

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ РОССИЙСКИХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ

Ю.С. СТЕПАНОВА, И.Н. ХМАРУК



Степанова Юлия Сергеевна — ассистент кафедры медицинской психологии и психотерапии Ростовского государственного медицинского университета.
Контакты: stepys@bk.ru



Хмарук Игорь Николаевич — заведующий кафедрой медицинской психологии и психотерапии Ростовского государственного медицинского университета, доцент, кандидат психологических наук.
Контакты: ihmaruk@mail.ru

Резюме

В работе представлены результаты комплексного клинико-психологического исследования совладающего поведения современных российских руководителей. Выявлены характерные социально-психологические и личностные особенности указанной категории специалистов, оказывающие существенное влияние на выбор тех или иных стратегий совладающего поведения. Выделены два различных типа руководителей: «адаптивный» и «дезадаптивный», принципиально различающихся репертуаром используемых в стрессовых ситуациях стратегий совладающего поведения.

Ключевые слова: профессиональный стресс, совладающее поведение, стресс-индуцированная патология, адаптивный и дезадаптивный типы руководителей.

Введение

Взаимодействие личности и профессии может носить разнонаправленный характер, приводя как к развитию личности, ее самоактуализации, «самоэффективности», удовлетворению жизненных потребностей, так и к деструктивным последствиям — «деструктивному профессиогенезу» (см.: Сидоров, 2009), нарушениям невротического уровня, синдрому эмоционального выгорания, нарушениям социальной адаптации, формированию химических форм зависимого поведения и т.д.

Проблематика соотношения «личность — профессия» чрезвычайно актуальна для когорты руководителей в связи с той нагрузкой (постоянная социальная ответственность за других людей, необходимость принятия решений в условиях дефицита информации, времени и ресурсов и т.д.), с которой им приходится справляться по роду деятельности.

Проблема профессионального здоровья руководителей в современной литературе довольно широко представлена исследованиями, основной акцент в которых делается на изучении управленческого стресса и стресс-совладающего поведения (Абабков, Перре, 2004; Водошнянова, 2009; Леонова, 2006; Lazarus, Folkman, 1984). Понятие «coping behaviour» происходит от английского «to cope», «to cope with» — «успешно справиться с чем-либо, преодолевать»; в немецкой психологии в этом же смысле используются понятия «Bewältigung» (преодоление), а в отечественной психологии эквивалентным термином считается «адаптивное, совладающее поведение», или «ко-

пинг-поведение» (Нартова-Бочавер, 1997). Под совладающим поведением обычно понимается сложный динамический процесс, который включает когнитивные, аффективные и поведенческие усилия личности, направленные на преодоление стрессовой ситуации.

Специфика управленческой деятельности, предъявляя высокие требования к психофизиологическим ресурсам личности руководителя, способствует возникновению и развитию хронического профессионального стресса, приводит к формированию стресс-индуцированной патологии (так называемых «work-related diseases») и повышает риск ускоренного старения (Величковский, 2005; Измеров, 2002; Калинина, 2008).

Интерес к изучению особенностей совладающего поведения данной профессиональной группы связан с тем, что в качестве наиболее «эффективных» способов совладания со стрессом для снятия выраженного психоэмоционального напряжения российские руководители активно используют девиантные и аддиктивные формы поведения (курение, злоупотребление алкоголем и кофеиносодержащими напитками, участие в азартных играх и т.д.). Так, по данным И.Н. Гурвич (Гурвич, 2008), по уровню употребления алкоголя лидирующее место среди городского населения принадлежит именно предпринимателям, занимающим руководящие посты в коммерческих организациях. Высокий уровень дохода, как оказалось, стимулирует у них частое употребление алкоголя, в отдельных случаях в сочетании с применением наркотических (психоактивных) веществ.

Цель исследования состояла в изучении особенностей совладающего поведения руководителей различных уровней и сфер административно-хозяйственной деятельности, составляющих группу повышенного риска развития стресс-индуцированной патологии.

Испытуемые

Исследование проводилось на базе НИИ антистрессовых технологий (г. Ростов-на-Дону), бизнес-школы «Moscow Business School – ЮФО» (г. Ростов-на-Дону), Областного центра планирования семьи и репродукции человека (г. Ростов-на-Дону) в период с декабря 2009 по июнь 2010 г.

В качестве *основной (экспериментальной) исследуемой группы* выступили 50 руководителей, работающих в реальном секторе экономики (тяжелое машиностроение – «Ростсельмаш», Таганрогский автотранспортный завод (ТАГАЗ), Новочеркасский электровозоремонтный завод (НЭЗ), оптово-розничная торговля – «Лебединский торговый дом») и обратившихся за профессиональной психологической помощью.

Включение руководителей в исследуемую группу производилось по результатам предварительной диагностики по методике ИДИКС (Леонова, 2006) при выявлении стресса трех следующих уровней: «выраженный уровень стресса», «высокий уровень стресса» и «предельно высокий уровень стресса». Данные респонденты составили экспериментальную группу (Группа $N_{\text{эсп.}} = 50$).

Группа сравнения была представлена группой руководителей, тождественных по социально-демографи-

ческим характеристикам и организационно-психологическим параметрам своей управленческой деятельности (те же предприятия, тот же уровень в управленческой иерархии, то же количество сотрудников в непосредственном подчинении) (Группа $N_{\text{сравн.}} = 50$). Принципиальным отличием респондентов группы сравнения являлось отсутствие выраженного уровня стрессового напряжения (общий индекс стресса – «низкий» или «умеренный») (см.: Леонова, 2006).

Процедура

Процедура исследования состояла из двух этапов.

Первый этап включал: 1) преддиагностическое интервью (соответствующий блок из методики ИДИКС, разработанной А.Б. Леоновой, 2006); 2) исследование по методике ИДИКС, которое проводилось в целях дифференциации групп респондентов по уровню выраженности стресса.

В рамках *второго этапа* было проведено комплексное психологическое обследование с применением следующего методического инструментария: 1) методика «Преодоление трудных жизненных ситуаций» (адаптация Н.Е. Водопьяновой); 2) опросник «Реакция личности на конфликт» (адаптация А.А. Омельченко, Ю.С. Степановой, 2007); 3) фрустрационный тест С. Розенцвейга (адаптирован в НИИ им. В.М. Бехтерева); 4) личностный опросник EPQ Г. Айзенка.

Результаты

Сводные результаты первого этапа эмпирического исследования

респондентов основной группы (Группа $N_{\text{экс.}} = 50$) и группы сравнения (Группа $N_{\text{сравни.}} = 50$), а также их сравнительный анализ представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, во-первых, по демографическим показателям (пол, возраст, уровень образования, стаж работы) респонденты в сравниваемых группах не имеют выраженных различий и могут считаться гомогенными. В обеих группах равномерно представлены лица обе-

их половозрастных категорий (от 25 до 65 лет) со стажем работы (от 7.5 до 42 лет), с близкими средними значениями по сравниваемым выборкам: возраст — около 41 года, общий стаж работы — около 19 лет и управленческий стаж — 11 лет. Указанные показатели (возраст, общий и управленческий стаж работы) высоко коррелируют между собой (соответствующие коэффициенты линейной корреляции Пирсона: $r = 0.539$, $r = 0.721$ и $r = 0.541$, $p \leq 0.01$)

Таблица 1

Сводные результаты обследованных групп респондентов
(по данным преддиагностического интервью)

Показатели	Экспериментальная группа ($N_{\text{экс.}} = 50$)	Группа сравнения ($N_{\text{сравни.}} = 50$)
Демографические показатели		
Средний возраст	41.2 года	39.8 года
Пол:		
<i>Женский</i>	40.0%	46.0%
<i>Мужской</i>	60.0%	54.0%
Общий стаж	20.5 года	17.6 года
Стаж работы в должности	12.5 года	10.3 года
Уровень образования:		
<i>Высшее</i>	96%	90%
<i>Неполное высшее</i>	4%	10%
<i>Среднее специальное</i>	-	-
Стрессы в профессиональной и личной жизни		
Стрессы на работе	70%	65%
Стрессы в личной жизни	57%	56%
Состояние здоровья и риск-факторы		
Хронические болезни	62%	37%
Курение	76%	54%
Употребление алкоголя	68%	32%
Занятия спортом/активные формы отдыха	31%	57%

Во-вторых, по уровню стрессов в профессиональной и личной жизни существенных различий в изученных группах не наблюдается.

В-третьих, сопоставление групп по состоянию здоровья и риск-факторам четко свидетельствует о преобладании в основной группе хронических заболеваний (причем их наличие прямо коррелирует с возрастом и стажем работы руководителей — коэффициенты линейной корреляции Пирсона: $r = 0.539$, $r = 0.541$, $p \leq 0.01$), доминировании по злоупотреблению курением, приемом алкоголя, игнорированию занятий спортом либо иными активными формами отдыха. Наличие хронических заболеваний (сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания и др.) подтверждают 62% респондентов основной группы и лишь 37% группы сравнения. Несмотря на это, 76% респондентов основной группы интенсивно курят (до 1.5–2 пачек сигарет в день) и 68% принимают алкоголь (не менее 2–3 раз в неделю). В качестве ведущих мотивов употребления алкоголя представители основной группы указывают такие: «желание расслабиться», «снять напряжение» и «уменьшить стресс» после тяжелого рабочего дня.

В группе сравнения курящие респонденты составляют лишь 54%, прием алкоголя (не менее 2–3 раз в неделю) подтверждают лишь 32%. Выраженные различия групп наблюдаются при сравнении уровня интенсивности занятий спортом и использования активных форм отдыха: респонденты основной группы подтвердили вовлеченность в занятия спортом лишь в 31% случаев, тогда

как группа сравнения — в 57% случаев.

Анализ результатов комплексного психологического обследования позволяет сделать следующие выводы.

1. Выявлено четкое различие групп по предпочитаемому репертуару стратегий совладающего поведения ($p \leq 0.01$). Экспериментальная группа отличается достоверным предпочтением «дезадаптивных» копинг-стратегий в сочетании с «агрессией» и «применением психоактивных веществ» ($p \leq 0.05$). Респонденты основной группы в стрессовых условиях крайне редко используют адаптивные копинг-стратегии, что самым негативным образом сказывается на удовлетворенности собой, своими успехами, деятельностью, самореализацией, межличностными отношениями с друзьями, родственниками и коллегами.

Респонденты контрольной группы значимо чаще используют адаптивные копинг-стратегии, активно привлекая как внутренние, так и внешние ресурсы с целью преодоления возникших «проблемных ситуаций». В качестве базового репертуара стратегий используют «контроль над стрессовой ситуацией», «самообладание», «позитивную самомотивацию», «психомышечную релаксацию», «самоутверждение», «самоодобрение» и «снижение стрессовой ситуации».

2. Коэффициент социальной адаптации (GCR) выше в группе сравнения и составляет в среднем 60.7%. В экспериментальной группе значение данного показателя — 46.4%.

3. Отмечается качественная и количественная разница в направленности

и типах реагирования респондентов в основной группе и группе сравнения (см. рисунок 1).

Для респондентов экспериментальной группы преобладающими являются реакции экстрапунитивной направленности эгозащитного типа (в ситуации обвинения субъект активно отрицает свою вину, занимая при этом агрессивно-оборонительную позицию и делегируя ответственность за происшедшее окружающим). Для представителей группы сравнения ведущим оказывается импунитивный (безобвинительный) характер направленности реакций с большим удельным весом ответов препятственно-доминантного и упорствующего типов.

4. Характерными особенностями реагирования руководителей на конфликты в экспериментальной группе являются: выраженная фиксация на психотравмирующих обстоятельствах, тенденция к соматизации переживаний, легкость возникновения затяжных депрессивных состояний,

ипохондрические тенденции («бегство в болезнь») (см. рисунок 2).

Кроме того, в экспериментальной группе чаще выявляются неконструктивные установки на взаимодействие, высокий уровень агрессивности по отношению к партнерам по общению, склонность к длительной фиксации на психотравмирующих обстоятельствах.

Респонденты группы сравнения отличаются от представителей основной группы более высоким уровнем функционирования протективных и дефензивных механизмов выстроенной индивидуально-психологической защиты и достаточно низким уровнем агрессивности по отношению к партнеру.

5. Анализ данных по методике Г. Айзенка (см. таблицу 2) подтверждает более высокие показатели по шкале *Экстраверсия – Интроверсия* в группе сравнения (средний балл = 14.8), тогда как в экспериментальной группе этот показатель ниже (средний балл = 9.3).

Рисунок 1

Усредненные показатели типа и направленности реакций на фрустрирующую ситуацию по тесту С. Розенцвейга в исследуемых группах руководителей (%)

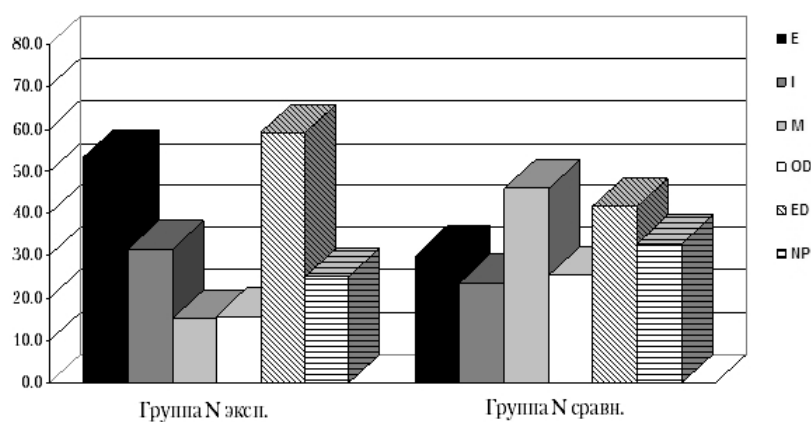


Рисунок 2

**Специфика реагирования на конфликтные ситуации
в исследуемых группах руководителей (%)**

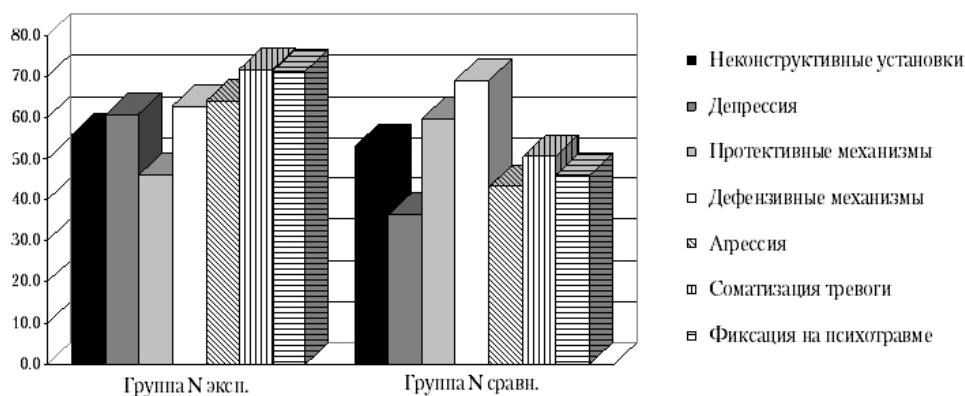


Таблица 2

**Основные показатели респондентов по шкалам опросника Г. Айзенка
(Экстраверсия – Интроверсия, Нейротизм, Психотизм)**

Направленность и тип реакции	Группа N _{эксп.}		Группа N _{сравн.}		Достоверность различий
	X	δ	X	δ	
Экстраверсия	9.3	3.4	14.8	2.0	<0.001
Нейротизм	17.9	2.5	10.6	2.7	<0.001
Психотизм	8.0	2.2	5.8	1.7	<0.010

Для руководителей — представителей экспериментальной группы характерными являются высокие показатели по шкале *Нейротизм* (средний балл = 17.9), существенно превышающие показатели респондентов из группы сравнения (средний балл = 10.6).

Таким образом, можно выделить два принципиально разных типа руководителей с достаточно устойчивыми комплексами социально-психологических и личностных особенностей, предопределяющих выбор того или иного предпочитаемого стиля совладающего поведения: руково-

дитель адаптивного типа и руководитель дезадаптивного типа.

Адаптивный тип характеризуется высокой степенью социальной адаптации. Представители данного типа, оказавшись в стрессовой ситуации, стремятся минимизировать влияние обстоятельств и значимость причин произошедшего. Рассчитывая на разрешение ситуации естественным путем (полагаясь на время и нормальный ход событий), тем не менее, прилагают активные действия по изменению сложившихся обстоятельств, не боясь при этом брать ответственность на

себя. Они отличаются более высоким уровнем функционирования протективных и дефензивных механизмов индивидуально-психологической защиты и достаточно низким уровнем агрессивности по отношению к партнерам по общению.

В своем «антистрессовом арсенале» представители этого типа используют все доступные им ресурсы (внешние и внутренние) и адаптивные копинг-стратегии, предпочитая в качестве базового репертуара «контроль над стрессовой ситуацией», «самообладание», «позитивную самомотивацию», «психомышечную релаксацию», «самоутверждение», «самоодобрение» и «снижение стрессовой ситуации». Использование указанных адаптивных (конструктивных) стратегий не только позитивным образом сказывается на эффективности труда таких руководителей, но и значительно снижает риск возникновения стресс-индуцированной патологии.

Деадаптивный тип. Типичный представитель данной группы, как правило, имеет невысокий уровень социальной адаптации, склонен к затяжным депрессивным состояниям с тенденцией к соматизации психотравмирующих переживаний. Обычно дисфоричен, раздражителен, неудовлетворен собой и окружающими, склонен к непродуктивному навязчивому анализу мотивов поведения других людей. В ситуации дефицита времени предпочитает откладывать необходимость принятия решения, имеет достаточно низкий уровень толерантности к стрессовым, фрустрирующим обстоятельствам. В таких случаях склонен к выраженной фиксации на психотравмирующих об-

стоятельствах, к самобичеванию, к самообвинению, к ипохондрическим тенденциям (например, в виде «бегства в болезнь») и «уходу» от социального взаимодействия. В кризисных условиях такая личность занимает преимущественно агрессивную-оборонительную позицию, активно обвиняя «всех и вся».

Представители данного типа характеризуются достоверным предпочтением дезадаптивных копинг-стратегий в сочетании с такими неконструктивными паттернами поведения в стрессовых ситуациях, как «агрессия» и «применение психоактивных веществ». Предпочтение «деадаптивных» копинг-стратегий, на наш взгляд, связано с большей ригидностью и меньшей широтой репертуара ролевого реагирования, узким диапазоном способов выхода из кризисных жизненных ситуаций.

Активное использование «деадаптивных» стратегий данным типом руководителей не только негативным образом сказывается на эффективности управленческого труда, но и многократно повышает риск возникновения различного рода психосоматических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и т.д.), сосудистых катастроф (инфаркт, инсульт и пр.) и невротических расстройств.

Заключение

В рамках проведенной работы нами были выделены и исследованы две принципиально разные группы руководителей, обозначенных в рамках данного исследования как адаптивный и дезадаптивный типы. Каждый из

указанных типов имеет свой описанный выше социально-психологический профиль. Своевременная диагностика личностных особенностей руководителя с помощью используемого нами диагностического инструментария позволяет не только четко диффе-

ренцировать адаптивный и дезадаптивный типы, но и своевременно осуществлять профилактику развития стресс-индуцированной патологии, тем самым оказывая непосредственное влияние на эффективность труда руководителей.

Литература

- Аббков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. СПб.: Речь, 2004.
- Величковский Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье. Великий Новгород: Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, 2005.
- Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009.
- Гурвич И.Н. Употребление алкоголя в России: история, статистика, психология. СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 2008.
- Измеров Н.Ф. Охрана здоровья рабочих и профилактика профессиональных заболеваний на современном этапе // Медицина труда и промышленная экология. 2002. № 1. С. 1–7.
- Калитина С.А. Социально-психологические условия формирования профессионального стресса при работе с повышенными нервно-эмоциональными нагрузками // Материалы VII Всероссийской конференции «Профессия и здоровье». 2008. С. 513–515.
- Леонова А.Б. Методика интегральной диагностики и коррекции профессионального стресса (ИДИКС): Методическое руководство. СПб.: ИМАТОН, 2006.
- Нартова-Бочавер С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. 1997. № 5. С. 20–30.
- Омельченко А.А., Степанова Ю.С. Модифицированный вариант опросника «Реакция личности на конфликт»: Методические рекомендации. Ростов-на/Д: Изд-во РостГМ, 2007.
- Сидоров П.И. Синергетическая парадигма деструктивного профессиогенеза // Экология человека. 2009. № 1. С. 51–55.
- Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. N.Y.: Springer, 1984.