (!)	S3	Вознаграждение за труд и социальный климат (!)
S4.1	Тревога (!)	S3.1	Социальные конфликты (!)
S4.4	Астения (!!)	S3.2	Оплата/вознаграждение за труд (!)
S4.6	Нарушения сна (!!)	S6	Личностные и поведенческие деформации (!!)
		S6.2	Синдром “выгорания” (!)
		S6.4	Поведенческие риск-факторы (!!)

Условные обозначения уровня стресса: (!) – высокий; (!!)

видов деятельности очень высока [7, 29]. Однако по содержанию эти требования могут приводить к формированию различных синдромов ПС, требующих специализированных форм профилактики и коррекции.

Эти различия отчетливо проявились в полученных данных. Результаты тестирования по диагностической части ИДИКС были усреднены отдельно по каждой группе врачей и представлены в виде профилей ПС (см. рис. 2). Затем полученные оценки общего и основных индексов ПС попарно сравнивались с помощью t-критерия для независимых выборок. Несмотря на то, что оценки общего индекса стресса практически идентичны в обеих группах и соответствуют выраженному уровню ПС ($S_0 = 52.7$ в 1 группе и $S_0 = 51.9$ во 2 группе), оценки по большинству других показателей теста значимо различаются. Исключение составляет только индекс переживаний острого стресса, значения которого в обеих группах близки и находятся на границе умеренного и выраженного уровней ПС ($S_4 = 48.3$ в 1 группе и $S_4 = 46.2$ во 2 группе). Значимые различия между остальными индексами ПС соответствуют попаданию их оценок в разные диагностические интервалы, образуя специфичные для каждой группы паттерны “пиков” на профилях ПС.

В группе врачей-клиницистов максимальные оценки получены по шкалам “Субъективное отношение к содержанию труда” ($S_2 = 58.6$) и “Переживания хронического стресса” ($S_5 = 60.3$), соответствующим высокому уровню ПС. В группе врачей, работающих в поликлиниках, обнаружены пики по шкалам “Условия и организация труда” ($S_1 = 57.1$), “Вознаграждение за труд и социальный климат” ($S_3 = 56.0$) и “Личностные и поведенческие деформации” ($S_6 = 62.5$), оценки по которым находятся в интервалах высокого и предельно высокого уровней ПС.

На основании полученных данных четко дифференцируются синдромы ПС в обследованных группах врачей. Для более полной их интерпретации в описание включена информация о субшка-

лах с максимальными оценками внутри соответствующих основных шкал (см. табл. 3). В синдроме ПС у врачей-клиницистов выделяются два основных класса факторов риска:

1. (S_2) высокая субъективная оценка напряженности содержательной стороны деятельности, особенно ее значимости и недостаточной самостоятельности в принятии решений;
2. (S_5) чрезмерное накопление хронической симптоматики стресса – высокого уровня тревоги, проявлений хронического утомления и, как следствие, характерных нарушений сна (бессонница, поверхностный сон, неприятные сновидения и др.).

Синдром ПС у врачей, работающих в поликлиниках, описывается тремя другими группами факторов риска:

1. (S_1) затрудняющие деятельность внешние обстоятельства, прежде всего плохие условия труда и проблемы в организации трудового процесса;
2. (S_3) неудовлетворенность низкой оплатой труда и стилем работы администрации, приводящая к постоянным межличностным конфликтам;
3. (S_6) угрожающее нарастание признаков профессионально-личностных и поведенческих деформаций, в частности, синдрома выгорания и упрочнение неадекватных форм купирования стресса (интенсивное курение, употребление алкоголя, демонстрация враждебности в поведении и др.).

Выявленная специфика синдромов ПС позволила определить направления коррекционно-профилактической работы, в наибольшей степени актуальные для каждой из рассмотренных групп. Для врачей-клиницистов оптимизационные мероприятия должны прежде всего включать комплексные методы, направленные на борьбу с накоплением психического и физического истощения и повышение индивидуальной стресс-резистентности [6, 25, 24], а для врачей, работающих в поликлиниках, в большей степени следует уделить внимание мероприятиям по реорганизации труда на кон-

кретных рабочих местах, а также проведению групповых и индивидуальных тренингов, направленных на развитие навыков общения, формирование адекватной Я-позиции и преодоление признаков синдрома выгорания [14, 23, 27]. В соответствии с этим были подготовлены варианты коррекционно-превентивных программ, которые используются в практике индивидуального консультирования специалистов, работающих в разных медицинских учреждениях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной статье было проведено обоснование комплексной методологии анализа ПС на основе иерархического упорядочения проявлений стресса в рамках трехуровневой схемы – начиная от описания: объективных и психологических причин его развития, характерных симптомокомплексов стрессовых состояний и кончая формированием устойчивых форм личностной и поведенческой дезадаптации. Продуктивность использования этого подхода на практике была продемонстрирована при создании нового методического инструмента – диагностико-превентивной системы ИДИКС.

В процессе разработки этой системы был реализован принцип последовательного перехода от диагностики к интегральной оценке ПС и подбора на этой основе релевантных средств для его профилактики и коррекции. Диагностическая пригодность системы ИДИКС подтверждена данными психометрической апробации. Полученные показатели надежности и содержательной валидности включенного в ее состав опросника восполняют дефицит стандартизованных методов оценки стресса, существующий в отечественной психологии. Прикладная верификация системы ИДИКС была проведена в ряде эмпирических работ, позволивших дифференцировать и содержательно охарактеризовать специфику синдромов ПС у представителей разных профессиональных групп. Преимущества работы с системой ИДИКС как индивидуализированным средством диагностики и коррекции продемонстрированы в исследовании ПС у врачей, работающих в организациях разного типа. Тактика, направленная на анализ конкретных случаев, существенно обогащает возможности работы психологов-практиков при подготовке специализированных программ оказания психологической помощи и борьбы со стрессом.

В целом опыт создания системы ИДИКС подтверждает правомерность объединения разных концептуальных парадигм в рамках описанной комплексной методологии анализа ПС. Однако в перспективе представляется важным не только использовать ее возможности для разработки новых и более эффективных методических средств,

но и продолжить теоретико-исследовательскую работу по анализу механизмов взаимодействия между выделенными уровнями проявлений стресса. Это позволит сделать шаг вперед в понимании целостного процесса развития ПС и перейти от использования доминирующих в настоящее время моделей описательного типа, к созданию конструктивно-прогностических и коррекционных моделей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бодров В.А. Информационный стресс. М., 2000.
2. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. Киев, 1989.
3. Величковский Б.Т. Реформы и здоровье населения страны. Пути преодоления негативных последствий. Москва-Воронеж, 2002.
4. Демографический ежегодник России. Госкомстат РФ. М., 2000.
5. Дикая Л.Г. Деятельность и функциональное состояние: активационный компонент деятельности // Психологические проблемы профессиональной деятельности. М., 1991. С. 93–111.
6. Дмитриева Н.В., Глазычев О.С. Индивидуальное здоровье и полипараметрическая диагностика функциональных состояний организма (системно-информационный подход). М., 2000.
7. Касл С.В. Эпидемиологический подход к изучению стресса в труде // Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития. Хрестоматия / Под ред. А.Б. Леоновой, О.Н. Чернышевой. М., 1995. С. 144–178.
8. Кокс Т., Маккей К. Трансактный подход к изучению производственного стресса // Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития. Хрестоматия / Под ред. А.Б. Леоновой, О.Н. Чернышевой. М., 1995. С. 205–224.
9. Леонова А.Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса // Вест. Моск. Ун-та, серия 14. Психология. 2000, № 3. С. 4–21.
10. Леонова А.Б., Величковская С.Б. Дифференциальная диагностика состояний сниженной работоспособности // Психология психических состояний / Под ред. А.О. Прохорова. Казань, 2002. Вып. 4. С. 326–343.
11. Леонова А.Б., Капица М.С. Методы субъективной оценки функциональных состояний человека // Практикум по инженерной психологии и эргономике / Под ред. Ю.К. Стрелкова. М., 2003. С. 136–166.
12. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психопрофилактика стрессов. М., 1993.
13. Общая психодиагностика / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. М., 1987.
14. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / Под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, С.В. Снеткова. Санкт-Петербург, 2001.

15. Социальная физиология: теоретическое обоснование и практическое применение реабилитационных мероприятий: Труды научного совета РАМН по экспериментальной и прикладной физиологии / Под ред. К.В. Судакова. М., 1994.
16. Behr T. An organizational psychology meta-model of occupational stress // *Theories of organizational stress* / Ed. by C.L. Cooper. N.Y., 2000. P. 6–28.
17. Hackman J.R., Oldham G.R. *Work redesign*. Reading, MA, 1980.
18. Hockey G.R.L. Operator functional state as a framework for the assessment of performance degradation // *Operator functional state: the assessment and prediction of human performance degradation in complex tasks* / Ed. by G.R.L. Hockey, A.W.K. Gaillard, A. Burov. Amsterdam, 2003. P. 6–38.
19. Karasek R., Theorell T. *Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of the working life*. N.Y., 1990.
20. Lazarus R.S. *Emotion and adaptation*. N.Y., 1991.
21. Leonova A.B. Basic issues in occupational stress research // *Advances of psychological sciences* / V. 1. Social, personal, and cultural aspects / Ed. by J.G. Adair, D. Belanger, K.L. Dion. Hove, 1998. P. 307–332.
22. Leonova A.B. A strategy of job stress management at work places // *Proceedings of the VII European Conference on Organizational Psychology and Health Care*. Stockholm, 2001.
23. Murphy L.R. Stress management techniques: Secondary prevention of stress // *Handbook of work and health psychology* / Ed. by M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, C.L. Cooper. Chichester, 1996. P. 427–442.
24. Quick J.C., Quick J.D., Nelson D.L., Hurrell J.J. *Preventive stress management in organizations* // Washington, DC, 1997.
25. Parkes K.R. Personality and coping as moderators of work stress process // *Work and Stress*. 1994. V. 8. P. 110–129.
26. Sauter S.L., Murphy L.R. *Organizational risk factors for job stress*. Washington, DC, 1999.
27. Schreurs P.J.G., Winnubst J.A.M., Cooper C.L. *Workplace Health Programmes* // *Handbook of work and health psychology* / Ed. by M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, C.L. Cooper. Chichester, 1996. P. 463–482.
28. Siegrist J. Adverse health effects of high efforts / low reward conditions // *J. of Occupational Health and Psychology*. 1996. V. 1. P. 27–41.
29. Schaufeli W., Enzmann D. *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London, 1998.
30. Spielberger C.D., Reheiser E.C. The job stress survey: measurement gender differences in occupational stress // *J. of social behavior and personality*. V. 9. 1994. P. 199–218.
31. *Theories of organizational stress* / Ed. by C.L. Cooper. N.Y., 2000.

COMPLEX STRATEGY OF PROFESSIONAL STRESS ANALYSIS: FROM DIAGNOSTICS TOWARDS PROPHYLAXIS AND CORRECTION

A. B. Leonova

*Dr. sci. (psychology), professor, head of the laboratory of labor psychology, department of psychology,
Moscow State University, Moscow*

The main psychological models of stress are considered and the methodological scheme of professional stress analysis into empirical researches is founded. There is presented the essence of the complex diagnostics-preventive system "Integral diagnostics and stress correction". On the example of therapists practice it is shown the adequacy of this system to development of the program of psychological assistance.

Key words: professional stress, mental health, professional-personal adaptation, psychodiagnostics, regulation of states, stress prophylaxis.