

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СТИЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

.....

**Б.А. Ясько<sup>1</sup>**

**Ключевые слова:** индивидуальный стиль, профессиональная деятельность, адаптация, компенсация, коррекция. **Keywords:** personal style, professional activities, adaptation, compensation, correction.

Формирование индивидуального стиля профессиональной деятельности (далее – ИСД) связано непосредственно с процессом развития одного из значимых психических регуляторов труда – образа субъекта профессиональной деятельности, профессиональной Я-концепции [8]. По существу речь идет об образах самосознания субъекта труда. Не случайно Е.А. Климов считает развитое самосознание субъекта труда одним из условий «формирования оптимального индивидуального стиля (“своего почерка”) в труде, связанного с максимальным использованием человеком своих сильных сторон и компенсацией недостатков» [8, с. 25].

ИСД – значимый феноменологический аспект процесса развития человека как субъекта труда. Он является предметом многих широко известных в отечественной и зарубежной психологии исследований, получивших по праву статус методологических основ современного психологического знания. Это работы Б.Г. Ананьева [3], К.А. Абульхановой-Славской [2], Л.Г. Дикой [4], Е.П. Ильина [5; 7], Е.А. Климова [9], А.Н. Леонтьева [10], А.К. Марковой [11], В.С. Мерлина [12; 14], К.К. Платонова [13], Б.М. Теплова [16], М.Р. Щукина [17] и др.

В концепции человекознания Б.Г. Ананьева индивидуальный стиль деятельности выполняет роль системообразующего фактора в развитии человека как субъекта деятельности [3]. Взаимодействие ИСД с *направленностью*, выполняющей аналогичную роль на личностном уровне, обеспечивает «содружес-

---

<sup>1</sup> Ясько Бэла Аслановна – доктор психологических наук, профессор кафедры управления персоналом и организационной психологии Кубанского государственного университета. Эл. почта: shabela@yandex.ru

тво» всех уровней организации человека, что выражается в единстве его личностных и деятельностных характеристик, достижении *цельности* человека.

Академик Е.А. Климов относит процесс формирования ИСД к высшей стадии развития человека как субъекта труда – стадии развития профессионала. В этот продолжительный период профессионального цикла (от 16–23 лет до пенсионного возраста) происходит дальнейшее вхождение личности в систему «межлюдских отношений в данной профессиональной общности и дальнейшее развитие, формирование всех элементов структуры субъекта деятельности ...» [8, с. 105]. Исследуя структуру ИСД, Е.А. Климов выделяет два свойственных ей компонента: «ядро» стиля, включающее качества, базирующиеся на свойствах нервной системы и проявляющиеся непроизвольно или без особых усилий субъекта; «пристройку» к ядру, включающую индивидуальные профессионально важные качества, выработанные личностью в процессе адаптации к объективным требованиям деятельности [9]. Формирование ИСД есть процесс специфического развития двух «ядерных» групп индивидуальных природных особенностей профессионала: благоприятствующих успешности деятельности и противодействующих профессиональной адаптации, блокирующих ее. Соответственно, формирование ИСД есть двуединый процесс, включающий, с одной стороны, развитие положительных индивидуальных возможностей субъекта, а с другой – преодоление, *компенсацию* свойств, негативно влияющих на профессиональное развитие личности.

Процесс формирования ИСД, будучи сущностной стороной *профессиональной адаптации* личности, непосредственно связан с процессом развития самого позднего новообразования в профессиональной сфере человека – *индивидуальности*. В этой связи В.С. Мерлин, Е.А. Климов отмечают, что ИСД есть интегральный результат взаимодействия человека с предметной и социальной средой, а одним из условий его формирования является положительное отношение к деятельности. Определяется же ИСД всеми иерархическими уровнями индивидуальности, причем, под влиянием вышележащих иерархических уровней индивидуальности происходят направленные изменения нижележащих уровней [13].

Исследуя проблему личности как субъекта деятельности, К.А. Абульханова-Славская определяет индивидуальный стиль деятельности как «устойчивые, обобщенные особенности осуществления деятельности данной личностью» [2, с. 309]. Автор полагает, что стиль проявляется в том, «как человек действует всегда». Но есть особенности регуляции и саморегуляции деятельности, которые не охватываются понятием «стиль», но вместе с тем существенно влияют на характер деятельности и её результаты. К ним К.А. Абульханова-Славская относит индивидуальные особенности организации деятельности, и прежде всего способности саморегуляции как субъектного качества личности [2, с. 305]. Такому подходу созвучны взгляды Л.Г. Дикой, в частности, автор

вводит понятие «индивидуальный стиль саморегуляции состояния человека» и исследует методы его системной оценки [4].

В работе А.К. Марковой сделана попытка систематизировать имеющиеся в литературе характеристики стилей деятельности [11, с. 141–142]. Автор представляет их объединёнными в две группы: 1) по соотношению требований деятельности и возможностей человека; 2) по степени преобладания у человека той или иной стороны профессиональной деятельности и профессионального общения. К первой группе отнесены десять разновидностей индивидуальных стилей, результатом формирования которых является профессиональная адаптация субъекта. При этом, опираясь на выводы Е.П. Ильина [6], А.К. Маркова определяет наиболее оптимальным стилем тот, который выбирается «в соответствии со склонностью человека, но в то же время не вступает в противоречие с требованиями деятельности» [11, с. 142]. Вторую группу составляют три вида индивидуальных стилей, различающихся по характеру протекания и соотношения ориентировочного, исполнительного и контрольного компонентов деятельности (*осторожный, импульсивный, рискованный*). К этой же группе отнесены *атакующий, контратакующий и защитный* стили в спорте, а также *рассуждающе-методический* и *эмоционально-импровизационный* стили в педагогической деятельности [11, с. 142].

М.Р. Щукин, исследуя структуру индивидуального стиля трудовой деятельности, обращает внимание на психологические механизмы, обеспечивающие в процессе трудовой деятельности взаимодействие свойств различных иерархических уровней, в первую очередь свойств личностного уровня, социальное происхождение, и свойств нервной системы биологического происхождения [17]. Анализ результатов экспериментальных наблюдений позволяет автору утверждать, что таковыми являются, во-первых, механизмы *адаптации, компенсации и коррекции*, обеспечивающие взаимодействие всей системы трудовых, прежде всего исполнительных и ориентировочных, приёмов. Благодаря активизации этих психических механизмов, обеспечивается достижение высоких результатов труда субъектами, обладающими различными типологически обусловленными особенностями (приёмами) выполнения действий. Вместе с тем типологически обусловленные особенности деятельности, обеспечивающие достижение высокого успеха, активизируют мотивационную сферу и закрепляют эмоционально положительное отношение к ней. Поэтому, расширяя взгляды Е.А. Климова, М.Р. Щукин относит *эмоциональный* фактор к числу значимых психологических механизмов, обеспечивающих взаимодействие между свойствами личности и свойствами нервной системы в процессе управления формированием индивидуального стиля трудовой деятельности [17, с. 29].

В ряде работ мы указывали на своеобразии проявления эмоционального фактора в ИСД врача [22 и др.]. Данный вопрос изучен в психологии слабо, поэтому остановимся на нём подробнее.

Во-первых, эмоциональное состояние – показатель соответствия выполняемых действий, ситуаций деятельности нейродинамическим особенностям субъекта. Поскольку значительной части врачей свойствен слабый и подвижный типы нервной системы [22], активные действия, действия взрывного характера вызывают у представителей этого нейродинамического типа положительное эмоциональное состояние. Работа рутинного характера угнетает, воспринимается как «скучная и непродуктивная». К таковой многие врачи относят, например, ведение медицинской документации, составляющее первый (из восьми основных) вид профессиональной деятельности врача-клинициста.

Во-вторых, в ситуациях напряжения, когда эмоциональное реагирование субъекта приводит к снижению показателей результативности деятельности у лиц со слабым типом нервной системы и к улучшению – у лиц с сильным типом [17, с. 30], в деятельности врача существенных различий не наблюдается, о чем свидетельствуют наши многочисленные наблюдения. Здесь имеет место очевидное взаимодействие механизмов адаптации, компенсации, коррекции с личностными образованиями в виде установки, ценностной ориентации, самоконтроля, ответственности за результаты врачебных действий.

В-третьих, повышенная тревожность, по наблюдениям М.Р. Щукина, характерная для лиц со слабой нервной системой, выступает как фактор, способствующий более развернутому проявлению ориентировочных действий [17, с. 30]. Однако в труде врача имеет место противоположный тип организации и исполнения ориентировочных действий в эмоционально напряженных ситуациях. Ориентировочные действия здесь «свёрнуты», они фиксированы в оперативной профессиональной памяти в виде четких алгоритмов действий оказания врачебной помощи при неотложных состояниях и активизируются мгновенно, независимо от типа нервной системы, которым обладает конкретный специалист. Это субъектное качество есть компонент индивидуального стиля деятельности врача, формирующийся как интегральное индивидуально-личностное свойство в процессе профессиональной адаптации. В таких ситуациях особую роль выполняет интуиция как феномен врачебного мышления. Интуитивное принятие клинического решения в напряженной ситуации деятельности – явление, часто встречающееся во врачебной практике.

В-четвёртых, эмоционально-аффективный тон тех или иных действий служит своеобразным индикатором общего соответствия человека типу деятельности. Если профессиональная деятельность в целом соответствует ценностным и мотивационным компонентам личности, она вызывает позитивные эмоции, что является благоприятным «фоном» профессиональной адаптации, коррекции негативных проявлений свойств нервной системы в данном виде профессионального труда. На развитие ИСД врача существенно влияют специфические механизмы саморегуляции эмоциональных реакций в напряженных, экстремальных ситуациях деятельности. В такие моменты слабый

и подвижный тип нервной системы объективно обуславливает острые эмоциональные переживания у большинства людей. Но врач, обладающий подобным нейродинамическим типом, демонстрирует спокойный и уверенный образ поведения, сформированного в структуре ИСД многолетним корректирующим влиянием волевого усилия, развитого самоконтроля, ответственности за результаты профессиональных действий. В отдельных исследованиях [1, с. 53–54; 11, с. 159], а также нередко на уровне обыденного сознания некоторые особенности поведения врача (немногословие, четкость и схематичность отдаваемых распоряжений, недоброжелательное обращение к пациенту, для которого в ситуациях переживаемого клинического кризиса актуализируются формы поведения, соответствующие детскому эго-состоянию, и складываются специфические защитные механизмы) рассматриваются как проявления профессионально-личностных деформаций. В контексте исследования путей формирования ИСД врача такой вывод, очевидно, требует более существенно-го экспериментального обоснования.

Говоря о специфических аспектах эмоционального фактора как механизма, влияющего на формирование индивидуального стиля деятельности врача, отметим, что особенность эмоционально-аффективного образа объекта врачебной деятельности состоит зачастую в его «неэстетичности», вызывающей у непрофессионала естественное чувство брезгливости, а подчас физического отвращения и даже психоэмоционального шока (обилие крови, физическое увечье и т.п.) При выраженном низком пороге чувствительности нервной системы, свойственной большинству врачей, это чувство актуализируется уже в первый период профессионального образования, что заставляет отдельных студентов медицинского вуза отказываться от продолжения обучения. Формирование индивидуального стиля деятельности требует «включения» механизмов адаптации для снятия барьера брезгливости и формирования позитивного эмоционального образа пациента, независимо от переживаемого им физического состояния. Здесь также велика роль мотивов, осознанной цели и позитивного отношения врача к деятельности, которые в значительной степени могут нейтрализовать типологически обусловленные негативные эмоциональные проявления и адаптировать личность врача к специфическим особенностям образа объекта его труда.

Анализ модели формирования индивидуального стиля деятельности врача требует уточнения обозначенных механизмов, определяющих содержание процесса индивидуализации профессиональной деятельности: адаптации, компенсации и коррекции.

*Адаптация* рассматривается как применение субъектом в деятельности системы средств и форм взаимодействия с профессиональной средой, наиболее соответствующих его индивидуальным особенностям [11, с. 139].

*Компенсация* как механизм формирования ИСД состоит в достижении одинаковой продуктивности в деятельности людьми, обладающими разными нейродинамическими свойствами и личностными качествами (прежде всего способностями), путём использования сильных сторон человека, компенсирующих слабые. Компенсаторные механизмы в формировании ИСД могут проявляться в нескольких видах: обеспечении эффективности деятельности путём применения знаний и умений; приспособлении деятельности (способа её осуществления) к человеку; восполнении недостаточности развития одной способности другой (ортогональной); различной выраженности у работников частных способностей, являющихся компонентами сложных способностей, имеющих одинаково высокое развитие. В последнем случае речь идёт уже не о компенсации, а о *компенсаторных отношениях*, которые входят в компенсацию, составляя ее частный случай [7, с. 96–98].

Выделяя социальный и деятельностный план в компенсации, Е.П. Ильин обращает внимание на второй случай, где речь идёт о том, что люди с разными способностями «могут иметь одинаковую эффективность в одном и том же виде деятельности» [7, с. 98]. В этой связи автор, соотнося успешность деятельности, компенсации и компенсаторные отношения, выделяет четыре возможных вида компенсации:

- 1) недостаток способностей компенсируется приобретаемыми знаниями и умениями;
- 2) недостаточно выраженные способности компенсируются за счёт формирования типического стиля деятельности;
- 3) недостаточное развитие одной способности компенсируется другой, более развитой и не связанной с первой способностью;
- 4) недостаточно выраженная одна способность компенсируется другой, сильно выраженной способностью, находящейся с первой в компенсаторных отношениях [7, с. 98].

*Коррекция* есть преодоление негативных проявлений свойств нервной системы, благодаря чему обеспечивается выполнение трудовых действий человека в оптимальных границах [17, с. 28; 11, с. 140].

В некоторых случаях этапом развития ИСД является формирование у субъекта *псевдостилия*, рассматриваемого как нерациональный индивидуальный стиль [17, с. 28]. Особенности выполнения тех или иных трудовых действий субъектом явно выходят за пределы оптимальных границ, что приводит к низким или односторонним результатам. В процессе профессионализации врача феномен псевдостилия проявляется наиболее часто на этапе вхождения в профессию, когда у формирующегося специалиста только начинают вырабатываться профессионально значимые качества. Псевдостиль здесь может проявляться в торопливости, быстром темпе действий, в недостаточно тщательном

их выполнении и ослабленном контроле, в неоптимальных затратах времени и усилий на запоминание изучаемого материала.

Надо признать, что с точки зрения управления вузовским образованием процесс формирования ИСД будущего врача носит преимущественно стихийный характер, осуществляясь на субъективном, индивидуальном уровне. Для студентов, не сформировавших эффективного индивидуального стиля учебной деятельности, кризис профессионализации приобретает перманентный характер и нередко завершается уходом из профессии.

В первые годы врачебной деятельности (в профессиогенезе личности это так называемые периоды «адаптанта» и «интернала») особую значимость в развитии ИСД приобретают механизмы *коррекции* и *компенсации*. Они позволяют молодому профессионалу целенаправленно довести способности и готовность выполнять профессиональные действия, операции, манипуляции до оптимальных границ. Так, быстрый темп деятельности, будучи профессионально значимым качеством при выполнении отдельных врачебных манипуляций (операций), не способствует успешному выполнению ряда таких нормативных видов деятельности, как: беседа с пациентом, физикальное и мануальное обследование, оформление медицинской документации и др., требующих устойчивого внимания, спокойного рабочего темпа и т.д. Приходится констатировать, что и на данном этапе профессионализации врач остается один на один с проблемой профессионально-личностного становления и методом проб и ошибок идет по пути развития ИСД.

На уровне «суперпрофессионализма» (периоды «мастера» и «авторитета» в профессиогенезе личности) типологически обусловленные особенности деятельности, обеспечивающие достижение высоких результатов, активизируют мотивационные компоненты личности, закрепляют ее профессиональную идентичность, уникальную Я-концепцию врача-профессионала. Так, по данным наших исследований, в типологии профессиональных предпочтений поликлинических терапевтов, имеющих продолжительный опыт врачебной деятельности (свыше 15 лет), значительное место занимают социально ориентированные выборы [18; 23]. Это обуславливает, в частности, наличие у врача-терапевта в структуре ИСД развитых коммуникативных и организаторских способностей, умений вести диалог, объяснять, находить необходимый тон и оптимальную форму общения с пациентом. На этом этапе профессионализации с очевидностью проявляется направленное влияние вышележащих иерархических уровней индивидуальности (направленности, мотивации, сформированных профессиональных умений и навыков, клинического мышления и пр.) на нижележащие, в первую очередь на темпераментальные, нейродинамические свойства, в сторону их адаптации и компенсации, в результате чего происходит профессиональная коррекция способностей личности и завершается формирование «ядерных» и «пристроечных» компонентов ИСД.

Свидетельство тому – яркие профессиональные биографии выдающихся отечественных врачей.

Таким образом, можно заключить, что формирование индивидуального стиля деятельности врача есть системный процесс, организующий и направляющий вектор развития личности на достижение профессионально-личностной целостности. Модель этого процесса отражает непрерывность развития врача как субъекта деятельности, при этом механизмы формирования ИСД имеют специфическую для каждого профессионального этапа содержательность, проявляющуюся в формах их актуализации и взаимодействия. Стихийный характер формирования ИСД обуславливает нередко становление непродуктивного стиля деятельности, при котором адаптация в профессии происходит за счет истощения физиологических ресурсов организма, а не путем развития компенсаторных отношений. Косвенным подтверждением этого является распространенность состояний профессионально-личностной дезадаптации в среде врачей, работающих в сфере здравоохранения более 15 лет [20; 21].

В контексте сказанного можно сделать принципиально значимый практический вывод: пришло время осознать назревшую актуальность существенного расширения психологической составляющей в процессе непрерывного профессионального образования врача. Это, безусловно, позволит не только обогатить его профессиональную готовность к взаимодействию с пациентом, но и станет существенным шагом на пути психологической адаптации личности в профессии, формирования продуктивного индивидуального стиля деятельности.

### **Библиографический список**

1. *Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А.* Психология в медицине: учеб. пособие. М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998.
2. *Абульханова-Славская К.А.* Личность в процессе деятельности и общения // Психология личности: хрестоматия. Самара: Бахрах, 1999. Т. 2.
3. *Ананьев Б.Г.* Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека // Психология мышления: хрестоматия. Самара: Бахрах, 1999. Т. 2.
4. *Дикая Л.Г.* Психическая саморегуляция функционального состояния человека (системно-деятельностный подход). М.: Ин-т психологии РАН, 2003.
5. *Ильин Е.П.* Обеспечение надежности деятельности в связи с учетом типологических особенностей свойств нервной системы // Проблемы инженерной психологии. Ярославль: ЯрГУ-ИП АН СССР, 1976.
6. *Ильин Е.П.* Стили деятельности: новые подходы и аспекты // Вопросы психологии. 1988. № 6.
7. *Ильин Е.П.* Успешность деятельности, компенсации и компенсаторные отношения // Вопросы психологии. 1983. № 5.
8. *Климов Е.А.* Введение в психологию труда. М.: Изд-во МГУ, 1988.

9. *Климов Е.А.* Индивидуальный стиль деятельности в зависимости от типологических свойств нервной системы. Казань: Изд-во Казанского гос. ун-та, 1969.
10. *Леонтьев А.Н.* Деятельность, сознание, личность. М.: Политиздат, 1977.
11. *Маркова А.К.* Психология профессионализма. М.: Междунар. гуманитарный фонд «Знание», 1996.
12. *Мерлин В.С.* Деятельность как опосредующее звено в связи разноуровневых свойств индивидуальности // Проблемы интегрального исследования индивидуальности. Пермь: изд-во Пермского пед. ин-та, 1978.
13. *Мерлин В.С.* Очерк интегрального исследования индивидуальности. М.: Педагогика, 1986.
14. *Мерлин В.С., Климов Е.А.* Формирование индивидуального стиля в процессе обучения // Советская педагогика. 1967. № 4.
15. *Платонов К.К.* Проблемы способностей. М.: Наука, 1972.
16. *Теплов Б.М.* Проблемы индивидуальных различий. М.: Наука, 1961.
17. *Шукин М.Р.* О структуре индивидуального стиля трудовой деятельности // Вопросы психологии. 1984. № 6.
18. *Ясько Б.А.* Врач: психология личности. Краснодар: Кубанский гос. ун-т, 2001.
19. *Ясько Б.А.* К вопросу о системном анализе процесса профессионализации врача // Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Сер. общественные науки. 2003. № 3.
20. *Ясько Б.А.* К проблеме профессиональной адаптации врача // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. Вып. 4: в 2 ч. 2002. Ч. 2.
21. *Ясько Б.А.* О факторах риска профессионально-личностной дезадаптации в деятельности врача // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. № 2.
22. *Ясько Б.А.* Психология личности и труда врача. Ростов н/Д: Феникс, 2005.
23. *Ясько Б.А., Стецишин Р.И.* Профессионально-личностные предпочтения в структуре субъективных характеристик врача скорой помощи // Кубанский научный медицинский вестник. 2007. № 6.