

Отдел I. Социалистическое здравоохранение, социальная и профессиональная гигиена, профпатология.

Клинико-профессиологическая характеристика, как метод синхронного изучения профессии и профессионала ¹⁾).

Д. В. Рабинович (Москва).

Проблема, изучаемая клинико-профессиологической характеристикой, это—*проблема работоспособности*, ее колебание, ее тип и характер в данной профессиональной работе. Как все другие виды „характеристик“, объектами которых являются работа и работающий (профклинические характеристики, санитарно-клинические, психо-санитарные), клинико-профессиологическая характеристика имеет своей конечной целью подведение научной базы под вопросы оздоровления и организации труда (повышение работоспособности работающего, гигиеническая рационализация производства, поднятие производительности труда).

Первой и главнейшей особенностью клинико-профессиологической характеристики является синхронное (одновременное) изучение *профессии и профессионала*.

Исходной методологической предпосылкой является здесь диалектическое понимание связи между работой и работающим, как двумя взаимно воздействующими друг на друга комплексными „рядами“, из которых каждый полнее раскрывает свое „содержание“ через изучение „содержания“ другого.

Так, изучить „лицо“ профессии (разложить ее на основные действующие профессиональные факторы, расположить эти факторы в ранговом порядке по их „удельному весу“ для работы и работающего) возможно только через раскрытие „лица“ профессионала, тех отпечатков, которые профессия на нем оставляет, тех форм, в которых профессиональные воздействия преломляются на данном обследуемом.

Разрешение вопроса правильного профотбора, рациональной профконсультации, которые преследует в первую очередь изучение „профессионального комплекса“, т. е. профессиографирование, предполагает прежде всего знание „обычной профессиональной установки“ работающих (в данной профессии), наиболее распространенных рабочих приемов (их типа, темпов, ритмов). Но все эти приемы не статичны, не вечны, они изменчивы, проходят целую гамму варьирующих и компенсирующих друг друга форм, в зависимости от состояния работоспособности работающего.

Только глубокое изучение самого работающего, динамики его трудовых реакций, может дать путеводную нить для правильного заключения по профотбору и профконсультации.

¹⁾ Печатается в дискуссионном порядке. *Ред.*

И обратно: изучить клиническое „лицо“ профессионала, динамику его работоспособности возможно только через углубленное изучение „лица“ профессии, через изучение не только „анатомии“, но и „гистологии“ трудового процесса, через раскрытие содержания производственных показателей (количество и качество работы), как показателей работоспособности.

Дело в том, что трудовой процесс является наиболее естественной (и следовательно наиболее идеальной) „функциональной пробой“ для всех психо-физических качеств и сил, принимающих участие в данной работе.

И только глубокое знание основных трудовых факторов, влияющих (и влиявших) на работоспособность в данной конкретной производственной обстановке, только знание тех функциональных нагрузок, под которыми находится на своей работе профессионал,—только такое знание раскрывает перед врачом интимные механизмы заболевания, степень сопротивления организма, степень устойчивости профессионала.

Формулируя все сказанное, мы определили бы клинико-профессиологическую характеристику,—как метод, дающий „проекцию“ профессии (профессиональных факторов) на профессионале, и обратно, „проекцию работоспособности профессионала на исполняемой им работе (производственных показателях)“.

Таким образом, диалектическое понимание устанавливающихся между работающим и его работой связей приводит нас к построению единой схемы обследования профессии и профессионала, приводит к изжитию того дуализма (клиника и психотехника), который фактически еще имеет место при изучении проблемы работоспособности в настоящее время.

Его место должен занимать целостный, мы бы сказали, монистический метод исследования на основе клинико-профессиологической характеристики работающего и влияющих на него трудовых факторов.

Если целеустановка клинико-профессиологической характеристики, после всего сказанного нами, совершенно ясна, то нам предстоит еще ответить на самый важный и актуальный вопрос о материале клинико-профессиологической характеристики: откуда он черпается, как собирается. Где гарантия того, что собранный материал действительно даст ответы на поставленную задачу—дать одновременно характеристику работы и работающего.

Основным материалом для клинико-профессиологической характеристики являются „трудовые высказывания“ профессионала, собираемые по методу клинической беседы. Какова же ценность этого материала и метода собирания его?

Так же, как мы это сделали выше, мы и по отношению к способу собирания нашего материала укажем те основные методические принципы, из которых мы исходили.

Ценность „высказываний“ профессионала основывается по нашему мнению на следующем:

1) из накопления у каждого профессионала за время (годы и десятки лет) его трудовой жизни большого „трудового опыта“, хранящегося в бесчисленном количестве своеобразных, связанных с его трудовым поведением переживаний.

Это—опыт, оставленный каждой следовавшей друг за другом профессией. Это—опыт периода первоначального накопления профессиональных

навыков (трудный период ученичества с его характерной „патологией периода привыкания“) и опыт периода самостоятельной работы. Наконец,— опыт, отражающий влияние на работоспособность профессионала различных возрастных периодов:

а) юношеского периода, окрашенного „исканиями“ (отсюда часто профессиональная неустойчивость), богатого чертами профессиональной гибкости, профессиональной пластичности, сравнительно мало осложненного бытовыми влияниями;

б) средневозрастного периода с его уже выкристаллизовавшимся типом трудовых реакций, богатого трудовыми потенциями и энергетическими ресурсами, когда, с другой стороны, быт сильнейшим образом вливается в труд, накладывая нередко свой отпечаток на всю профессиональную направленность индивидуума, на все его трудовые стимуляции,

в) и, наконец,—периода более поздних возрастов с повышенной квалификацией, с пониженным физиологическим сопротивлением, богатого опытом „компенсаторных профессиональных приспособлений“.

Все эти виды и типы „опыта“ профессионала еще преломляются и через „клиническую“ призму, если речь идет о лицах с ограниченной работоспособностью („туберкулез“ дает один тип работоспособности, „порок сердца“ дает другой тип работоспособности и „язва желудка“—третий).

2) Этот опыт профессионала, отражающий его победы и поражения на фронте своей работы, его конфликты с работой и удачные способы их преодоления в одних случаях, вынужденные отступления в других случаях и компенсаторные перекрытия в третьих, является в высокой степени ценным и скрывает в себе богатейшие рационализаторские потенции („незаметную“ рационализаторскую практику каждого профессионала).

3) Однако, весь этот охарактеризованный нами опыт, со всеми перенесенными и пережитыми профессионалом реакциями на трудовые факторы, могущими дать богатейший материал для характеристики работы и работающего, окажется совершенно для нас недоступным и не сможет быть нами использован до тех пор, пока сам работающий нам его не выявит. А выявить он может его только в своих „высказываниях“.

Получить, однако, эти „высказывания“ от профессионала не легко. Этот опыт в большей своей части сделался достоянием „бессознательного“. И это не только потому, что, наслаиваясь за долгие годы друг на друга, трудовые переживания оказались забытыми. Они не только „забыты“, но и „вытеснены“. Подвергались „вытеснению“ как раз те моменты „профессионального пути“ работающего, которые обнаруживают „узкие места“ в „трудовой личности“ обследуемого, дефекты в организации производительных сил личности, являющиеся источником неоднократных „конфликтов с работой, конфликтов на работе“. Именно, до этих „конфликтов“ с работой не легко дотрагиваются, они нарочно „забываются“, образуя своего рода „ущемленные комплексы“, требующие специального метода для своего „вскрытия“.

А вскрытие их имеет особенное значение как для учета узких мест в трудовых установках работающего, так и для характеристики профессии, тех барьеров, которые она ставит профессионалу на пути овладения работой.

4) *Клиническая беседа* и является методом мобилизации, оживления следов, вскрытия забытых трудовых переживаний, приводя обследуемого к глубокому самораскрытию, передаче в своих высказываниях всей суммы пережитого ими трудового опыта.

Итак, мы раскрыли во всех перечисленных пунктах удельный вес высказываний профессионала, их значимость для выявления работоспособности работающего и характеристики особенностей его работы. Однако, степень эффективности клинической беседы, глубина и широта раскрываемого обследуемым трудового опыта зависит от умения исследователя эту клиническую беседу вести. Последняя требует определенной методики. Исследователь руководит беседой, ведя ее по заранее составленной схеме, руководит незаметно для обследуемого. Для последнего она должна казаться свободной беседой, в которой задаваемые исследователем вопросы естественно вытекают из хода самой беседы.

Главнейшим стимулом к разрыванию „высказываний“ является отношение к ним исследователя. Это отношение должно быть насыщено *вниманием*, интересом к высказываниям сидящего перед ним обследуемого. Каково бы ни было содержание этих высказываний, исследователь (врач) отнюдь не выступает в роли следователя или судьи, наоборот, от него все время исходит теплота, сочувствие. В процессе беседы обследуемый получает ряд ободряющих, стимулирующих его „высказывания“, реплик („Вы прекрасно рассказываете“). И над всем этим, повторяем, должен стоять, *должен чувствоваться* острый, неослабный, даже все нарастающий интерес к личности обследуемого, приводимым им фактам, высказываемым оценкам различных трудовых моментов, доставляя этим обследуемому большое внутреннее удовлетворение, сознание „значимости“ пройденного им профессионального пути, ценности опыта (а, значит, ценности и его личности), приводя этими настроениями обследуемого в состояние особого подъема. С этим самочувствием, с чувством освобождения, отреагирования „загнанных эмоций“ обследуемый оставляет клиническую беседу и исследователя.

Прежде чем приступить к изложению схемы „*клинической беседы*“, плана и построения клинко-профессиологической характеристики, необходимо заметить, что мы вовсе не думаем заменить, „высказываниями“ обследуемого (даже научно-профильрованными) все, так называемые, объективные методы исследования *профессии и профессионала*. Например, ознакомление с реакциями обследуемого на световой фактор (оценкой самим работающим степени влияния этого момента на эффективность его работы и утомляемость) нисколько, конечно, не делает излишним объективное исследование освещенности рабочего места, измерения люксажа. Мы вставляем поэтому в соответствующие графы клинко-профессиологической характеристики после „высказывания“ обследуемого соответствующие объективные показатели.

Сопоставление обоих „рядов“ (объективных и субъективных показателей) дает нам возможность сделать важное заключение, с одной стороны, — о форме преломления у данного обследуемого всего комплекса профессиональных факторов и, с другой стороны, — о степени отклонения реакции на профессию у нашего обследуемого от среднего группового профессионального профиля, коллектива в целом.

В сущности говоря, каждый рабочий переживает работу по своему; можно сказать, у каждого профессионала составляется на работу *своя профессиограмма*, отражающая те требования, которые предъявляет профессия именно к нему. И это объясняется не только существующими между различными индивидуумами в пределах одной и той же профессиональной группы различиями (разные конституции, различные трудовые и профессиональный стаж), но одновременно и изменчивость самих трудовых факторов у различных рабочих мест в пределах одной и той же профессии, в пределах одного и того же рабочего помещения¹⁾.

И разумеется, что окончательный объективный профиль данной профессии и клинический профиль данной профессиональной группы можно составить только на основании монографического изучения отдельных индивидуальных клинико-профессиологических характеристик.

Переходим к изложению архитектоники клинико-профессиологической характеристики,—того плана, по которому врач ведет клиническую беседу²⁾.

Раскрытие трудовых установок личности обследуемого начинается с *характеристики профмаршрута*.

Под *профмаршрутом* мы понимаем профессиональный путь, проделанный обследуемым:

Характеристика профессионального маршрута.

Схема № 1.

Возраст	Предшествующие		Мотивы к перемене профессии и места работы	Перенесенные заболевания и профмаршр.	Быт и проф. маршр.	Оценка маршрута + 0
	Занятия	Места работы				

Коэффициент профессиональной устойчивости оседлости

Общее резюме. Общая оценка профмаршрута

Как видно из представленной схемы, характеристика профмаршрута основывается: 1) на учете связи профмаршрута с определенным возрастным периодом (*возрастные даты*); 2) на учете всех смен профессий и мест работы, которые имели место за время трудовой жизни профессионала (*предшествующие занятия и места работы*), 3) на учете виутренней механики профмаршрута, тех мотивов, которые руководили обследуемым при перемене профессии и места работы (*мотивы перемене*).

¹⁾ См. ст. „Индивидуальная характеристика рабочего места, как метод клинического изучения профпатологии“, Д. В. Рабинович. Журн. „Гигиена труда“, 1928 г. № 3.

²⁾ Мы опускаем первую общую часть клинико-проф.-характеристик, заключающ. в себе общ. стат. сведения (фамилия, пол).

ны профессии и места работы); 4) на учете связи между профмаршрутом и „рядом“ клиническим (*перенесенные заболевания и профмаршрут*); 5) на учете связи профмаршрута с бытом, влияния последнего на „*профессиональную устойчивость*“ и „*профессиональную оседлость*“ обследуемого¹⁾. И, наконец, 6) идет оценка этапа пройденного обследуемым профессионального пути—оценка с точки зрения как материального благополучия профессионала, так и роста его личности... (*оценка профмаршрута*): + 0—²⁾.

Содержание, которое мы вкладываем в профмаршрут,—большое и сложное. Мы придаем ему значение развернутой биографии, заостренной на вопросах трудовых установок, трудовых переключений личности, заостренной на оценке кривой пройденного обследуемым трудового пути, подъема и падений на этом пути, как характерных показателей состояния работоспособности обследуемого.

В целом ряде случаев кривая профмаршрута сигнализирует о начавшемся процессе инвалидизации работающего, падении его работоспособности гораздо раньше, чем эта инвалидизация прощупывается клиницистом. Такой сигнализацией может явиться прежде всего изменение обычных для данного индивидуума профессиональной устойчивости и профессиональной оседлости—изменение их в ту и в другую сторону: то мы замечаем учащение характерных для данного профессионала колебаний его профмаршрутной кривой, частоты профмаршрута (смена профессий и мест работы начинает исчисляться неделями); то начавшийся процесс инвалидизации может, как раз наоборот, характеризоваться заметным оседанием профессионала.

В первом случае падение работоспособности привело к стихийному выталкиванию работающего со стороны профессии (требованиям которой он уже не удовлетворяет) и к усиленным поискам облегченных участков работы со стороны профессионала.

Во втором ряде случаев, характеризующихся как будто усилением профессиональной устойчивости и профессиональной оседлости, таковые могут иметь своим источником развивающиеся на почве осознанной профессионалом инвалидизации 1) недоверие к своим силам (начинает считать себя малоценным работником), 2) „целиние“ за работу из-за боязни рискнуть переменой места или работы, 3) резкое снижение ранее предъявлявшихся к профессии и к месту работы требований, 4) заметное угасание прежней активности, инициативности и, наоборот, усиление пассивности и равнодушия к ранее волновавшим на работе вопросам.

Отсюда видно, что простой статистический учет длительности пребывания на одной работе или на одном месте работы, без оценки и углубленного анализа реакции обследуемого, его трудового поведения, может вести к совершенно ошибочным выводам.

¹⁾ Под „профессиональной устойчивостью“ мы понимаем устойчивость связи с определенной профессией, а под „профессиональной оседлостью“, термине, впервые нами вводимом, мы имеем в виду устойчивость пребывания на данном месте работы.

²⁾ + обозначение прогресс, профессионала на его профессиональном пути,
— отступление, поражение

0 — отсутствие заметных колебаний в ту или другую сторону.

Правильной оценке профмаршрута способствует материал, собранный по основным графам профмаршрутной схемы.

Графа третья: „Мотивы к перемене профессии или места работы“.

Раскрыть мотивы перемен и колебаний профмаршрута—значит понять профессиональные интересы, профессиональную направленность работающего, уловить доминирующие трудовые стимуляции, учесть степень его профессиональной приспособляемости,—а все вместе взятое дает ключ к правильной профконсультации обследуемого.

Графа четвертая профмаршрута: „Перенесенные заболевания и профмаршрут“. Она имеет двойное значение: она должна учесть прямое и косвенное влияние перенесенных заболеваний на профмаршрут и обратно—удельный вес данного этапа профмаршрута в колебании работоспособности и происхождении инвалидизации работающего (патогенетическое и динамогенное действие профессии).

Графа пятая: „Быт и профмаршрут“. Материал по этой графе учитывается лишь в той степени, в какой он оказал прямое или косвенное влияние на профмаршрут.

Графа шестая: „Оценка профмаршрута“. В основе данной графы лежит наше представление $+ O -$ (рабочая гипотеза) о профмаршруте, как о некоей кривой, имеющей свою восходящую часть, плато и нисходящую часть. Первая соответствует положительному периоду профмаршрута, когда профессионал совершает *марш победителя*, взбираясь все выше по профессиональной лестнице: растет его личность, растут профессиональный кругозор, профессиональный опыт и материальные показатели.

Наиболее типичный пример—подручный слесаря в паровозном депо, следующий этап—слесарь паровозного депо, следующий этап—помощник машиниста, дальнейшие этапы—машинист товарного поезда, машинист пассажирского поезда, начальник тяги.

Вторая часть (плато) соответствует стационарному положению профессионала, положению некоего равновесия, периоду приложения и использования накопленного профессионального опыта.

Наконец, нисходящая часть кривой соответствует периоду вынужденного „отступления“, когда, вследствие падения работоспособности, профессионал круто или постепенно начинает спускаться вниз, совершает *марш побежденного*.

Разумеется, что нарисованная здесь схема кривой профмаршрута есть только схема. В жизни фактически кривая профмаршрута может иметь и несколько вершин, и несколько падений. Важно выявить общую тенденцию, динамику движения профмаршрута обследуемого и правильно оценить *данный этап* профмаршрута, какой точки ординаты он соответствует.

Самая оценка производится простыми показателями—*плюс, минус, ноль*. Врач-обследователь как бы прикидывает, взвешивает все то положительное и отрицательное, что принес обследуемому данный этап его профессионального пути и дает результирующую оценку. Само собой разумеется, что при оценке пройденного профессионалом этапа исследователь интересуется и субъективной оценкой самого обследуемого: как последний сам расценивает данный участок своего профмаршрута.

В результате правильно собранного материала по характеристике профмаршрута должен быть получен ответ на следующие вопросы, характеризующие трудовую личность обследуемого:

- 1) Какова профессиональная направленность обследуемого, его профессиональные интересы;
- 2) какова его профессиональная устойчивость;
- 3) какова профессиональная оседлость;
- 4) существует ли связь между инвалидизацией работающего (если таковая имеется) и профмаршрутом;
- 5) какова динамика профмаршрута в целом, на каком месте профмаршрутной кривой застает работающего обследование.

Весь материал по характеристике профмаршрута в целом должен играть роль одного из важнейших профконсультационных документов.

Следующая часть клинико-профессиологической характеристики составляет раздел „В“—*характеристика реакции обследуемого на основные трудовые факторы.*

Если первая часть клинико-профессиологической характеристики предоставляет собою главным образом ценность с точки зрения профконсультации, характеризуя трудовую личность работающего, то настоящий раздел дает богатейший материал для характеристики работы, той профессии, в которой обследуемый в настоящий момент работает.

Основные трудовые факторы, в отношении которых мы доискиваемся „реакций“ обследуемого, суть: *„обстановка работы, режим труда, организация труда, наконец, рабочее место и характер трудового процесса“.*

Не имея возможности, по условиям размера статьи, останавливаться подробно на особенностях заполнения каждой из этих граф, укажем лишь наиболее важные установки, которые нужны здесь обследователю для собирания материала.

Обследователь все время как бы примеряет данный трудовой фактор, различные его стороны к обследуемому, добываясь ясного „отчета“, как обследуемый этот фактор „принимает“, т. е. как он его переносит, как оценивает с точки зрения эффективности своей работы, на каких сторонах данного трудового фактора обследуемый спотыкается, вступая с ними в конфликт, и как, каким образом он эти профессиональные барьеры берет, обходит или компенсирует.

Имея эти установки, обследователь ставит себе при собирании материала три задачи: во-первых, получить гарантии того, что все высказывания обследуемого о своей профессии в целом и каждом трудовом факторе в отдельности действительно отражают его профессиональный опыт, действительно являются раскрытием его трудовых переживаний; во-вторых, превратить все высказывания обследуемого в ударный инструмент производственной и гигиенической рационализации работы, наиболее пригодной, наиболее приспособленной к потребностям работающего, к типу и форме его работоспособности. Третья задача—обеспечить сохранность „высказываний“ профессионала во всей их полноте, сохранность не только содержащихся в них мыслей, но и характер трудовых эмоций, не ясно осознанных даже самим работающим оценок отдельных сторон трудового фактора, внутренних усилий маневрировать своими трудовыми потенциями.

Первая задача достигается следующим. Все вопросы схемы, на которые обследуемый дает ответы, снабжены примечанием в скобках—„контрольные показатели“. Необходимо, чтобы обследователь умело, настойчиво добивался от обследуемого конкретных фактов, случаев из практики его работы, иллюстрирующих его слова, подтверждающих его субъективную оценку.

Вторая задача разрешается специальным пунктом, заканчивающим обычно схему по каждому трудовому фактору—„рапредложения“ (обследуемого). Здесь нужно иметь в виду не только выкристаллизовавшиеся рационализаторские предложения, но и отдельные замечания, намеки, из которых могут быть сделаны рационализаторские выводы. Клиническая беседа превращается здесь в своеобразную производственную конференцию, где активированная обследователем мысль профессионала работает иногда особенно четко, особенно эффективно.

Наконец, третья задача—сохранить всю психологическую насыщенность высказывания—достигается только одним: возможно более точной передачей самой вербальной стороны высказывания, своеобразия стилистической и грамматической форм речи профессионала. Именно эта внешняя форма высказываний, при определенном психологическом анализе сказанной фразы, дает иногда наиболее ценные „искательские“ результаты, вскрывая глубинные, не осознанные самим профессионалом трудовые реакции.

Пример: уборщица вагонов, описывая свою работу, дает следующую характерную форму высказываний: „перво-на-перво *пыль делаем*, потом лавочки замываем потом пол моем“... То, что уборщица момент очистки вагона от пыли выразила словами *пыль делаем*—очень важно, так как указывает ясно, как сама уборщица воспринимает и реагирует на эту операцию: она чувствует только, что в этот момент *пыль делается* (профессионально-вредный момент), и именно на него она и реагирует. Точно также ее выражение *лавочки замываем, пол моем* указывает ясно удельный вес этих операций, отношений к ним самой работницы: пол—является гораздо более ответственной операцией (*моем*), чем „лавочки“ (*замываем*).

Разумеется, что идеальной формой записи высказываний была бы стенографическая запись. К сожалению, стенографирование в большинстве случаев—недоступная роскошь (если только сам обследователь случайно не владеет умением стенографировать); кроме того, приглашение стенографистки имеет свое неудобство, вызывая необходимость присутствия третьего человека. Обследователь поэтому должен стараться о дословной передаче только таких мест в речи обследуемого, которые именно, благодаря своей форме (стилю), являются особенно многозначительными, многообещающими. Сюда относятся все картинные символические *поговорочные* формы высказываний обследуемого. Это выражение мыслей в поговорочной форме, ритмически построенной фразе указывает на большой выкристаллизовавшийся в ней коллективный опыт, превращая высказанную мысль из индивидуального высказывания в общепризнанное правило, *закон*.

Пример: рабочий-слесарь на вопрос, как он успевает в работе, несмотря на падение работоспособности, дал ответ—*„Сил нет, инструмент помогает“* (чаще точит инструмент, лучше за ним наблюдает). Несомненно, что сама форма речи здесь уже свидетельствует о значимости выраженной здесь мысли, являющейся действительно формулировкой одного из важнейших законов профессиональных компенсаторных приспособлений (см ниже).

Таковы те общие замечания, которые приходится делать по отношению к способу собирания материалов по всему этому огромному разделу.

Следующий раздел „Г“—клинико-профессиологической характеристики—всцело посвящен выяснению *динамики работоспособности работающего, клиника утомления и компенсаторным профессиональным приспособлениям*. Если первый раздел „клинико-профессиологической характеристики“ дал нам тип трудовой личности обследуемого его трудовых установок, а второй раздел—развернутую характеристику профессии, тех требований, которые она предъявляет обследуемому, то настоящий третий раздел показывает, как данный профессиональный тип справляется с данной работой.

Колебание почасовой производительности, колебание производительности труда после выходного дня,—вот первый „ряд“ производственных показателей—количество и качество работ, дающий нам материал для суждения о динамике работоспособности работающего.

Второй „ряд“ показателей дает глава „Клиника утомления“. Здесь особенно важно уловить симптомы местного утомления отдельных рабочих органов и признаки общего утомления, характеризующегося явлениями со стороны психики и вегетативной системы. Материал по клинике утомления (так же, как и по производственным показателям) собирается в динамическом разрезе.

Отдельно нужно остановиться, ввиду его исключительного значения, на главе „Компенсаторные профессиональные приспособления“. Что мы понимаем под компенсаторными профессиональными приспособлениями? Работоспособность на той или иной работе не является просто следствием наличия или отсутствия достаточного запаса сил у работающего, а в значительной степени, как известно, определяется приспособляемостью работающего к работе, умением маневрировать трудовыми факторами, влияющими на его работоспособность. Изменение обычных форм использования находящихся в руках работающего материалов, инструментов, небольшое изменение рабочей позы, рабочего приема и проч.,—все это может изменить форму организации производительных сил личности и существенно повлиять на трудовые ресурсы работающего, расширяя пределы его работоспособности. Из различных видов профессиональных приспособлений выделяются по своему значению *компенсаторные профессиональные приспособления*.

Самое замечательное здесь заключается в том, что компенсаторные профессиональные приспособления появляются там и тогда, когда начинаются явления *профессиональной декомпенсации*, т. е. когда работающий начинает хронически не справляться с работой. Тогда усиливается „режим экономии“ (по отношению к трате сил во время работы), и весь опыт профессионала мобилизуется вокруг одной задачи—помочь, облегчить работу, перевалить часть усилий на новые „рабочие аппараты“ и функции (психики), не включавшиеся раньше в работу, по-новому организовать профессиональную среду.

По эффективности этих компенсаторных профессиональных приспособлений их нужно разделить на 2 категории: истинное компенсаторное профессиональное приспособление и ложное профессиональное приспособление

1-й пример—истинного профессионального приспособления. Письмоносец носил всегда свою сумку перекинутой через плечо, наискось. Такой прием считается рациональным с точки зрения правил ношения грузов. У письмоносца обнаруживается туберкулез. Одним из первых компенсаторных приспособлений самого письмоносца была перемена положения сумки. Ремень давил на грудную клетку, вызывал одыш-

ку, письмоносец переложил сумку на правое плечо. Хотя с точки зрения правил ношения груза он употреблял неправильный прием, но для туберкулезного больного это было компенсаторное профессиональное приспособление.

2-й пример—ложного компенсаторного профессионального приспособления. Булочник-тестомес, чувствуя падение работоспособности, стал при замеске чаще мочить руки в воде, чтобы сделать тесто более рыхлым. В результате портил тесто.

3-й пример—„ложного компенсаторного профессионального приспособления“. Шофер грузового автомобиля перенес ревматическое заболевание рук, после чего он с трудом заводил машину. Чтобы избежать завода машины, он на стоянках не выключал мотора.

Что касается отдельных форм компенсаторных приспособлений, то они, при всем их разнообразии у разных профессионалов, могут быть и от того момента, который приходится компенсировать. В нашей схеме мы указываем 4 основных момента, требующих от работающего мобилизации компенсаторных механизмов. Это—падение производительности труда в связи 1) с клиническими симптомами (характером инвалидности, 2) с личным фактором (профессиональной непригодностью), 3) с производственными неполадками и 4) с особенностями—трудностями трудового процесса.

Что касается самих компенсаторных приспособлений, то они у нас сведены к пяти типам: 1) *изменение рабочей позы*, 2) *рационализация рабочего места*, 3) *изменение рабочих приемов*, 4) *изменение режима труда*, 5) *введение положительных эмоциональных воздействий*.

Наиболее распространенным типом компенсаторных приспособлений является изменение обычного режима работы. Он практикуется при падении работоспособности, отражающейся, главным образом, *на скорости работы*. Стремление не отставать (особенно при коллективной работе) заставляет менять обычный режим работы, сокращать и ликвидировать привычные паузы (например для курения), приходиться несколько раньше на работу, задерживаться на 2—3 минуты после звонка и т. п. Работающий ликвидирует свое утомление, уменьшив темпы работы за счет увеличения времени работы. Это—компенсаторный прием для лиц более поздних возрастов (возрастная амортизация), отличающихся значительной общей выносливостью, но уже не способных к скоростным установкам.

Вторым, также распространенным компенсаторным типом является изменение рабочих приемов: одним из его вариантов является уменьшение активного силового напряжения рабочего органа (руки) за счет лучшего ухода за инструментом (чаще точит),—вариант, приведенный нами раньше в форме одного из правил компенсаторных профессиональных приспособлений (*„сил нет, инструмент помогает“*).

Компенсаторные профессиональные приспособления должны привлечь к себе пристальное внимание исследователя, особенно у лиц инвалидизированных, с ограниченной работоспособностью. Компенсаторные приспособления, с одной стороны, указывают „узкие места“ в производительных силах инвалида (туберкулезного, сердечного, ревматика—у каждого из этих форм инвалидности есть свои „узкие места“); с другой стороны, учет компенсаторной направленности работающего открывает широкую дорогу для плановой гигиенической рационализации в цехе, раскрывает формы специфических профессиональных приспособлений, необходимых для лиц с определенными формами инвалидности, и создает ценный материал для *теории* компенсаторных профессиональных приспособлений.