

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ**  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования  
**КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА**  
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт/факультет Институт социально-гуманитарных технологий  
(полное наименование института/факультета)

Кафедра кафедра специальной психологии  
(полное наименование кафедры)

Направление 44.04.02 – «Психолого-педагогическое образование»  
«Возрастная психофизиология в образовании»  
(код ОКСО и наименование направления)

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Зав. кафедрой специальной психологии  
(полное наименование кафедры)

С.Н. Шилов  
(подпись) (И.О. Фамилия)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2015 г.

Выпускная квалификационная работа

**Психологические и психофизиологические особенности работников УФМС  
спецотдела по временному содержанию иностранных граждан**

Выполнил магистр группы 21 М  
(номер группы)

А.Г. Сотникова  
(И.О. Фамилия) (подпись, дата)

Форма обучения очная

Научный руководитель:

д.м.н., профессор

Т.А. Кожевникова  
(ученая степень, должность, И.О. Фамилия) (подпись, дата)

Рецензент:

к.м.н., доцент кафедры специальной психологии

Я.В. Бардецкая  
(ученая степень, должность, И.О. Фамилия) (подпись, дата)

Дата защиты

Оценка

Содержание

Введение.....	2
Глава I. Теоретический анализ проблемы психологических и нейрофизиологических особенностей работников УФМС СУВСИГ .....	3
1.1. Современные исследования в области изучения невротических расстройств.....	3
1.2. Методологические подходы к изучению невротических расстройств.....	6
1.3. Психологические аспекты преодоления невротических расстройств у работников УФМС СУВСИГ .....	8
Глава II. Материалы и методы .....	10
2.1. Методическое обеспечение и организация хода исследования.....	10
ГЛАВА 3. Психологические и нейрофизиологические уровни адаптации и дезадаптации сотрудников УФМС СУВСИГ. ....	15
3.1. Патодинамическая модель развития психической дезадаптации сотрудников УФМС СУВСИГ .....	15
Заключение .....	19
Выводы .....	21
Приложение.....	24
Опросник FPI. ....	24

## **Введение**

**Актуальность.** Актуальность настоящей работы обусловлена тем, что в проблеме изучения психологических и психофизиологических особенностей работников УФМС СУВСИГ, остается неясным ряд вопросов, связанных с

разработкой эффективных рекомендаций по профилактике нервно-психических патологий и сохранения психического здоровья сотрудников (1,7,17,32,35,42)

Различные стрессовые ситуации и экстремальные воздействия ведут к дестабилизации психических функций организма работников УФМС СУВСИГ, которая проявляется как на донологическом уровне в неспецифических экстранозологических реакциях психической адаптации-дезадаптации, так и на нозологическом уровне пограничных психических расстройств, клинические формы которых отличаются все возрастающим многообразием (3,5,10,24,45,51,52).

Вместе с тем комплексные исследования различных уровней функционирования центральной нервной системы, психологических, психофизиологических особенностей деятельности работников УФМС в современной литературе отражены недостаточно (4,8,20,33).

Таким образом, исследование общих закономерностей формирования и течения невротоподобных расстройств работников УФМС СУВСИГ должно базироваться на комплексном клинико-динамическом подходе, включающем исследования корковых механизмов регуляции психических функций, изучение психофизиологической адаптации, особенностей вегетативной нервной системы, психологического статуса.

**Цель работы:** изучить психологические и психофизические уровни адаптации и дезадаптации работников УФМС СУВСИГ

**Объект исследования:** динамика нейрофизиологических параметров и психологической дезадаптации работников УФМС СУВСИГ

**Предмет исследования:** патодинамическая модель адаптации - дезадаптации работников УФМС СУВСИГ относительно продолжительности трудовой деятельности.

**Гипотеза:** у работников УФМС СУВСИГ психологические и нерофизиологические особенности будут характеризоваться невротическими расстройствами, а выраженность их будет возрастать на фоне продолжительности их трудовой деятельности

### **Задачи исследования.**

1. Провести теоретический анализ проблемы психологических и психофизических особенностей работников УФМС СУВСИГ;
2. Исследовать психологические особенности работников УФМС СУВСИГ с позиций невротических расстройств;
3. Провести изучение нейрофизиологических параметров работников УФМС СУВСИГ;
4. Выявить патодинамическую модель адаптации - дезадаптации работников УФМС СУВСИГ относительно продолжительности трудовой деятельности.

### **Методы исследования.**

1. методы теоретического анализа (понятийный, терминологический, сравнительный анализ);
2. эмпирические методы:
  - Методика экспресс-диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса. Разработана в 1975 году немецкими психологами **Куртом Хеком** и **Хельгой Хесс** (Kurt Hoesck, Helga Hess) как опросник скрининга невроза, используемый в целях предварительной доврачебной диагностики, а также для эпидемиологических обследований массового характера. Оригинальный вариант методики, используемый в медицине, включает перечень 63 симптомов невроза. Обследуемому дается лист с перечнем соматических и психических жалоб, ответы интерпретируются по количественным показателям с учетом пола и возраста. В практической психодиагностике используется представленный здесь упрощенный вариант методики из 40 вопросов (23).
  - Тест определения уровня нервно-психической устойчивости «Прогноз». Опросник, разработанный в Ленинградской Военно-медицинской Академии в 1990 году В. Ю. Рыбниковым. Методика предназначена для определения уровня нервно-психической устойчивости (НПУ) у

военнослужащих и позволяет выявить отдельные признаки личностных нарушений, а также оценить вероятность возникновения нервно-психических срывов. Качественный анализ ответов позволяет уточнить отдельные биографические сведения, особенности поведения и состояния психической деятельности человека в различных ситуациях. Методика первоначально разработана в ЛВМА им. С.М.Кирова и предназначена для первоначального выделения лиц с признаками нервно-психической неустойчивости. Она позволяет выявить отдельные предболезненные признаки личностных нарушений, а также оценить вероятность их развития и проявлений в поведении и деятельности человека (27).

– Исследование личности с помощью модифицированной формы опросника FPI личностный опросник, созданный главным образом для прикладных исследований с учетом опыта построения и применения опросников 16PF, MMPI, EPI. Шкалы опросника сформированы на основе результатов факторного анализа и отражают совокупность взаимосвязанных факторов. Данный опросник особо популярен и наиболее часто используется в немецкоговорящих странах. Разработка опросника начата немецкими психологами Фаренбергом, Заргом, Гампелом (Jochen Fahrenberg, Rainer Hampel, Herbert Selg) в 1963 г. Три редакции, содержащие четыре формы опросника (полная FPI-G, 222 вопроса; альтернативные FPI-A и FPI-B, по 114 вопросов; короткая FPI-K, 76 вопросов) были опубликованы с 1970 по 1978 год. В 2001 году была проведена рестандартизация опросника и создана версия FPI-R (138 вопросов). На русском языке существует только опросник FPI-B. Он был адаптирован и модифицирован в 1989 году на факультете психологии ЛГУ А. А. Крыловым и Т. И. Ронгинской по договору о научном сотрудничестве с Гамбургским университетом. Опросник предназначен для диагностики психических состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для

процесса социальной, профессиональной адаптации и регуляции поведения(7,8).

Исследование проводилось на базе УФМС СУВСИГ, г. Красноярск.

В исследовании принимали участие 96 человек – работников УФМС СУВСИГ. Все испытуемые - мужчины. Средний возраст от 31 до 47 лет.

**Структура диссертации.** Диссертация включает введение, три главы, заключение, выводы, список литературы (53 источник, из них 17 иностранных источников). Текст диссертации изложен на 98 страницах, имеет 6 таблиц, 5 рисунков.

## **Глава I. Теоретический анализ проблемы психологических и нейрофизиологических особенностей работников УФМС СУВСИГ**

### **1.1. Современные исследования в области изучения невротических расстройств**

Термин «невроз» впервые употребил шотландский врач Уильям Куллен в конце XVIII века (1776 г.) для обозначения расстройств, которые «не сопровождаются лихорадкой и не зависят от поражений органов, а зависят от

более общего страдания - нарушения регулирующей деятельности нервной системы». В свое время это было прогрессивным, так как позволило выделить из ряда соматических заболеваний психосоматические расстройства и связать их с нарушением нервной деятельности [2,11,14,37,41].

В современной классификации психических расстройств (МКБ–10) термин «невроз» заменен на термин «невротическое расстройство», которое подразумевает под собой много вариантов проявлений, включая расстройства связанные со стрессом и соматоформные расстройства (расстройства внутренних органов без подтвержденных объективными методами признаков их анатомического поражения).

Неврозы - психогенные нервно-психические расстройства, проявляющиеся в специфических эмоционально-эффективных и соматовегетативных клинических феноменах. По существу это патологическая, чаще всего избирательная, реакция личности на нарушения в микросоциально-психологических отношениях с окружающими людьми [4,5,12,15,33,38].

Невротические реакции, как правило – это следствие неразрешимого внутриличностного мотивационного конфликта при недостаточной эффективности механизмов психологической защиты [16,22,25,36, 39].

Психодезадаптационные состояния – приобретенное функциональное заболевание нервной системы, при котором происходит «срыв» деятельности головного мозга без каких-либо признаков его анатомического повреждения. Это, как правило является следствием неудач, фрустраций и межличностных столкновений и с то же время нередко служит их причиной. Возникающие конфликты приводят к невротизации, а она, в свою очередь, провоцирует новые конфликты. Кратковременные невротические состояния, проходящие со временем сами собой, без лечения, наблюдаются в тот или иной период жизни практически у любого человека [8,13,40].

При неврозах происходят нарушения в психической сфере у людей, чаще всего имеющих определенную предрасположенность, а стрессовые ситуации провоцируют возникновение психического заболевания.

Помимо наследственного фактора, существенное влияние на состояние психики оказывает окружающая среда. Внешние факторы, в том числе и те, которые непосредственно не влияют на развитие патологических процессов, могут формировать предрасположенность к болезни, облегчать ее возникновение под влиянием провоцирующего воздействия, которым может быть и острая хроническая травма, и хронических стресс [18,21,29,49].

Ситуация постоянного или часто повторяющегося эмоционального и умственного напряжения, психологического стресса провоцирует различные отклонения в психической деятельности и физиологических функциях организма, которые условно можно разделить на 2 группы – субклинические и клинические. Субклинические – это психические нарушения, с которыми человек обычно справляется сам, без помощи психолога. Клинические - это более выраженные расстройства, где уже требуется помощь психиатра [1,7,26,28,53]

При неврозах больные правильно критически оценивают происходящие события и своё состояние. Неврозы проявляются в основном вегетативными, соматическими и аффективными нарушениями.

В исследовании причин неврозов существует множество мнений. Причины неврозов кроются в самых разнообразных психотравмирующих ситуациях, в остром или хроническом эмоциональном стрессе, и в зависимости от предрасполагающего фона болезнь может проявляться различными симптомами. [6,14,47]

Психотравмирующая ситуация оказывает патогенное воздействие при наличии определённых условий, прежде всего - особенностей личности. Ведущими среди этих особенностей являются гиперактуализация неблагоприятных воздействий и/или событий и придание им чрезмерной биологической или социальной значимости.

Выделяют три основные группы условий, способствующих или препятствующих развитию неврозов: биологические, социальные и психогенные. [27]

### 1. Биологические условия развития невроза.

- Наследственная предрасположенность. Отдельные невротические состояния (например, панический синдром) чаще встречаются у представителей одной генеалогической линии.
- Пол (невроз реже возникает у мужчин).
- Возраст (невроз чаще развивается в пубертатном и климактерическом периодах).
- Конституциональные особенности человека (к неврозам более склонны астеники).
- Перенесённые и текущие заболевания, снижающие резистентность организма.

### 2. Социальные условия развития невроза.

- Особенности профессиональной деятельности (например, информационные перегрузки, однообразие трудовых операций).
- Неблагополучное семейное положение.
- Неудовлетворительные бытовые условия.
- Особенности сексуального воспитания и др.
- Неудобное рабочее место или транспорт. Нередки случаи развития неврозов из-за неправильного выбора автокресла для детей.

### 3. Психогенные условия развития невроза.

- Личностные особенности (индивидуальный способ мышления, восприятия, поведения и реагирования на воздействия у данного человека).
- Психические травмы в детстве.
- Психотравмирующие ситуации (например, тяжёлая болезнь или утрата близких, служебные или «академические» трудности и некоторые другие).

Существенную роль в возникновении и развитии невроза играет увеличение невротических факторов, к которым, прежде всего, относятся:

- постоянная спешка;

- длительные психические переживания;
- неудача при выполнении слишком трудного для человека задания, потребовавшего длительного физического и нервного напряжения;
- длительная внутренняя борьба, необходимость скрывать гнев, другие негативные эмоции;
- ослабляющее воздействие многих заболеваний (инфекционных, эндокринных, травм и т. д.);
- нарастающее чувство соперничества и необходимость достижения успеха;
- урбанизация, влекущая за собой уменьшение жизненного пространства;
- необходимость общения с большим количеством людей;
- шум и прочие вредные физические и химические явления;
- изменение структуры семьи (большие, состоящие из нескольких поколений семьи за последние несколько десятков лет превратились в семьи, состоящие из двух поколений);
- ослабление межличностных контактов, которые зачастую ограничиваются чисто формальными отношениями;
- кризис в семье.

Эти факторы представляют собой главным образом психологические причины появления неврозов.

Формирование невроза определяется не только непосредственной реакцией личности на патогенное воздействие, но и более или менее длительным процессом анализа (в клинике это обозначают термином «идеаторная переработка») индивидом сложившейся ситуации, её последствий, боязнью невозможности приспособиться к сложившимся обстоятельствам. [9,11,19,48]

Значимой для диагностики невротических расстройств (и отграничения их от неврозоподобных, псевдоневротических и иных психических нарушений) является триада нарушений:

1. Невроз вызывается психической травмой.

2. Жизненное событие становится психотравмой и «звучит» в клинических симптомах в случаях повышенной значимости (оно подходит к личности «как ключ к замку»).
3. После исчезновения психической травмы или по прошествии времени невротические симптомы исчезают. [15,20,24,29]

Исторически развитие учения о неврозах имеет три основных направления: биологическое, личностно-психологическое и бихевиористское. [1,29]

Биологическое направление учения о неврозах исходит из доминирующей роли генетических расстройств, лежащих в основе неврозов. При этом недооценивается роль личностных и психологических особенностей человека в возникновении невроза. С данным подходом связан и так называемый «принцип негативной диагностики» неврозов. Он заключается в отнесении к неврозам тех расстройств нервной системы, при которых отсутствуют изменения, выявляемые методами, используемыми в клинической практике. [2]

С патофизиологической точки зрения невроз является типовой формой патологии нервной системы. Он возникает в результате перенапряжения и срыва ВНД под влиянием воздействий, адекватность ответов на которые не обеспечивается её функциональными возможностями. [34]

Патогенетическую основу неврозов составляют нарушения силы, подвижности и уравновешенности основных нервных процессов - возбуждения и торможения либо их столкновение («сшибка») в одно и то же (или близкое) время и в одних и тех же структурах большого мозга. [3,6,25,43]

Неврозы характеризуются расстройствами ВНД, развитием фазовых состояний в нервной системе, нейрогенными нарушениями вегетативных функций, движения, чувствительности, трофики, а также снижением резистентности организма к различным эндо - и экзогенным патогенным агентам. Личностно-психологическое направление учения о неврозах исходит из предпосылки о личностно-психологической детерминированности

возникновения неврозов. Основной акцент делается на их психогенную природу (связанную со стрессами, конфликтными ситуациями, экстремальными состояниями), но при этом игнорируется роль соматических расстройств. Согласно личностно-психологической концепции, развитие неврозов определяется особенностями личности человека, его неспособностью разрешать различные психотравмирующие и конфликтные ситуации, а проявления неврозов выражаются в определённых эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройствах. [24]

Различные психоаналитические теории представляли невроз и его симптоматику в основном как следствие внутренних противоречий человека, например, З. Фрейд считал, что невроз образуется в результате противоречий между инстинктивными влечениями Оно и запрещающим Сверх-Я представляющим собой мораль и законы нравственности, заложенные в человека с детства. [36]

К. Хорни считала, что невроз возникает как защита от таких неблагоприятных социальных факторов, как унижения, социальная изоляция, тотальная контролирующая любовь родителей в детстве, пренебрежительное и агрессивное отношение родителей к ребёнку. Чтобы защититься, ребенок формирует три основных способа защиты: «движение к людям», «против людей» и «от людей». Движение к людям преимущественно представляет собой потребность в подчинении, в любви, в защите. Движение против людей - это потребность в триумфе над людьми, в славе, в признании, в успехе, в том, чтобы быть сильным и справляться с жизнью. Движение от людей представляет собой потребность в независимости, свободе, в отдалении от людей. У каждого невротика есть все три типа, однако один из них доминирует, таким образом К. Хорни условно классифицировала невротиков на «подчинённых», «агрессивных» и «обособленных». [37]

Бихевиористское направление учения о неврозах. Представители этого направления рассматривают развитие невротических состояний на основе оценки особенностей поведения человека в различных жизненных ситуациях. С

точки зрения бихевиористов, реально существуют лишь отдельные невротические симптомы как результат неправильного научения. «Нет невроза, скрывающегося за симптомом, это просто сам симптом». Истоки невроза - поведенческие, сродни дурной привычке, которую можно преодолеть, прибегнув к методам поведенческой терапии. [2,9,18]

Неврозы рассматриваются как существенная часть психогенных состояний и болезней. Считается, что причиной невроза человека является психогенная травматизация личности в процессе психоэмоционального стресса (как правило, негативного, повторного и/или затяжного). Это приводит как к функциональным нарушениям в ЦНС, так и к определённым микроструктурным изменениям в головном мозге (деструкции мембран шипикового аппарата дендритов, уменьшению количества рибосом в корковых нейронах, дегенерации отдельных клеток гиппокампа, локальному нарушению микроциркуляции и др.). [19]

В.Н. Мясищев считает, что невроз имеет психогенную природу. Психогении характеризуются следующими чертами:

1. Связь с личностью больного, психотравмой; неспособность больного самостоятельно адекватно разрешить психотравмирующую ситуацию.
2. Возникновение и течение невроза более или менее связано с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определенное соответствие между изменениями психотравмирующей ситуации и динамикой состояния больного.
3. Клинические проявления по содержанию связаны с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя собой аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний.
4. Отмечается высокая эффективность психотерапии в сравнении с медикаментозным лечением [24].

В настоящее время в мировой литературе наибольшее распространение получают концепции полифакторной этиологии неврозов. Признается единство биологических, психологических и социальных механизмов. [1,6,20]

### **Общие проявления невротических состояний.**

В процессе развития невротического состояния имеется закономерная последовательность включения в структуру невроза различных систем и как следствие - формирование общих проявлений.

- Неадекватность вегетативных реакций воздействию (например, тахикардия, аритмия, одышка, повышенная потливость, покраснение или побледнение кожи и слизистых, гипо- и гипертензивные реакции, нарушения сна и аппетита, ощущение болей в сердце, возникающих в ответ на воздействие, которому пациент придаёт особое значение).
- Развитие патологических сенсомоторных реакций (например, повышенная чувствительность к различным внешним воздействиям или изменениям в организме, суесть, бессмысленные излишние движения, жестикуляция, проходящие парезы и параличи, неадекватная событию мимика).
- Частые аффективные реакции - бурное эмоциональное реагирование на воздействие или ситуацию (например, тревога, страх смерти, эмоциональное напряжение, рыдания, брань). Пациент «не владеет своими чувствами, чувства владеют пациентом».
- Интеллектуальный анализ болезненного состояния и принятие решения о форме поведения. В клинике это обозначается как идеаторная переработка и выработка мер компенсации. Они направлены на преодоление сложившейся ситуации и болезненных ощущений. [28]

Указанная последовательность формирования проявлений в процессе развития неврозов выявляется у большинства пациентов. Такая же последовательность, но с менее выраженными изменениями наблюдается и при воздействии различных стрессорных агентов. Существенно, что и в онтогенезе порядок включения реакций организма на различные воздействия имеет ту же

последовательность: вначале наблюдаются вегетативные реакции, а затем включаются сенсомоторные, аффективные и идеаторные.

С учётом указанных обстоятельств в клинике выделяют соответствующие фазы (стадии) развития невроза:

- вегетативные реакции,
- сенсомоторные реакции,
- аффективные реакции,
- идеаторная (ассоциативная, мыслительная, концептуальная) переработка ситуации и выработка программы преодоления болезненного состояния.

[24]

Вместе с тем имеются факты, свидетельствующие о возможности одновременного появления указанных расстройств у пациента: и вегетативных, и сенсомоторных, и аффективных, и идеаторных. В связи с этим точнее говорить не о стадиях или фазах невроза, а об общих компонентах его клинической картины.

## **1.2. Методологические подходы к изучению невротических расстройств.**

Согласно Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти выделяются следующие формы неврозов: неврастения, истерический невроз, невроз навязчивости, фобии невротические, невроз беспокойства (тревоги), ипохондрический невроз, невротическая депрессия и др. [22]

Наиболее удобным для клинической практики представляется разделение неврозов на:

1. Общие, куда входят неврастения, истерия и невроз навязчивых состояний (по некоторым классификациям - психастения);

2. Относительно локальные формы неврозов двигательная (тики, заикание и др.), и вегетативная. [15]

По течению:

- реактивное состояние (невротические реакции);
- острый невроз;
- невротическое развитие. [1]

Кроме того, выделяют так называемые неврозоподобные состояния (или синдром невроза). Они диагностируются в тех случаях, когда невротические нарушения развиваются на фоне каких-либо соматических заболеваний и травм вне явной связи с нервно-психическими перенапряжениями и стрессовыми ситуациями [2].

Но, не смотря на множество классификаций, в настоящее время большинство отечественных авторов выделяют три классические формы неврозов: неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний [13,24].

Виды неврозов:

1. Неврастения (или синдром усталости). Неврастения считается наиболее распространённой формой невроза.

Причина: диссоциация («конфликт») между требованиями к самому себе (как правило, завышенными) и невозможностью их реализовать, длительное эмоциональное напряжение, приводящее к истощению нервной системы. Это обуславливает перенапряжение и срыв процесса коркового возбуждения.

Причинами часто бывают конфликты на работе, семейные неприятности, неустроенность личной жизни.

Механизмы психологической защиты по типу «отрицания», «рационализации», «вытеснения».

Больного неврастением беспокоит обычно раздражительность по самым незначительным поводам.

Неврастения разделяется на:

- а) неврастению гипостеническую;
- б) неврастению гиперстеническую;

- в) неврастению ипохондрическую;
- г) неврастению депрессивную;
- д) неврастению с навязчивостями

Проявления неврастении.

- Вегетативные расстройства (например, нарушения ритма сердца, гипотонии или гипертензивные реакции, желудочно-кишечные расстройства, повышенная потливость).
- Повышенные возбудимость, утомляемость и истощаемость нервной системы.
- Чрезмерная раздражительность, несдержанность, нетерпеливость («раздражительная слабость»).
- Расстройства внимания, нарушение его концентрации.
- Сниженная работоспособность, вялость.
- Неустойчивость настроения, нередко - подавленность.
- Расстройства сна (нарушение засыпания, беспокойный сон, неприятные сновидения).
- Сексуальные нарушения. [18]

2. Истерия (истерический невроз). Указанная группа расстройств характеризуются имитацией, но не симуляцией, пациентами болезней и богатыми соматоформными нарушениями. Последнее проявляется чрезмерным вниманием к своему здоровью, необоснованной тревогой за него, убежденностью в наличии болезни, которая в действительности отсутствует. При истерии, как правило, имеется «желание болезни» и высокая внушаемость. Этим объясняется полиморфизм истерических расстройств, их нарочитый, демонстративный и утрированный характер. [3]

Истерия разделяется на:

- а) истерию демонстративную;
- б) истерию псевдопаралитическую;
- в) истерию с навязчивостями.

Причина истерии: диссоциация («конфликт») между завышенными требованиями личности к окружающим и невозможностью их реализовать или достичь. Последнее обусловлено недооценкой либо игнорированием реальных условий и/или требований других людей. При этом перенапряжение и истощение корковых процессов способствуют формированию в подкорковых структурах «мобильных» очагов патологического возбуждения. Последние создают условия для развития сменяющих друг друга фазовых состояний (чаще - парадоксального, ультрапарадоксального, реже - наркотического, тормозного и др.) в коре головного мозга. [29]

Проявления истерического невроза. Для истерии типична очень пёстрая и изменчивая симптоматика. Истерия - постоянно меняющаяся мозаика. Истерические расстройства являются защитной реакцией личности в связи со сложившейся неразрешимой ситуацией. [28]

Симптоматика истерии может быть сведена к нескольким группам болезненных проявлений:

- Неадекватное поведение. Больные отличаются повышенной аффективностью, впечатлительностью, внушаемостью и самовнушаемостью, неустойчивостью настроения, забывчивостью (диссоциативная амнезия). Истерические эмоционально-аффективные расстройства сопровождаются театральностью и наигранностью переживаний, их приуроченностью к определённым ситуациям. Люди с истерическим неврозом характеризуются внешне «энергичными», но в действительности поверхностными межличностными отношениями. Они стараются произвести впечатление весьма занятых, значимых, влиятельных личностей, являющихся центром событий. На самом деле они являются, как правило, персонами мелкими, невдумчивыми, суетливыми, зависимыми от других людей. Некоторые из них угрожают покончить собой («суицидальный шантаж») и нередко пытаются это сделать реально. [9]

- Вегетативные расстройства (например, гипо- или гипертензивные реакции, одышка, приливы «горячей крови» к лицу, тахикардия, аритмия, потливость, диспептические расстройства). [3]
- Двигательные расстройства. При истерии могут развиваться судорожные припадки (однако без потери сознания и ушибов), преходящие парезы и параличи; возможна обычно кратковременная афония из-за паралича голосовых связок и даже мутизм, что, однако, не огорчает пациента. [22]
- Сенсорные нарушения. Истерический невроз нередко сопровождается преходящей слепотой, глухотой, потерей обоняния, вкуса, парестезиями. [22]
- Сексуальные отклонения (например, импотенция, снижение либидо). [3]

Чаще всего истерия наблюдается у женщин. Они подчас представляют себя тяжело больными, несчастными, «непонятыми натурами» и глубоко вживаются в созданный ими образ. Иногда достаточно случайной неприятной мелкой семейной ссоры, незначительного служебного конфликта, чтобы больной начал горько рыдать, проклинать все и всех, угрожать покончить с собой. Истерическая реакция начинается обычно тогда, когда больному необходимо добиться чего-либо от окружающих, или наоборот, избавиться от их якобы несправедливых или попросту нежелательных требований. Эти реакции могут проявляться безудержными слезами, обмороками, жалобами на головокружение и тошноту, рвотой, судорожными сведениями пальцев рук, а в целом - симптомами почти любой болезни, известной данному человеку, может возникнуть мнимый паралич, глухота, исчезнет голос. Но при всем этом истерический приступ нельзя считать симуляцией, он чаще всего возникает помимо желания человека и заставляет сильно физически и морально страдать его самого. [3]

3. Невроз навязчивых состояний (психастения). Форма невроза, которая развивается под влиянием психотравмирующей ситуации на фоне тревожно-мнительного характера. [20]

Причина: диссоциация («конфликт») между желаниями, стремлениями, потребностями личности и невозможностью их реализации по моральным или иным соображениям. При этом в коре головного мозга формируется патологический очаг возбуждения. Обычно это происходит после одного из эпизодов, когда человек забыл сделать что-то важное или перенёс состояние страха.

Психастеникам свойственно отсутствие решимости, волевой активности, отсутствие уверенности и внимания; у них «потеряны функции реального». Одним из постоянных компонентов психастенического характера являются навязчивые идеи - важный симптом психастении. Выделяют три основных психастенически стигмат:

- незаконченности и неполноты психических операций;
- понижению или потере чувства реального;
- физиологическим симптомам нервного истощения, идущим параллельно с поражением психической активности. [15]

По мнению (Аксенов М.М.,2013) понижение психического напряжения может обуславливаться нарушениями кровообращения и питания мозга.

В.Я. Семке под психастенией понимал своеобразный психоневроз, аналогичный истерии, с богатой и разнообразной по внешним проявлениям клинической картиной, в которую входят навязчивые влечения и побуждения, навязчивые движения и т.д., такие патологические процессы, которые протекают в поле ясного сознания и воспринимаются самим больным как нечто ему чуждое, постороннее, паразитарное к его собственному «Я». [19]

По В.Н. Мясищеву психастения - это невроз развития. [24]

Н.М. Асатиани (2015) считал, что одним из самых важных проявлений психастении является динамичность симптоматики, обуславливающая состояние субкомпенсации, компенсации и декомпенсации. Кроме того, автор отмечает, что при психастении имеют место ритуалы защиты символического характера и навязчивые представления; последние, с точки зрения автора,

являются проявлением завершающего этапа в поступательном развитии синдрома навязчивых страхов. [3]

Необходимо подчеркнуть, что многие авторы, давая клиническую характеристику психастении, подводят под нее физиологическую базу.

Психастения разделяется на:

1. психастению тревожно-мнительную;
2. психастению с навязчивостями [3]

Все разновидности навязчивых состояний характеризуются повторяющимся чувством страха, боязни, фобии чего-либо и/или кого-либо: определённых предметов, деятельности, ситуаций. Начало невроза навязчивых состояний формируется по механизму условного рефлекса. Позже условия возникновения фобии расширяются. Заключение о наличии фобии делается в том случае, когда это состояние нарушает индивидуальную социальную и профессиональную жизнь.

Виды наиболее частых расстройств.

- Агорафобия - боязнь открытых дверей, открытого пространства; расстройство психики, в рамках которого появляется страх скопления людей, которые могут потребовать неожиданных действий; бессознательный страх, испытываемый при прохождении без провожатых большой площади или безлюдной улицы. Проявляется в бессознательном виде как защитный механизм. Эта фобия может быть получена в реальной жизни из-за страха чего-то, что связано с людьми и эмоциональными травмами от людей. Сопровождает многие нервные расстройства и психические заболевания. Впервые описана К.Ф.О. Вестфалем.
- Социальные фобии - повторяющаяся абсурдная боязнь, страх оказаться в затруднительном или унижительном положении в обществе: во время общественного выступления, чтения лекции, на экзамене, в гостях. Нередко это действительно приводит к неудаче и закрепляет фобию.

- Обсессивно-компульсивные расстройства - навязчивые, повторяющиеся, «лезущие» в голову идеи, мысли, «приказы» совершить то или иное действие. Человек сопротивляется этому, осознавая и боясь нежелательности, абсурдности и бессмысленности такого действия (например, убийства любимого существа, родственника; постоянного мытья рук из-за страха заразиться или испачкаться; бесконечной проверки себя - закрыл ли дверь, выключил ли газ и т.п.).
- Простые фобии - постоянные немотивированные страхи и/или стремление избегать ситуаций, которые могут реализовать эти опасения (например, клаустрофобия, агорафобия, канцерофобия).

Выделяются также отдельно невроты ложные или псевдоневроты - это группа функциональных болезненных расстройств, причинами которых являются любые другие, не психогенные факторы. Скорее всего, этими факторами являются соматические заболевания, которые либо сами для больных становятся психотравмирующими, либо они вызывают помимо соматических признаков болезни целый ряд невротических картин. Эта группа невротозов остается малоизученной, что затрудняет классификацию.

### **1.3. Психологические аспекты преодоления невротических расстройств у работников УФМС СУВСИГ**

Невротоз является обратимым состоянием человека, хорошо поддается психотерапевтическому лечению. Лекарственная терапия для работников УФМС, служит лишь катализатором психотерапевтического процесса и ни в коем случае, при невротозах, не может рассматриваться как основная форма терапии. Изредка бывают случаи самостоятельного излечения от невротоза, в

результате разрешения конфликта из-за активного личностного роста, потери актуальности ситуации конфликта, возврат к исходному образу жизни и др. [9]

К сожалению невротическое развитие личности работников УФМС, не поддается психотерапевтическому лечению (так как терапию не к чему применять, отсутствует внутриличностный конфликт).

Так как причина невроза не осознается человеком, то естественным образом, при наличии симптомов он обращается к многочисленным специалистам, это кардиологи (измененные пульс и давление, вегето – сосудистая дистония ВСД.), неврологи (боли, ВСД, онемение, выраженная слабость, судороги, нарушение речи, тики, подергивания мышц, мышечные спазмы и пр.) , гастроэнтерологи (синдром раздраженной кишки С.Р.К. тошнота, рвота, боли), эндокринологи (изменение температуры тела, колебание уровня гормонов), гинекологи (боли, неприятные ощущения, сухость влагалища, боли при половом акте), инфекционисты (температура, нарушенный стул, рвота), пульмонологи (одышка, нарушенное дыхание), аллергологи (кожный зуд, высыпания и пр.), окулисты (нечеткость зрения, непроизвольное слезотечение), лор-врачи (осиплость голоса, ком в горле), в том числе, маги, колдуны, биоэнергокорректоры, гипнотизеры и др. (со всеми вышеперечисленными симптомами). [16]

Основным рассматриваемым методом лечения неврозов и невротических реакций у работников УФМС, является психотерапия. На данный момент существует множество направлений и методов психотерапевтической помощи. [11]

Основное что нужно понимать, то, что они делятся на патогенетические (т.е. воздействующие на причины невроза и процесс его удержания в личности) и симптоматические или вспомогательные (которые эффективно работают только с патогенетическими методами, а сами по себе оказывают лишь временный, облегчающий симптоматику эффект). [2]

К патогенетическим относится психодинамическая, экзистенциальная, интерперсональная, когнитивная, системная, интегративная, гештальт-терапия,

к симптоматическим, поведенческая, гипнотерапия (гипноз), телесноориентированная, экспозиционная терапия. [16]

Для преодоления невротических расстройств работников УФМС, решающую роль играют социально-экономические условия жизнедеятельности, гармоничное сочетание общественного и индивидуального здоровья, представляет собой главную предпосылку для достижения личностью ее общественных и индивидуальных идеалов и целей, для повышения производительности труда, творческого долголетия. [13]

В системе преодоления невротических расстройств работников УФМС, прежде всего, следует добиваться предупреждения выраженных невротических реакций у практически здоровых лиц, которые служат почвой для развития неврозов и других форм пограничных расстройств. При этом предупредительные меры не должны быть грубо прямолинейными и традиционно поучительными. Предупреждение невротических расстройств не сводится к системе только медицинских мероприятий, а обеспечивается многими иными обстоятельствами, в первую очередь социальными.

Мероприятия по охране психического здоровья работников УФМС, необходимо рассматривать, по крайней мере, в трёх аспектах: социальном, психологическом и медицинском. [13]

Социальный аспект преодоления невротических расстройств работников УФМС.

На протяжении жизни человек несет не только социальную нагрузку, но и, являясь биологическим индивидом, постоянно реагирует на сложные физические, химические, биологические влияния. В этом раскрывается единство физиогенеза и психогенеза. Стрессы он делит на эмоциональные (связанные с взаимоотношениями с другими людьми – конфликты на работе, в семье и т.п.), связанные с социальными обстоятельствами (материальные лишения, отсутствие работы) и физические. Исключения стрессов или

достижения их дезактуализации для личности предупреждает аномалии личностные реакции. [17]

Преодоление невротических расстройств представляет систему государственных, общественных и индивидуальных мероприятий, направленных на устранение факторов, вредно действующих на здоровье человека и обеспечивающих всестороннее развитие его духовных и физических сил. Эти задачи решаются путём создания оптимальных условий жизни: быта, труда, отдыха, питания, развития физической культуры, спорта, искусства. Преодоление невротических расстройств работников УФМС, предполагает глубокие знания медицинскими работниками предупредительных мер, их систематическое применение и пропаганду среди населения. Социальная профилактика аномальных реакций и пограничных расстройств должна строиться в следующих направлениях: совершенствование подготовки врачей в области гигиены и психопрофилактики; расширение специализации и усовершенствования врачей (И.И.Беляев); создание социально-гигиенических научно-исследовательских программ, имеющих целью изучение условий обеспечивающих психическое здоровье различных контингентов населения, либо способствующих невротизации и возникновению пограничных расстройств; организация и систематическое осуществление психогигиенического воспитания [21].

Психологический аспект преодоления невротических расстройств работников УФМС.

Одной из существенных причин формирования невротических реакций работников УФМС, являются неблагоприятные семейно-бытовые и социально-трудовые условия. Их коррекция невозможна только на социальном уровне, без активного участия индивидуума. Формирование личности работников УФМС, происходит в коллективе и обеспечивается гармонией индивидуального развития, обучения и воспитания. Ведущими являются следующие мероприятия по преодолению невротических расстройств: предупреждение ятро- и дидактогений; упорядочение межличностных отношений, обеспечение

групповой совместимости (физиологической и психологической) в семье и воспитательно-учебных коллективах; научная организация труда, устранение перенапряжения, переутомления и профессиональных вредностей. В предупреждения невротических реакций работников УФМС, существенную роль играет психологическая подготовка, обеспечивающая нейтрализацию стрессоров, их дезактуализацию. [10]

Медицинский аспект преодоления невротических расстройств работников УФМС.

Предупреждение невротических реакций работников УФМС, относится к области первичной профилактики. По мнению В.Я.Семке (2013), первичная профилактика складывается из общих мероприятий, имеющих целью повышение уровня здоровья населения и «специфической охраны», которая включает раннюю диагностику (первичный уровень) и реабилитацию (третичный уровень). Совокупность негативных социальных явлений В.Я.Семке обозначил как синдром социального распада или социальной дезинтеграции. Сюда им отнесены высокая частота разрушенных семей, слабость семейных уз, ограниченность межличностных контактов, немногочисленность и несостоятельность лидеров, однообразие форм досуга, высокий накал враждебности, преступность и социальная распущенность. В популяциях, переживающих социальную дезинтеграцию, имеется повышенный риск заболеваемости, на которую влияют также кризисные и сложные жизненные ситуации: переходный возраст, окончание учебного заведения, перемена места работы, вступление в брак, рождение ребенка, развод, смерть близкого человека и пр. В возникновении психических расстройств принципиальную роль играют межличностные отношения. На упорядочение их и должна быть направлена первичная профилактика [32].

Психотерапия при неврозах у работников УФМС.

В отечественной литературе последнего периода наибольшее число работ посвящено психотерапии неврозов, опирающейся на принципы

патогенетической концепции, основанной на психологии отношений (Мясищев В. Н., 1960; Карвасарский Б. Д., 1990).

Согласно этой концепции невроз представляет собой психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека. Психологический конфликт при этом рассматривается с позиций диалектического единства объективных и субъективных факторов его возникновения и развития, его социальной, нейрофизиологической и психической природы. [32]

Основная цель психотерапии - изменение нарушенной системы отношений работников УФМС, коррекция неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, необходимой предпосылкой которой является осознание больными причинно-следственных зависимостей между особенностями его системы отношений и заболеванием. Это, в свою очередь, требует от психотерапевта глубокого и всестороннего изучения личности больного, эмоционального реагирования, знания индивидуального своеобразия мотиваций, структуры и функционирования системы отношений работников УФМС, и, следовательно, важнейшего звена этиопатогенетических механизмов возникновения и сохранения патологического состояния. [16]

В последние десятилетия отмечается смещение акцента с *индивидуальной психотерапии* неврозов к разработке системы *групповой психотерапии*, которая позволила бы более эффективно восстанавливать нарушенные отношения личности работников УФМС, играющие роль в патогенезе неврозов, и перестраивать их путем воздействия на все основные компоненты отношения - познавательный, эмоциональный и поведенческий. [16]

При неврозах используется широкий спектр форм групповой психотерапии: *групповая дискуссия, психодрама, психопантомима, психогимнастика, проективный рисунок, музыкотерапия, двигательная терапия* и др. Психотерапия проводится как в открытых, так и в закрытых

группах численностью 25-30 (большие группы) или 8-12 человек (малые группы). Чаще всего организуются группы, гомогенные в этиопатогенетическом отношении (определяющая роль психогенного фактора в развитии заболевания) и гетерогенные в прочих (форма невроза, пол, возраст, синдром). Реже объединяются в группы больные с аналогичными симптомами (чаще с фобиями), в которых тренирующие, применяемые в реальных проблемных ситуациях терапевтические методы, центрированы на симптом. Практически вряд ли можно говорить о противопоказаниях к групповой психотерапии для больных неврозами, хотя и существует ряд определенных требований по подбору и комплектованию группы (например, не рекомендуется включение в одну группу более 2-3 больных с истерической или ананкастической акцентуацией характера, тяжелой обсессивной симптоматикой и т. д.; из больных моложе 18 и старше 50 лет более целесообразно создавать гомогенные по возрасту группы). Частота групповых занятий может быть различной - от одного раза в неделю до ежедневных - и определяется возможностями и направленностью учреждений. Оптимальная длительность занятия 1—1,5 часа. Рассматривая механизмы лечебного действия групповой психотерапии при неврозах, большинство авторов в качестве основного указывают на *обратную связь* или *конфронтацию* участников группы со своими проблемами и своим поведением. [17]

В то время как личностно-ориентированная психотерапия наиболее полно реализует этиопатогенетический подход к пониманию и устранению причин и механизмов развития неврозов, другие методы, используемые при неврозах, основаны на симптоматических психотерапевтических воздействиях, т. е. направленных в большей мере на смягчение или ликвидацию невротической симптоматики у работников УФМС.

С помощью *гипнотерапии* можно воздействовать практически на все симптомы при неврозах работников УФМС,, касающиеся как основных психопатологических их проявлений (страх, тревога, астения, депрессия), так и других невротических синдромов (нейровегетативные и нейросоматические,

двигательные и чувствительные расстройства и т. д.). При неврозах могут быть использованы различные виды гипнотерапии: *мотивированное внушение по Иванову*, имеющее не только симптоматическую, но и в известной мере патогенетическую направленность; удлиненная гипнотерапия В. Е. Рожнова (1979); длительный *гипноз-отдых* Unestahl L.-E., Bundzen P K.,(1996).

Терапевтический эффект от суггестивных воздействий в гипнозе может быть получен во всех 3-х его стадиях - сомнолентности, гипотаксии и *сомнамбулизма*. Гипнотерапия при неврозах может проводиться в форме индивидуального и коллективного гипноза (точнее, гипноза в группе). Авторы, применяющие гипнотерапию, практически едины в том, что она наиболее показана при истерическом неврозе и в меньшей степени при неврастении и неврозе навязчивых состояний. Подчеркивая хорошо известную высокую лечебную эффективность гипнотерапии даже при длительных истерических конверсионных моносимптомах, следует указать, что при целевом, особенно рентном характере симптома, она чаще оказывается безрезультатной, ее эффективность целиком определяется установкой на излечение. [16]

Метод *аутогенной тренировки* наиболее показан при неврастении (общевневротическая симптоматика; нейровегетативные и нейросоматические синдромы при более высокой эффективности в случае преобладания симпатического тонуса; нарушения сна, особенно засыпания, состояния тревоги и страха, нередко выраженные фобии, в особенности при сочетании аутогенной тренировки с условно-рефлекторными методами; сексуальные нарушения и т. д.). В меньшей степени этот метод показан больным с выраженными астеническими, ипохондрическими, обсессивно-фобическими расстройствами и с истерическим неврозом. В.Н. Кожевников (2013) отметил хорошие терапевтические результаты применения аутогенной тренировки в амбулаторной практике (стабилизация ремиссий и предупреждение рецидивов неврозов). [16]

В последние годы при лечении больных неврозами получает распространение методика *биологической обратной связи*. Применение

установки биологической обратной связи для достижения глубокой телесной и психической *релаксации* позволяет во много раз сократить время овладения аутогенной тренировкой и существенно повысить ее эффективность. Вместе с тем результаты лечения этим методом больных неврозами достаточно противоречивы. При его использовании необходимо учитывать такие психологические факторы, как повышение самооценки пациента, *самовнушение*, плацебо-эффект и др. [16]

Можно согласиться с А. М. Святошем (2010) в том, что *внушение* в бодрствующем состоянии показано при всех формах неврозов у работников УФМС. Реализуется оно преимущественно у людей с хорошей внушаемостью и, конечно, в значительной мере зависит от степени авторитетности врача. Если прямое внушение эффективно в большей степени при лечении истерических неврозов, то *косвенное внушение* может быть с успехом использовано и при других формах неврозов. [29]

Метод *наркопсихотерапии* используется с целью снятия истерических зафиксированных моносимптомов, для осуществления суггестивных воздействий при фобических расстройствах с последующими функциональными тренировками (ходьба, поездки и т. д.), а также при других невротических нарушениях. [29]

Курс лечения может состоять из 10-20 процедур, проводимых ежедневно или через день. Из близких к нарко-психотерапевтическим методам при неврозах может использоваться метод применения газовой смеси кислород + закись азота. Методика эффективна при неврозах с фобической, ипохондрической и депрессивной симптоматикой. При фобиях на фоне действия и последствия закиси азота проводят функциональные тренировки, осуществление которых облегчается в этих условиях и особенно результативно в связи с эйфоризирующим и седативным эффектом газовой смеси. Наркопсихотерапия может выступать в качестве одного из вариантов так называемой абреактивной психотерапии. Следует присоединиться к точке зрения Кожевникова В.Н. (2013), что при неврозах конфликтогенной природы

методы отреагирования являются лишь симптоматическими, так как, уменьшая эмоциональное напряжение, они никогда не устраняют причин, которые вызвали невроз, и могут поддерживать его существование в дальнейшем. [16]

*Поведенческие методы*, включенные в систему личностно-ориентированной психотерапии, весьма результативны при лечении прежде всего обсессивно-фобических расстройств (Аксенов М.М., 2013), в особенности изолированных невротических монофобий. Методы угашения страха в патогенной ситуации с помощью специально разработанной системы функциональных тренировок оказываются эффективными в комплексе лечебно-восстановительных воздействий у больных неврозом навязчивых состояний даже при затяжном неблагоприятном его течении. [1,16]

*Рациональная психотерапия* широко используется при лечении неврозов самостоятельно либо в сочетании с другими методами, а также с целью подготовки, например, к групповой психотерапии. Метод адресуется к логическому мышлению пациента, в качестве лечебных факторов выступают авторитет врача, *убеждение*, переубеждение, разъяснение, одобрение, отвлечение и др. Таким образом, изменяют неадекватное отношение больного к заболеванию, разъясняют ему сущность невроза. [11]

Выше были перечислены основные методы психотерапии, применяемые при неврозах. Для лечения этой группы заболеваний могут с успехом использоваться и другие известные методы психотерапии: *катарсическая психотерапия, библиотерапия, арттерапия* и т. д.

Наряду с общими целями и задачами, решаемыми при психотерапии неврозов (как психогенных заболеваний, имеющих общую природу), своеобразии клинического их проявления требует известной индивидуализации лечения, предпочтительного использования при различных невротических формах и синдромах тех или иных методов психотерапии.

Психотерапия у работников УФМС, осуществляется в индивидуальной, чаще в групповой форме. По данным автора, особенно показана она пациентам

с психастенической, истерической и некоторыми другими видами психопатий и акцентуаций характера.

Исходя из приведенных данных об основных направлениях действия разных методов психотерапии, можно считать, что в схематическом плане значимость и соотношение биологических, психологических и социальных воздействий при пограничных психических расстройствах (в свою очередь, определяемых соотношением биологических, психологических и социальных звеньев их патогенеза) могут быть представлены следующим образом: устранение или смягчение их клинических проявлений на начальном этапе лечения с помощью оптимального сочетания биологических и психосоциальных воздействий - *осознание* работниками УФМС, психосоциальных механизмов болезни и реконструкция нарушенных отношений личности в процессе индивидуальной и особенно групповой психотерапии - восстановление полноценного социального функционирования на заключительном этапе лечения при доминирующей роли собственно социально-педагогических воздействий.

Мы провели теоретический анализ проблемы невротических расстройств у работников УФМС, и выяснили, что невроз понимается как психогенное, функциональное, личностное расстройство, которое проявляется преимущественно эмоциональными нарушениями, нарушениями поведения, нарушениями нейровегетативной регуляции внутренних органов, расстройствами ВНД, развитием фазовых состояний в нервной системе, нейрогенными нарушениями вегетативных функций, движения, чувствительности, трофики, а также снижением резистентности организма к различным эндо - и экзогенным патогенным агентам. Большинство отечественных авторов выделяют три классические формы неврозов: неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний. Выделяются также отдельно неврозы ложные или псевдоневрозы - это группа функциональных болезненных расстройств, причинами которых являются любые другие, не психогенные факторы.

В настоящее время признается единство физиологических (биологических), психологических и социальных механизмов возникновения невроза. Выделяются фазы (стадии) развития невроза: 1. вегетативные реакции, 2. сенсомоторные реакции, 3. аффективные реакции, 4. идеаторная (ассоциативная, мыслительная, концептуальная) переработка ситуации и выработка программы преодоления болезненного состояния. Исторически развитие учения о неврозах имеет три основных направления: биологическое, личностно-психологическое и бихевиористское.

Невроз является обратимым состоянием человека, хорошо поддается психотерапевтическому лечению. Лекарственная терапия служит лишь катализатором психотерапевтического процесса и ни в коем случае, при неврозах, не может рассматриваться как основная форма терапии.

В тоже время невротическое развитие личности не поддается психотерапевтическому лечению (так как терапию не к чему применять, отсутствует внутриличностный конфликт).

Основным методом лечения неврозов и невротических реакций является психотерапия, где существует множество направлений и методов психотерапевтической помощи. Основное что нужно понимать, то, что они делятся на патогенетические (т.е. воздействующие на причины невроза и процесс его удержания в личности) и симптоматические или вспомогательные (которые эффективно работают только с патогенетическими методами, а сами по себе оказывают лишь временный, облегчающий симптоматику эффект).

К патогенетическим относится психодинамическая, экзистенциальная, интерперсональная, когнитивная, системная, интегративная, гештальт-терапия, к симптоматическим, поведенческая, гипнотерапия (гипноз), телесноориентированная, экспозиционная терапия.

## **Глава II. Материалы и методы**

### **2.1. Методическое обеспечение и организация хода исследования**

Исследование проводилось на базе УФМС СУВСИГ, г. Красноярск. В исследовании принимали участие 96 сотрудников (мужчин) – работники УФМС СУВСИГ. Все обследованные сотрудники были распределены на три группы относительно срока работы в УФМС.

1 группа-время трудовой деятельности от 1 до 5 лет. Эта группа составила 34 человека.

2 группа-время трудовой деятельности от 10 до 15 лет. Эта группа составила 30 человек.

3 группа-время трудовой деятельности от 15 до 25 лет. Эта группа составила 32 человека.

Возраст обследованных мужчин составил от 31 до 47 лет.

Исследование проводилось в несколько этапов:

1. На подготовительном этапе была изучена научная литература, подбирались методы исследования, выбирались группы испытуемых.

2. На основном этапе исследования проводилась диагностическое изучение психологических и психофизических особенностей работников УФМС СУВСИГ.
3. На заключительном этапе проводилась обработка данных, формулирование выводов.

В исследовании решались следующие задачи:

1. Подобрать диагностические процедуры и методы, позволяющие оценить психологические и психофизические особенности работников УФМС спецотдела по временному содержанию иностранных граждан.
2. Провести эмпирическое исследование психологических и психофизиологических особенностей работников УФМС спецотдела по временному содержанию иностранных граждан.
3. Провести итоговый анализ и интерпретацию данных эмпирического исследования.

## 2.2. Методы исследования

Для проведения исследования был выбран ряд следующих методик:

- Методика экспресс-диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса разработана в 1975 году немецкими психологами **Куртом Хеком** и **Хельгой Хесс** (Kurt Hoesck, Helga Hess) как опросник скрининга невроза, используемый в целях предварительной доврачебной диагностики, а также для эпидемиологических обследований массового характера. Оригинальный вариант методики, используемый в медицине, включает перечень 63 симптомов невроза. Обследуемому дается лист с перечнем соматических и психических жалоб, ответы интерпретируются по количественным показателям с учетом пола и возраста. В практической психодиагностике используется представленный здесь упрощенный вариант методики из 40 вопросов (23).
- Тест определения уровня нервно-психической устойчивости и «Прогноз». Опросник, разработанный в Ленинградской Военно-медицинской Академии в 1990 году В. Ю. Рыбниковым. Методика предназначена для определения уровня нервно-психической устойчивости (НПУ) у военнослужащих и позволяет выявить отдельные признаки личностных нарушений, а также оценить вероятность возникновения нервно-психических срывов. Качественный анализ ответов позволяет уточнить отдельные биографические сведения, особенности поведения и состояния психической деятельности человека в различных ситуациях. Методика первоначально разработана в ЛВМА им.

С.М.Кирова и предназначена для первоначального выделения лиц с признаками нервно-психической неустойчивости. Она позволяет выявить отдельные предболезненные признаки личностных нарушений, а также оценить вероятность их развития и проявлений в поведении и деятельности человека (27).

– Исследование личности с помощью модифицированной формы опросника FPI личностный опросник, созданный главным образом для прикладных исследований с учетом опыта построения и применения опросников 16PF, MMPI, EPI. Шкалы опросника сформированы на основе результатов факторного анализа и отражают совокупность взаимосвязанных факторов. Данный опросник особо популярен и наиболее часто используется в немецкоговорящих странах.

Разработка опросника начата немецкими психологами Фаренбергом, Заргом, Гампелом (Jochen Fahrenberg, Rainer Hampel, Herbert Selg) в 1963 г. Три редакции, содержащие четыре формы опросника (полная FPI-G, 222 вопроса; альтернативные FPI-A и FPI-B, по 114 вопросов; короткая FPI-K, 76 вопросов) были опубликованы с 1970 по 1978 год. В 2001 году была проведена рестандартизация опросника и создана версия FPI-R (138 вопросов).

На русском языке существует только опросник FPI-B. Он был адаптирован и модифицирован в 1989 году на факультете психологии ЛГУ А. А. Крыловым и Т. И. Ронгинской по договору о научном сотрудничестве с Гамбургским университетом.

Опросник предназначен для диагностики психических состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной, профессиональной адаптации и регуляции поведения(7,8).

## 1. Методика экспресс-диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса

Инструкция: «Ознакомившись с вопросом или суждением, ответьте на него «да» или «нет».

Обработка и интерпретация. Подсчитывают количество утвердительных ответов.

*0-23 баллов*

Данное количество соответствует низкой невротизации и свидетельствует об эмоциональной устойчивости, о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм), об инициативности, о чувстве собственного достоинства, независимости, социальной смелости, о легкости в общении.

*24 и более баллов*

Данное количество соответствует высокой вероятности невроза (невротизации) и свидетельствует о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, раздражительность, растерянность), о безынициативности, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний, об эгоцентрической личностной направленности, что приводит к ипохондрической фиксации на соматических ощущениях и личностных недостатках, о трудностях в общении, о социальной робости и зависимости

## 2. Тест определения нервно-психической устойчивости «Прогноз».

Методика разработана в ЛВМА им. С.М.Кирова и предназначена для первоначального выделения лиц с признаками нервно-психической неустойчивости. Она позволяет выявить отдельные предболезненные признаки личностных нарушений, а также оценить вероятность их развития и проявлений в поведении и деятельности человека.

Инструкция к тесту

Вам предлагается тест из 84 вопросов, на каждый из которых Вам необходимо ответить «да» или «нет». Предлагаемые вопросы касаются Вашего

самочувствия, поведения или характера. «Правильных» или «неправильных» ответов здесь нет, поэтому не старайтесь долго их обдумывать – отвечайте, исходя из того, что больше соответствует Вашему состоянию или представлениям о самом себе. Если Ваш ответ положительный, то закрасьте прямоугольник с ответом «да» над номером соответствующего вопроса; если ответ отрицательный, то закрасьте прямоугольник с ответом «нет». Если Вы затрудняетесь с ответом, то закрасьте оба прямоугольника, что соответствует ответу «не знаю».

На выполнение задания отводится 30 минут.

#### Ключ к тесту

Шкала искренности	Шкала нервно-психической устойчивости	
	Да (+)	Нет (-)
Нет (-) 1, 4, 6, 8, 9, 11, 16, 17, 18, 22, 25, 31, 34, 36, 43	Да (+) 3, 5, 7, 10, 15, 20, 26, 27, 29, 32, 33, 35, 37, 40, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 57, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84	Нет (-) 2, 12, 13, 14, 19, 21, 23, 24, 28, 30, 38, 39, 46, 54, 55, 58, 61, 68

Показатель по шкале НПУ получают путем простого суммирования положительных и отрицательных ответов, совпадающих с «ключом».

#### Интерпретация результатов теста

##### Характеристика уровней НПУ по данным анкеты «Прогноз»

*29 и более* – высокая вероятность нервно-психических срывов. Необходимо дополнительное медобследование психиатра, невропатолога.

*14-28* – нервно-психические срывы вероятны, особенно в экстремальных условиях. Необходимо учитывать этот факт при вынесении заключения о пригодности.

*13 и менее* – нервно-психические срывы маловероятны. При наличии других положительных данных можно рекомендовать на специальности, требующие повышенной НПУ.

#### Методика определения НПУ

Оценка по 10-балльной шкале	Сумма ответов по шкале НПУ	Группа НПУ	Прогноз
10	5 и менее	высокая НПУ	Благоприятный
9	6		

8	7-8	хорошая НПУ		
7	9-10			
6	11-13			
5	14-17	удовлетворит. НПУ		
4	18-22			
3	23-28			
2	29-32	неудовлетворит. НПУ		Неблагоприятный
1	33 и более			

### 3. Фрейбургский личностный опросник FPI - И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел - модифицированная форма В опросника.

#### Инструкция испытуемому.

На последующих страницах имеется ряд утверждений, каждое из которых подразумевает относящийся к вам вопрос о том, соответствует или не соответствует данное утверждение каким-то особенностям вашего поведения, отдельных поступков, отношения к людям, взглядам на жизнь и т.п. Если вы считаете, что такое соответствие имеет место, то дайте ответ «Да», в противном случае – ответ «Нет». Свой ответ зафиксируйте в имеющемся у вас ответном листе, поставив крестик в клеточку, соответствующую номеру утверждения в вопроснике и виду вашего ответа. Ответы необходимо дать на все вопросы.

Успешность исследования во многом зависит от того, насколько внимательно выполняется задание. Ни в коем случае не следует стремиться своими ответами произвести на кого-то лучшее впечатление, так как ни один ответ не оценивается как хороший или плохой. Вы не должны долго размышлять над каждым вопросом, а старайтесь как можно быстрее решить, какой из двух ответов, пусть весьма относительно, но все-таки кажется вам ближе к истине. Вас не должно смущать, если некоторые из вопросов покажутся слишком личными, поскольку исследование не предусматривает анализа каждого вопроса и ответа, а опирается лишь на количество ответов одного и другого вида. Кроме того, вы должны знать, что результаты индивидуально-психологических исследований, как и медицинских, не подлежат широкому обсуждению.

Обработка результатов. Первая процедура касается получения первичных, или «сырых», оценок. Для ее осуществления необходимо подготовить матричные формы ключей каждой шкалы на основе общего ключа опросника.

#### Ключ

Номер шкалы	Название шкалы и количество вопросов	Ответы по номерам вопросов	
		да	нет
I	Невротичность 17	4, 5, 12, 15, 22, 26, 31, 41, 42, 57, 66, 72, 85, 86, 89, 105	49
II	Спонтанная агрессивность 13	32, 35, 45, 50, 64, 73, 77, 93, 97, 98, 103, 112, 114	99
III	Депрессивность 14	16, 24, 27, 28, 30, 40, 48, 56, 61, 74, 84, 87, 88, 100	–
IV	Раздражительность 11	6, 10, 58, 69, 76, 80, 82, 102, 104, 107, 110	–
V	Общительность 15	2, 19, 46, 52, 55, 94, 106	3, 8, 23, 53, 67, 71, 79, 113
VI	Уравновешенность 10	14, 21, 29, 37, 38, 59, 91, 95, 108, 111	–
VII	Реактивная агрессивность 10	13, 17, 18, 36, 39, 43, 65, 75, 90, 98	
VIII	Застенчивость 10	9, 11, 20, 47, 60, 70, 81, 83, 109	33
IX	Открытость 13	7, 25, 34, 44, 51, 54, 62, 63, 68, 78, 92, 96, 101	–
X	Экстраверсия–интроверсия 12	2, 29, 46, 51, 55, 76, 93, 95, 106, 110	20, 87
XI	Эмоциональная лабильность 14	24, 25, 40, 48, 80, 83, 84, 85, 87, 88, 102, 112, 113	59
XII	Маскулинизм–феминизм 15	18, 29, 33, 50, 52, 58, 59, 65, 91, 104	16, 20, 31, 47, 84

Шкала I (невротичность) характеризует уровень невротизации личности.

Шкала II (спонтанная агрессивность) позволяет выявить и оценить психопатизацию интрогенсивного типа.

Шкала III (депрессивность) дает возможность диагностировать признаки, характерные для психопатологического депрессивного синдрома.

Шкала IV (раздражительность) позволяет судить об эмоциональной устойчивости.

Шкала V (общительность) характеризует как потенциальные возможности, так и реальные проявления социальной активности.

Шкала VI (уравновешенность) отражает устойчивость к стрессу.

Шкала VII (реактивная агрессивность) имеет целью выявить наличие признаков психопатизации экстратенсивного типа.

Шкала VIII (застенчивость) отражает предрасположенность к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, протекающему по пассивно-оборонительному типу.

Шкала IX (открытость) позволяет характеризовать отношение к социальному окружению и уровень самокритичности.

Шкала X (экстраверсия – интроверсия).

Шкала XI (эмоциональная лабильность).

Шкала XII (маскулинизм – феминизм).

Вторая процедура связана с переводом первичных оценок в стандартные оценки 9-балльной шкалы с помощью таблицы. Полученные значения стандартных оценок обозначаются в соответствующем столбце протокола нанесением условного обозначения (кружок, крестик или др.) в точке, соответствующей величине стандартной оценки по каждой шкале. Соединив прямыми обозначенные точки, получим графическое изображение профиля личности.

Анализ результатов следует начинать с просмотра всех ответных листов, заполненных исследуемыми, уточняя, какой ответ дан на первый вопрос. При отрицательном ответе, означающем нежелание испытуемого отвечать откровенно на поставленные вопросы, следует считать исследование несостоявшимся. При положительном ответе на первый вопрос, после обработки результатов исследования, внимательно изучается графическое изображение профиля личности, выделяются все высокие и низкие оценки. К низким относятся оценки в диапазоне 1–3 балла, к средним – 4-6 баллов, к высоким – 7-9 баллов. Следует обратить особое внимание на оценку по шкале IX, имеющую значение для общей характеристики достоверности ответов.

Интерпретация полученных результатов, психологическое заключение и рекомендации должны быть даны на основе понимания сути вопросов в каждой

шкале, глубинных связей исследуемых факторов между собой и с другими психологическими и психофизиологическими характеристиками и их роли в поведении и деятельности человека.

#### *Методика динамической межполушарной омегометрии*

Для изучения динамики значений омега-потенциала (Илюхина В.А., 1982, 1993) правого и левого полушарий в ходе психотерапии нами был разработан и способ «межполушарной динамической омегометрии» (Способ оценки работоспособности спортсмена-саночника: Патент № 2013775 от 30.05.1994 г. (Соавт. Бундзен П.В.). Способ прогнозирования успешности психотерапевтического лечения: Патент № 2207046 от 27. 06. 2003 г. – С. 24. Сущность используемого метода омегометрии в отведении от поверхности лба (F) по отношению к тенору (T) кистей рук состоит в дискретной или непрерывной регистрации омега-потенциала в течение 10 мин в состоянии покоя, далее в ходе нагрузки (лечебной процедуры), а затем в течение 7-10 мин после выполнения функциональной нагрузки.

В соответствии с современными представлениями величина омега-потенциала в отведении лоб (или вертекс) – тенор кистей (F–T) отражает меру координированности межорганых или межсистемных нейрогуморальных взаимоотношений при ведущей регулирующей роли центральной нервной системы и вегетативной нервной системы.

Получены прямые доказательства закономерности соотношений динамики омега-потенциала в отведении F–T у здоровых и больных людей с нормальными или патологически обусловленными изменениями показателей центральной и системной гемодинамики, вегетативного, энергетического, кислотно-щелочного, внешнего и тканевого дыхания, а также показателей активности общих неспецифических реакций.

Для исследования асимметрии регулирующих влияний центральной нервной системы (ЦНС), в частности правой и левой лобных областей, осуществляется одновременная регистрация в двух отведенных ото лба (по

средней линии лба выше на 2 см от надбровных дуг) относительно тенора правой и левой кисти (Fp1-Td и Ep2-Ts) по «Системе 10-20».

Динамические кривые омега-потенциала позволяли получать пространственно-временные и количественно-качественные характеристики функционального состояния мозга и организма в целом и наблюдать его изменения в условиях протекания измерения. Также на основании визуальной и статистической оценки в каждом сеансе ГСПМР определялся характер кривых омега-потенциала как нестабильный и стабильный, с нивелированием (уменьшением) асимметрии к концу сеанса и без него. Рассчитывались также фоновые средние значения омега-потенциала для каждого полушария. Для реализации методики на кафедре «Приборостроение» КрасГТУ было создано устройство, осуществляющее динамическую регистрацию омега-потенциала, с дискретностью 1 с, которое позволяет по двум каналам измерять, регистрировать, хранить в памяти и отображать фиксированные значения на дисплее прибора. Значения визуализируются на компьютере по специально разработанной программе в виде графиков, которые в последующем анализируются для получения и выявления закономерностей распределения значений омега-потенциала в ходе психотерапии.

Показания снимаются с помощью самоклеящихся хлорсеребряных электродов с области проекций лобных долей относительно противоположных кистей: левая кисть – относительно правого полушария и наоборот.

Была разработана программа, позволяющая отображать значения омега-потенциала левого и правого полушарий в настоящем времени на мониторе компьютера в виде графиков. Для решения задач экспресс-диагностики адаптационно-компенсаторных возможностей и резервов организма был использован метод дискретной регистрации омега-потенциала с поверхности головы и тела, носящий название омегаметрии.

Фоновая величина омега-потенциала отражает уровень бодрствования и неспецифической резистентности организма к стрессовым воздействиям.

Низкие негативные значения ОП (от -5 до -20 мВ) характеризуют низкий уровень компенсаторно-приспособительных возможностей основных регуляторных систем, адаптивных функциональных резервов и неспецифической резистентности организма к стрессовым воздействиям.

Средние негативные значения ОП (от -20 до -40 мВ) обнаруживаются при нормальном уровне бодрствования, адекватных и оптимальных для данного состояния здорового или больного человека реакциях на любые виды эндогенных и экзогенных воздействий.

Высокие негативные значения ОП (от -40 до -60 мВ и выше) указывают на состояние психоэмоционального напряжения. На поведенческом уровне это проявляется парадоксальными реакциями на воздействия любого рода, затруднением обучения. Устойчивость исходно высоких негативных значений ОП наблюдается у психически больных, лиц с хроническими заболеваниями нервной системы(16).

Статистический анализ и обработку данных проводили с использованием программы STATISTICA, версия 6.0 для Windows (Боровиков В.П., Боровиков И.П., 1997). Производили расчеты средней арифметической ( $M$ ), ошибки средней арифметической ( $m$ ). Достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента для независимых выборок. Различия оценивали как достоверные при  $P < 0,05$ (32).

## ГЛАВА 3. Психологические и нейрофизиологические уровни адаптации и дезадаптации сотрудников УФМС СУВСИГ.

### 3.1. Патодинамическая модель развития психической дезадаптации сотрудников УФМС СУВСИГ

Анализ результатов исследования позволил установить, что в ходе проведенного тестирования характерологических и психологических особенностей работников УФМС СУВСИГ, были получены следующие результаты. На основании полученных данных по методике экспресс-диагностики невроза (К.Хека и Х.Хесса) были получены следующие результаты (Таблица 1).

Таблица 1

Показатели невротизации в динамике по группам респондентов  
(n=96), в %

Показатели невротизации	стаж 1-5 лет группа 1	стаж 10-15 лет группа 2	стаж 15-25 лет группа 3
Высокая вероятность	7,65±0,98	36,9±14,2 xx x	75,1±11,6 xx x
Средняя вероятность	23,9±12,2	34,5±11,8 xx	58,2±11,4 xx x
Низкая вероятность	93,5±15,4	26,7±10,8 xx x	23,4±9,81 xx x

*Примечание: Достоверность различий исходных величин относительно 1 группы:  
x-p<0,05; xx-p<0<0,01; xxx-p<0,001.*

Результаты по методике Экспресс-диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса показали, что у испытуемых со стажем работы 15-25 лет, была выявлена высокая вероятность невротизации (75,1±11,6%), в тоже время у испытуемых со стажем работы 10-15 лет высокая вероятность невроза определялась в 36,9±14,2%. У сотрудников со стажем от 1 до 5 лет высокая

вероятность невроза отмечалась лишь  $7,65 \pm 0,98$  случаев. Таким образом, у большинства испытуемых в группах со стажем работы более 10 лет отмечалась высокая вероятность невротизации. Это указывало на наличие в этих группах о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате которой часто появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, раздражительность, растерянность). Выявленные результаты также свидетельствуют о безынициативности, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний, об эгоцентрической личностной направленности большинства испытуемых, что может их приводить к ипохондрической фиксации на соматических ощущениях и личностных недостатках, о трудностях в общении, о социальной робости и зависимости.

В группе испытуемых, со стажем 0-5 лет, у  $93,5 \pm 15,4\%$  была выявлена низкая вероятность невротизации. Эти показатели свидетельствуют об эмоциональной устойчивости, о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм) у испытуемых, об усилении их инициативности, независимости, социальной смелости, о появлении легкости в общении.

Итоговое распределение результатов испытуемых по методике Экспресс - диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса (Диагностика вероятности невроза) наглядно представлено на рисунке 1.

Рисунок 1. Результаты по методике Экспресс- диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса (Диагностика вероятности невроза)

Таблица 2.

Результаты диагностики по тесту «Прогноз» (тест нервно-психической устойчивости - НПУ)

Название шкалы		стаж 15-25 лет	стаж 0-5 лет	стаж 10-15 лет
Благоприятный прогноз	высокая НПУ	0	6,6%	0
	хорошая НПУ	20%	66,6%	13,3%

	удовлетворит. НПУ	33,3%	26,6%	13,3%
Неблагоприятный прогноз	неудовлетворит. НПУ	46,6%	0	73,3%

Анализ результатов диагностики по тесту нервно-психической устойчивости «Прогноз» (НПУ) показал, что низкая нервно-психическая устойчивость, и значит, высокая вероятность нервно-психических срывов, означающая необходимость дополнительного медицинского обследования психиатра, невропатолога была выявлена у 46,6% испытуемых со стажем 15-25 лет, и у 73,3% испытуемых со стажем 10-15 лет.

Вероятность нервно-психических срывов в экстремальных условиях, была установлена у 33,3% испытуемых со стажем 15-25 лет, и у 13,3% испытуемых со стажем 10-15 лет.

При этом было выявлено 26,6% испытуемых со стажем 0-5 лет с вероятностью нервно-психических срывов в экстремальных условиях.

Низкая вероятность нервно-психических срывов была выявлена у 20% испытуемых со стажем 15-25 лет, и у 13,3% испытуемых со стажем 10-15 лет, а также у 66,6% испытуемых со стажем 0-5 лет, и у 6,6%, была выявлена высокая нервно-психическая устойчивость – также у испытуемых со стажем 0-5 лет.

Итоговое распределение результатов испытуемых по тесту «Прогноз» (тест нервно-психической устойчивости - НПУ) наглядно представлено на рисунке 2.

Рисунок 2. Результаты диагностики по тесту «Прогноз» (тест нервно-психической устойчивости - НПУ)

Таблица 3

Результаты исследования испытуемых со стажем 10-15 лет по методике FPI (Фрейбургский личностный опросник - И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел).

Название шкалы		высокий	средний	низкий
I	Невротичность	100%		
II	Спонтанная агрессивность	100%		
III	Депрессивность	93,3%	6,6%	
IV	Раздражительность	100%		

V	Общительность		46,6%	53,3%
VI	Уравновешенность		26,6%	73,3%
VII	Реактивная агрессивность	80%	20%	
VIII	Застенчивость	100%		
IX	Открытость		33,3%	66,6%
X	Экстраверсия–интроверсия	80%	20%	
XI	Эмоциональная лабильность			100%
XII	Маскулинизм–феминизм	40%	26,6%	33,3%

Анализ результатов диагностики испытуемых со стажем 10-15 лет по методике FPI (Фрейбургский личностный опросник - И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел) показал, что в группе испытуемых со стажем 10-15 лет высокий уровень невротичности, спонтанной агрессивности, раздражительности, застенчивости был выявлен у 100%. Также у большого числа испытуемых - у 93,3%, был выявлен высокий уровень депрессивности. У 80% был установлен высокий уровень реактивной агрессивности и экстраверсии–интроверсии. У 100% был выявлен низкий уровень эмоциональной лабильности. У 73,3% был выявлен низкий уровень уравновешенности, у 66,6% был выявлен низкий уровень открытости, и у 53,3% был выявлен низкий уровень общительности.

Итоговое распределение результатов испытуемых со стажем 10-15 лет по методике FPI (Фрейбургский личностный опросник - И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел) наглядно представлено на рисунке 3.

Условные обозначения: I – невротичность; II – спонтанная агрессивность; III – депрессивность; IV – раздражительность; V – общительность; VI – Уравновешенность; VII – реактивная агрессивность; VIII – застенчивость; IX – открытость; X – экстраверсия–интроверсия; XI – эмоциональная лабильность; XII – маскулинизм–феминизм.

Рисунок 3. Результаты исследования испытуемых со стажем 10-15 лет по методике FPI (Фрейбургский личностный опросник - И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел)

Результаты диагностики испытуемых со стажем 15-25 лет по методике FPI (Фрейбургский личностный опросник - И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел) представлены в таблице 4.

Таблица 4

Результаты исследования испытуемых со стажем 15-25 лет по методике FPI (Фрейбургский личностный опросник - И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел).

	Название шкалы	высокий	средний	низкий
I	Невротичность	93,3%	6,6%	
II	Спонтанная агрессивность	93,3%	6,6%	
III	Депрессивность	100%		
IV	Раздражительность	100%		
V	Общительность	13,3%	80%	6,6%
VI	Уравновешенность		40%	60%
VII	Реактивная агрессивность	86,6%	13,3%	
VIII	Застенчивость	100%		
IX	Открытость		40%	60%
X	Экстраверсия–интроверсия	73,3%	26,6%	
XI	Эмоциональная лабильность		6,6%	93,3%
XII	Маскулинизм–феминизм	33,3%	26,6%	40%

В группе испытуемых высокий уровень депрессивности, раздражительности, застенчивости был выявлен у 100%, невротичность, спонтанная агрессивность, были выявлены у 93,3%, и у 86,6% был выявлен высокий уровень реактивной агрессивности. У 73,3% был установлен высокий уровень экстраверсии–интроверсии.

Общительность была выявлена на среднем уровне у 80%, а также у 40% выявлены на среднем уровне открытость и уравновешенность.

На низком уровне 93,3% имеют низкие показатели эмоциональной лабильности, и кроме того, 60% обладают низким уровнем развития уравновешенности, открытости. Итоговое распределение результатов испытуемых со стажем 15-25 лет по методике FPI (Фрейбургский личностный опросник - И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел) наглядно представлено на рисунке 4.

Условные обозначения: I – невротичность; II – спонтанная агрессивность; III – депрессивность; IV – раздражительность; V – общительность; VI – Уравновешенность; VII – реактивная агрессивность; VIII – застенчивость; IX – открытость; X – экстраверсия–интроверсия; XI – эмоциональная лабильность; XII – маскулинизм–феминизм.

Рисунок 4. Результаты исследования испытуемых со стажем 15-25 лет по методике FPI (Фрейбургский личностный опросник - И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел).

Таблица 5

Результаты исследования испытуемых со стажем 0-5 лет по методике FPI (Фрейбургский личностный опросник - И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел).

Название шкалы		высокий	средний	низкий
I	Невротичность	40%	60%	
II	Спонтанная агрессивность		33,3%	66,6%
III	Депрессивность	46,6%	53,3%	
IV	Раздражительность	13,3%	86,6%	
V	Общительность	73,3%	26,6%	
VI	Уравновешенность	6,6%	53,3%	40%
VII	Реактивная агрессивность		46,6%	53,3%
VIII	Застенчивость	13,3%	86,6%	
IX	Открытость	20%	60%	20%
X	Экстраверсия–интроверсия	26,6%	53,3%	20%
XI	Эмоциональная лабильность	13,3%	86,6%	
XII	Маскулинизм–феминизм		46,6%	53,3%

У большинства испытуемых – у 73,3%, на высоком уровне выявлена общительность. У 46,6% установлен высокий уровень депрессивности, у 40% выявлен высокий уровень невротичности. На среднем уровне у большинства испытуемых – у 86,6%, был выявлен средний уровень раздражительности, застенчивости, эмоциональной лабильности. У 60% испытуемых на среднем уровне выявлены показатели невротичности, открытости. Кроме того, у 53,3% на среднем уровне выявлены показатели депрессивности, уравновешенности, экстраверсии–интроверсии.

На низком уровне у 66,6% выявлена низкая спонтанная агрессивность, у 53,3% выявлен низкий уровень реактивной агрессивности.

Итоговое распределение результатов испытуемых со стажем 0-5 лет по методике FPI (Фрейбургский личностный опросник - И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел) наглядно представлено на рисунке 5.

Условные обозначения: I – невротичность; II – спонтанная агрессивность; III – депрессивность; IV – раздражительность; V – общительность; VI – Уравновешенность; VII – реактивная агрессивность; VIII – застенчивость; IX – открытость; X – экстраверсия–интроверсия; XI – эмоциональная лабильность; XII – маскулинизм–феминизм.

Рисунок 5. Результаты исследования испытуемых со стажем 0-5 лет по методике FPI (Фрейбургский личностный опросник - И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел)

### **3.2.Динамика нейрофизиологических параметров в зависимости от продолжительности трудовой деятельности у сотрудников УФМС.**

С целью доказательства связей динамики омега-потенциала в отведении от поверхности головы со стажем работы сотрудников УФМС и регуляторными механизмами функционального состояния, приспособительных способностей и резервов компенсации организма проведено исследование изменения омега-потенциала мозга до и после ЛПРП с применением методики ГСПМР. В соответствии с полученными результатами было установлено, что фоновые изменения величин омега-потенциала мозга сотрудников, работающих более 10 лет, значительно отличаются от респондентов со стажем 1-5 лет. Так, общий уровень омега-потенциала мозга значимо ( $p < 0,01$ ) выше его показателей у лиц 1 группы. Величина омега-потенциала III также значительно превышала

показатели сотрудников, работающих до 5 лет в УФМС, в то время как параметры омега-потенциала ЛП были ниже, относительно 1 группы ( $p < 0,01$ ). При этом отмечалась значимая межполушарная асимметрия, составившая у сотрудников 2 группы  $23,14 \pm 1,24$  мВ. В соответствии с полученными фактами у сотрудников 2 группы был выставлен III тип фоновой динамики омега-потенциала, который характеризуется наличием выраженного преобладания омега-потенциала правого полушария над левым полушарием мозга (табл. 5).

Таблица 6

Величина омега-потенциала мозга в динамике  
у сотрудников УФМС в зависимости от стажа работы ( $n=104$ ), мВ

	Суммарный омега- потенциал мозга	Омега- потенциал ПП	Омега- потенциал ЛП
3 группа	$54,3 \pm 9,12$ xxx	$77,8 \pm 8,43$ xxx	$28,3 \pm 6,17$ xx
2 группа	$42,5 \pm 10,11$ xx	$55,4 \pm 8,78$ xx	$32,42 \pm 8,47$
1 группа	$35,32 \pm 12,4$	$33,2 \pm 10,7$	$37,5 \pm 8,32$

*Примечание: Достоверность значений по группам:  $x-p < 0,05$ ;  $xx-p < 0,01$ ;  $xxx-p < 0,001$  относительно 1 группы*

III тип фоновой динамики омега-потенциала сопровождался у сотрудников 2 группы определенными психологическими характеристиками. Это личностная ипохондричность (невозможность адекватно воспринимать и регулировать свое состояние), аффективная неустойчивость и длительное действие стрессора приводящее к функциональному процессу нарушения процессов восприятия и переработки информации, снижению устойчивости организма, нарушению энергообмена психологических функций.

Для отношений личности сотрудников 2 группы была характерна искаженная самооценка, которая отражала переживания, связанные с неудовлетворенностью собой, собственной малоценностью, эмоциональным неблагополучием и противоречивостью самообраза. У большинства сотрудников 2 группы выявляется факт высокой значимости болезни в их жизни, что связано с актуальными переживаниями по поводу своего самочувствия, своих отношений к окружающим.

Преобладание омега-потенциала правого полушария над левым полушарием мозга можно рассматривать с позиций включения защитного механизма мозга, купирующего навязчивые негативные эмоции. Включение этого механизма на нейрофизиологическом уровне у сотрудников 2 группы проявляется разнонаправленной динамикой сверхмедленных физиологических процессов в зонах правого и левого полушарий мозга, что и обуславливает выраженную межполушарную асимметрию.

Принимая во внимание все вышеизложенное, можно утверждать, что у сотрудников 2 группы получены доказательства связи сверхмедленных

физиологических процессов головного мозга с энергетическим и гормональным метаболизмом.

Главные особенности психологических характеристик 3 группы – снижение позитивного эмоционального подкрепления, нарушение энергетического обеспечения психической деятельности, затруднения в обработке социальной информации, неуверенность в себе, склонность к разочарованиям, неустойчивость к экзогенным воздействиям.

Снижение значений омега-потенциала полушарий мозга у сотрудников 3 группы характеризовалось низким уровнем бодрствования, психологическими и клиническими проявлениями астенического состояния, ограничением компенсаторно-приспособительных возможностей основных регуляторных систем, адаптивных функциональных резервов, резистентности организма к стрессорным воздействиям. На основании снижения величин омега-потенциала полушарий мозга, отвечающих за функционирование высших вегетативных центров и иммунной системы, и принимая во внимание тот факт, что они универсальны по отношению к структурам мозга, ВНС, ИС и висцеральным органам, можно диагностировать, что сотрудники 3 группы, работающие более 15 лет в системе УФМС, имеют II стадию общего адаптационного синдрома.

## **Заключение**

Исследование проводилось на базе УФМС спецотдела по временному содержанию иностранных граждан, г. Красноярск. В исследовании принимали участие 96 сотрудников (мужчин) – работники УФМС спецотдела по временному содержанию иностранных граждан. Все обследованные сотрудники были распределены на три группы относительно срока работы в УФМС.

1 группа-время трудовой деятельности от 1 до 5лет. Эта группа составила 34 человека.

2 группа-время трудовой деятельности от 10 до 15лет. Эта группа составила 30 человек.

3 группа-время трудовой деятельности от 15 до 25лет. Эта группа составила 32 человека. Возраст обследованных мужчин составил от 31до 47 лет.

Исследование проводилось в несколько этапов:

4. На подготовительном этапе была изучена научная литература, подбирались методы исследования, выбирались группы испытуемых.

5. На основном этапе исследования проводилась диагностическое изучение психологических и психофизических особенностей работников УФМС спецотдела по временному содержанию иностранных граждан в зависимости от стажа работы.

3) На заключительном этапе проводилась обработка данных, формулирование выводов.

В исследовании решались следующие задачи:

4. Подобрать диагностические процедуры и методы, позволяющие оценить психологические и психофизические особенности работников УФМС спецотдела по временному содержанию иностранных граждан.

5. Провести эмпирическое исследование психологических и психофизиологических особенностей работников УФМС спецотдела по временному содержанию иностранных граждан.

6. Провести итоговый анализ и интерпретацию данных эмпирического исследования.

Для проведения исследования был выбран ряд следующих методик:

- Методика экспресс-диагностики невроза (Der Beschwerdefragebogen, BFB) разработана в 1975 году немецкими психологами **Куртом Хеком** и **Хельгой Хесс** (Kurt Hoesck, Helga Hess) как опросник скрининга невроза, используемый в целях предварительной доврачебной диагностики, а также для эпидемиологических обследований массового характера. Оригинальный вариант методики, используемый в медицине, включает перечень 63 симптомов невроза. Обследуемому дается лист с перечнем соматических и психических жалоб, ответы интерпретируются по количественным показателям с учетом пола и возраста. В практической психодиагностике используется представленный здесь упрощенный вариант методики из 40 вопросов (23).

– Тест определения уровня нервно-психической устойчивости и «Прогноз». Опросник, разработанный в Ленинградской Военно-медицинской Академии в 1990 году В. Ю. Рыбниковым. Методика предназначена для определения уровня нервно-психической устойчивости (НПУ) у военнослужащих и позволяет выявить отдельные признаки личностных нарушений, а также оценить вероятность возникновения нервно-психических срывов. Качественный анализ ответов позволяет уточнить отдельные биографические сведения, особенности поведения и состояния психической деятельности человека в различных ситуациях. Методика первоначально разработана в ЛВМА им. С.М.Кирова и предназначена для первоначального выделения лиц с признаками нервно-психической неустойчивости. Она позволяет выявить отдельные предболезненные признаки личностных нарушений, а также оценить вероятность их развития и проявлений в поведении и деятельности человека (27).

– Исследование личности с помощью модифицированной формы опросника FPI личностный опросник, созданный главным образом для прикладных исследований с учетом опыта построения и применения опросников 16PF, MMPI, EPI. Шкалы опросника сформированы на основе результатов факторного анализа и отражают совокупность взаимосвязанных факторов. Данный опросник особо популярен и наиболее часто используется в немецкоговорящих странах.

Разработка опросника начата немецкими психологами Фаренбергом, Заргом, Гампелом (Jochen Fahrenberg, Rainer Hampel, Herbert Selg) в 1963 г. Три редакции, содержащие четыре формы опросника (полная FPI-G, 222 вопроса; альтернативные FPI-A и FPI-B, по 114 вопросов; короткая FPI-K, 76 вопросов) были опубликованы с 1970 по 1978 год. В 2001 году была проведена рестандартизация опросника и создана версия FPI-R (138 вопросов).

Результаты по методике Экспресс-диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса показали, что у испытуемых со стажем работы 15-25 лет, была

выявлена высокая вероятность невротизации ( $75,1 \pm 11,6\%$ ), в тоже время у испытуемых со стажем работы 10-15 лет высокая вероятность невроза определялась в  $36,9 \pm 14,2\%$ . У сотрудников со стажем от 1 до 5 лет высокая вероятность невроза отмечалась лишь  $7,65 \pm 0,98$  случаев. Таким образом, у большинства испытуемых в группах со стажем работы более 10 лет отмечалась высокая вероятность невротизации. Это указывало на наличие в этих группах о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате которой часто появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, раздражительность, растерянность). Выявленные результаты также свидетельствуют о безынициативности, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний, об эгоцентрической личностной направленности большинства испытуемых, что может их приводить к ипохондрической фиксации на соматических ощущениях и личностных недостатках, о трудностях в общении, о социальной робости и зависимости.

В группе испытуемых, со стажем 0-5 лет, у  $93,5 \pm 15,4\%$  была выявлена низкая вероятность невротизации. Эти показатели свидетельствуют об эмоциональной устойчивости, о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм) у испытуемых, об усилении их инициативности, независимости, социальной смелости, о появлении легкости в общении.

Анализ результатов диагностики по тесту нервно-психической устойчивости «Прогноз» (НПУ) показал, что низкая нервно-психическая устойчивость, и значит, высокая вероятность нервно-психических срывов, означающая необходимость дополнительного медицинского обследования психиатра, невропатолога была выявлена у  $46,6\%$  испытуемых со стажем 15-25 лет, и у  $73,3\%$  испытуемых со стажем 10-15 лет.

Вероятность нервно-психических срывов в экстремальных условиях, была установлена у  $33,3\%$  испытуемых со стажем 15-25 лет, и у  $13,3\%$  испытуемых со стажем 10-15 лет.

При этом было выявлено  $26,6\%$  испытуемых со стажем 0-5 лет с вероятностью нервно-психических срывов в экстремальных условиях.

Низкая вероятность нервно-психических срывов была выявлена у 20% испытуемых со стажем 15-25 лет, и у 13,3% испытуемых со стажем 10-15 лет, а также у 66,6% испытуемых со стажем 0-5 лет, и у 6,6%, была выявлена высокая нервно-психическая устойчивость – также у испытуемых со стажем 0-5 лет.

Анализ результатов диагностики испытуемых со стажем 10-15 лет по методике FPI (Фрейбургский личностный опросник - И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел) показал, что в группе испытуемых со стажем 10-15 лет высокий уровень невротичности, спонтанной агрессивности, раздражительности, застенчивости был выявлен у 100%. Также у большого числа испытуемых - у 93,3%, был выявлен высокий уровень депрессивности. У 80% был установлен высокий уровень реактивной агрессивности и экстраверсии–интроверсии. У 100% был выявлен низкий уровень эмоциональной лабильности. У 73,3% был выявлен низкий уровень уравновешенности, у 66,6% был выявлен низкий уровень открытости, и у 53,3% был выявлен низкий уровень общительности.

С целью доказательства связей динамики омега-потенциала в отведении от поверхности головы со стажем работы сотрудников УФМС и регуляторными механизмами функционального состояния, приспособительных способностей и резервов компенсации организма проведено исследование изменения омега-потенциала мозга до и после ЛПРП с применением методики ГСПМР. В соответствии с полученными результатами было установлено, что фоновые изменения величин омега-потенциала мозга сотрудников, работающих более 10 лет, значительно отличаются от респондентов со стажем 1-5 лет. Так, общий уровень омега-потенциала мозга значимо ( $p < 0,01$ ) выше его показателей у лиц 1 группы. Величина омега-потенциала ПП также значительно превышала показатели сотрудников, работающих до 5 лет в УФМС, в то время как параметры омега-потенциала ЛП были ниже, относительно 1 группы ( $p < 0,01$ ). При этом отмечалась значимая межполушарная асимметрия, составившая у сотрудников 2 группы  $23,14 \pm 1,24$  мВ. В соответствии с полученными фактами у сотрудников 2 группы был выставлен III тип фоновой динамики омега-

потенциала, который характеризуется наличием выраженного преобладания омега-потенциала правого полушария над левым полушарием мозга.

III тип фоновой динамики омега-потенциала сопровождался у сотрудников 2 группы определенными психологическими характеристиками. Это личностная ипохондричность (невозможность адекватно воспринимать и регулировать свое состояние), аффективная неустойчивость и длительное действие стрессора приводящее к функциональному процессу нарушения процессов восприятия и переработки информации, снижению устойчивости организма, нарушению энергообмена психологических функций.

Для отношений личности сотрудников 2 группы была характерна искаженная самооценка, которая отражала переживания, связанные с неудовлетворенностью собой, собственной малоценностью, эмоциональным неблагополучием и противоречивостью самообраза. У большинства сотрудников 2 группы выявляется факт высокой значимости болезни в их жизни, что связано с актуальными переживаниями по поводу своего самочувствия, своих отношений к окружающим.

Преобладание омега-потенциала правого полушария над левым полушарием мозга можно рассматривать с позиций включения защитного механизма мозга, купирующего навязчивые негативные эмоции. Включение этого механизма на нейрофизиологическом уровне у сотрудников 2 группы проявляется разнонаправленной динамикой сверхмедленных физиологических процессов в зонах правого и левого полушарий мозга, что и обуславливает выраженную межполушарную асимметрию.

Принимая во внимание все вышеизложенное, можно утверждать, что у сотрудников 2 группы получены доказательства связи сверхмедленных физиологических процессов головного мозга с энергетическим и гормональным метаболизмом.

Главные особенности психологических характеристик 3 группы – снижение позитивного эмоционального подкрепления, нарушение энергетического обеспечения психической деятельности, затруднения в обработке социальной информации, неуверенность в себе, склонность к разочарованиям, неустойчивость к экзогенным воздействиям.

Снижение значений омега-потенциала полушарий мозга у сотрудников 3 группы характеризовалось низким уровнем бодрствования, психологическими и клиническими проявлениями астенического состояния, ограничением компенсаторно-приспособительных возможностей основных регуляторных систем, адаптивных функциональных резервов, резистентности организма к стрессорным воздействиям. На основании снижения величин омега-потенциала полушарий мозга, отвечающих за функционирование высших вегетативных центров и иммунной системы, и принимая во внимание тот факт, что они универсальны по отношению к структурам мозга, ВНС, ИС и висцеральным органам, можно диагностировать, что сотрудники 3 группы, работающие более 15 лет в системе УФМС, имеют II стадию общего адаптационного синдрома.

Результаты показали, что существует зависимость развития невроза от увеличения срока работы у работников УФМС спецотдела по временному содержанию иностранных граждан.

## Выводы

1. У испытуемых со стажем работы 15-25 лет, была выявлена высокая вероятность невротизации ( $75,1 \pm 11,6\%$ ), в тоже время у испытуемых со стажем работы 10-15 лет высокая вероятность невроза определялась лишь в  $36,9 \pm 14,2\%$  случаев.
2. В группе испытуемых, со стажем 0-5 лет, у  $93,5 \pm 15,4\%$  была выявлена низкая вероятность невротизации. Эти показатели свидетельствуют об эмоциональной устойчивости, о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм) у испытуемых, об усилении их инициативности, независимости, социальной смелости, о появлении легкости в общении.
3. Анализ результатов диагностики по тесту нервно-психической устойчивости «Прогноз» (НПУ) показал, что низкая нервно-психическая устойчивость и высокая вероятность нервно-психических срывов, была выявлена у  $46,6\%$  испытуемых со стажем 15-25 лет, и у  $73,3\%$  испытуемых со стажем 10-15 лет.
4. Вероятность нервно-психических срывов в экстремальных условиях, была установлена у  $33,3\%$  испытуемых со стажем 15-25 лет, и у  $13,3\%$

испытуемых со стажем 10-15 лет. Низкая вероятность нервно-психических срывов была выявлена у 20% испытуемых со стажем 15-25 лет, и у 13,3% испытуемых со стажем 10-15 лет, а также у 66,6% испытуемых со стажем 0-5 лет, и у 6,6%, была выявлена высокая нервно-психическая устойчивость – также у испытуемых со стажем 0-5 лет.

5. В группе испытуемых со стажем 10-15 лет высокий уровень невротичности, спонтанной агрессивности, раздражительности, застенчивости был выявлен у 100%. В 93,3% случаев, был выявлен высокий уровень депрессивности. У 80% был установлен высокий уровень реактивной агрессивности и экстраверсии–интроверсии. У 100% был выявлен низкий уровень эмоциональной лабильности. У 73,3% был выявлен низкий уровень уравновешенности, у 66,6% был выявлен низкий уровень открытости, и у 53,3% был выявлен низкий уровень общительности.
6. Фоновые изменения величин омега-потенциала мозга сотрудников, работающих более 10 лет, значительно отличаются от респондентов со стажем 1-5 лет. Общий уровень омега-потенциала мозга значимо ( $p < 0,01$ ) выше его показателей у лиц 1 группы относительно других групп. При этом отмечалась значимая межполушарная асимметрия, составившая у сотрудников 2 группы  $23,14 \pm 1,24$  мВ.
7. На основании снижения величин омега-потенциала полушарий мозга, отвечающих за функционирование высших вегетативных центров и иммунной системы, и принимая во внимание тот факт, что они универсальны по отношению к структурам мозга, ВНС, ИС и висцеральным органам, можно диагностировать, что сотрудники 3 группы, работающие более 15 лет в системе УФМС, имеют II стадию общего адаптационного синдрома.

8. Результаты исследования показали, что существует зависимость развития невроза от увеличения срока работы у работников УФМС СУВСИГ.

#### **Список литературы.**

1. Аксенов М.М. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах [Текст] / М.М. Аксенов //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4. – С. 11
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000.-345с.
3. Асатиани М. Н. Психотерапия невроза навязчивых состояний. Руководство по психиатрии. /Под ред. В. Е. Рожнова. – М.: Академия 2015. -365 с.
4. Абабков В. А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. – СПб.: Речь, 2014. – 166 с.
5. Архангельский А.Е. Общая психопатология. - СПб.: Образование, 2014.-146с.
6. Авербух Е. С. Телешевская М. Э. Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте. - СПб. «Питер». 2006.-325с.
7. Батаршев А.В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2013.-242с.

8. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. – Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2012.-239с.
9. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. М.: Издательство. Магистр.- 2014. - 324с.
10. Балун О. А., Демиденко Т. Д., Черников В. П. Применение современных подходов к назначению лекарственной терапии при восстановительном лечении больных неврозами. - СПб.,«Питер».- 2001.-271с.
11. Бройтигам В.. Кристиан П.. Рад М. Психосоматическая медицина (пер. с нем.). - М., 1999-376 с
12. Гройсман А.Л. Медицинская психология. - М.:Издательство Магистр, 1998.- 206с.
13. Гиндикин В.Я. «Психиатрия для клинических психологов и психотерапевтов» М.: Медицина.-2001.-234с.
14. Гиндик В.Я. II Ранняя диагностика психических заболеваний. Киев, 2009, с. 65—77.
15. Карвасарский Б.Д. Неврозы. - 2-е изд., переработ. и доп. – М.: Медицина, 1990.345с.
16. Кожевников В.Н., Психодиагностика, психотерапия, психонейроиммунные механизмы невротических расстройств [Текст]: учебное пособие / В.Н. Кожевников.– Красноярск. – КГПУ им. В.П. Астафьева, 2013.– 216 с.
17. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. – 6-е изд., исправленное. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003.-243с.
18. Колотильщикова, Е.А. Обоснование психологических механизмов невротических расстройств / Е.А. Колотильщикова // Вестник психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 44-56.
19. Колотильщикова, Е.А. Клиническая психология: Учебник для вузов / Под ред. Б.Д. Карвасарского / В.А. Абабков, А.П. Бизюк, Н.Н. Володин, Л.А. Головей, Г.Л. Исурина, Е.А. Колотильщикова, и др. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2010. – 864 с.

20. Кискер К. П. и др. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. - М.: Алетейа, 1999.-178с.
21. Лакосина Н.Д., Трунова Н.М. Неврозы, невротические развития личности: Клиника и лечение. – М.: Медицина, 1994.-251с.
22. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. - М.; Екатеринбург, 1999.-241с.
23. Марищук В. Л., Евдокимов В. И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб.: «Питер», 2001.-205с.
24. *Методика экспресс-диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса* / Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Ред. и сост. Райгородский Д.Я. – Самара, 2001. С.169-171.
25. Неврозы и пограничные состояния /Под ред. В. Н. Мясищева, Б. Д. Карвасарского, А. Е. Личко. – СПб, Питер, 2008.- 458 с.
26. Общая психопатология: Пособие для врачей /А.О.Бухановский, Ю.А.Кутявин, М.Е.Литвак. – 3-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2003.-167с.
27. Психотерапевтическая энциклопедия /Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002.-198с.
28. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: Бахрах-М, 2001. - 672 с. (с. 169-171)
29. Рыбников В.Ю. Экспресс-методика «Прогноз» для оценки нервно-психической неустойчивости. М.: Воениздат, 1990.-351с.
30. Свядош А.М. Неврозы и их лечение. - М.: Медицина, 2010.-234с.
31. Семке В. Я. Истерические состояния. – М., 2008. -201с.
32. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии.-СПб.:ООО «Речь», 2000.-167с.
33. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Табарина. - СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
34. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. - М.: Медицина, 2009г.-217с.

35. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. – СПб: Питер, 2002. – 352 с.
36. Фрейд З. Тотем и табу. [Текст] / З. Фрейд – М.: АСТ, 2008.– 238с.
37. Хорни К. Психология женщины. Самоанализ. [Текст] / К. Хорни, СПб.: Питер, –2012.– 320с.
38. Яковлев Г.М., Новиков В.С., Хавинсон В.Х. Резистентность, стресс, регуляция. - СПб.: Наука, 2010. - 238 с.
39. Adler A. Understand human nature. Academic proekt.–2011.– 256 p.
40. Ackerman N.W. The Strength of Family Therapy. Selected papers/ Eds. D. Bloch, R. Simon; Ackerman Institute for Family Therapy. New York: Brunner/Mazel, 1982. – 389 p.
41. Burleson, M.H., Trevathan, W.R., & Todd, M.. In the mood for love or vice versa? Exploring the relations among sexual activity, physical affection, affect, and stress in the daily lives of mid-aged women. Archives of Sexual Behavior. – 2007.– № 36. – P.357-368.
42. Bodenmann G. Dyadic coping and its significance for marital functioning // Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping / Eds. T. A. Revenson, K. Kayser, G. Bodenmann. – Washington: DC: American Psychological Association.– 2005. – P. 33–49.
43. Ellis A. Rational-emotive therapy // In R.J. Corsini (Ed.), Current psychotherapies). Itasca, IL: Peacock. - 1984. - P. 197 – 238.
44. Emmons R.A. Personal strivings, daily life and psychological and physical well-being // Journal of Personality.– 1991.– V.59, № 3.
45. Evans D.L., Petatto J., Leserman J. e.a. Stress, Depression and Immunity - Research Findings and Clinical Relevance // Neuropsychopharmacology. - 2003. - Vol. 9. - Iss. 2. - P.39.
46. Lavner, Justin A., Karney, Benjamin R., Bradbury, Thomas N. Newlyweds' optimistic forecasts of their marriage: For better or for worse?//Journal of Family Psychology, Vol 27(4), Aug 2013, 531-540 .

47. Lawrence, Erika ., Rothman, Alexia D., Cobb, Rebecca J. Marital satisfaction across the transition to parenthood//Journal of Family Psychology, Vol 22(1), Feb 2008, 41-50 .
48. Lecic-Tosevski D, Vukovic O, Stepanovic J. Stress and personality // Psychiatrike. – 2011. – Oct.–Dec. – Vol. 22 (4). – P. 290–297.
49. The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD) / Jakšić N., Brajković L., Ivezić E. et al. // Psychiatria Danubina. – 2012. – Vol. 24, № 3. – P. 256–266.
50. Unestahl L.-E., Bundzen P. Integrated Mental Training. Neuro-Bio-Chemical mechanisms and Psycho-Physical Consequences. // HYPNOS. – Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine. – 1996. – N 3, Vol.23. P.27-39.
51. Vogel, David L.,Murphy, Megan J., Werner-Wilson, Ronald J. Sex differences in the use of demand and withdraw behavior in marriage: Examining the social structure hypothesis//Journal of Counseling Psychology, Vol 54(2), Apr 2007, 165-177.
52. Watson D., Tellegen A. Toward a consensual structure of mood //Psychological Bulletin. –1985. –V.98. № 2.– P. 219-235.
53. Whitton SW, Stanley SM, Markman HJ, Johnson CA.Attitudes Toward Divorce, Commitment, and Divorce Proneness in First Marriages and Remarriages//J. Marriage Fam. 2013 Apr 1;75(2):276-287.
54. Williams J. E., Best D. L. Sex stereotypes and intergroup relations / S. Worshel, W. G. Austin // Psychology of intergroup relations. – 1986. – № 3 –P. 244-259.

## Приложение.

### Опросник FPI.

Вводные замечания. Личностный опросник создан преимущественно для прикладных исследований с учетом опыта построения и применения таких широко известных опросников, как 16PF, MMPI, EPI и др. Шкалы опросника сформированы на основе результатов факторного анализа и отражают совокупность взаимосвязанных факторов. Опросник предназначен для диагностики психических состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной, профессиональной адаптации и регуляции поведения.

Оснащение. Опросник с инструкцией и бланк ответного листа в количестве, соответствующем числу одновременно исследуемых лиц.

Опросник FPI содержит 12 шкал; форма В отличается от полной формы только в два раза меньшим числом вопросов. Общее количество вопросов в опроснике – 114. Один (первый) вопрос ни в одну из шкал не входит, так как имеет проверочный характер. Шкалы опросника I–IX являются основными, или базовыми, а X–XII – производными, интегрирующими. Производные шкалы составлены из вопросов основных шкал и обозначаются иногда не цифрами, а буквами E, N и M соответственно.

Шкала I (невротичность) характеризует уровень невротизации личности. Высокие оценки соответствуют выраженному невротическому синдрому астенического типа со значительными психосоматическими нарушениями.

Шкала II (спонтанная агрессивность) позволяет выявить и оценить психопатизацию интротенсивного типа. Высокие оценки свидетельствуют о

повышенном уровне психопатизации, создающем предпосылки для импульсивного поведения.

Шкала III (депрессивность) дает возможность диагностировать признаки, характерные для психопатологического депрессивного синдрома. Высокие оценки по шкале соответствуют наличию этих признаков в эмоциональном состоянии, в поведении, в отношениях к себе и к социальной среде.

Шкала IV (раздражительность) позволяет судить об эмоциональной устойчивости. Высокие оценки свидетельствуют о неустойчивом эмоциональном состоянии со склонностью к аффективному реагированию.

Шкала V (общительность) характеризует как потенциальные возможности, так и реальные проявления социальной активности. Высокие оценки позволяют говорить о наличии выраженной потребности в общении и постоянной готовности к удовлетворению этой потребности.

Шкала VI (уравновешенность) отражает устойчивость к стрессу. Высокие оценки свидетельствуют о хорошей защищенности к воздействию стресс-факторов обычных жизненных ситуаций, базирующейся на уверенности в себе, оптимистичности и активности.

Шкала VII (реактивная агрессивность) имеет целью выявить наличие признаков психопатизации экстратенсивного типа. Высокие оценки свидетельствуют о высоком уровне психопатизации, характеризующемся агрессивным отношением к социальному окружению и выраженным стремлением к доминированию.

Шкала VIII (застенчивость) отражает предрасположенность к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, протекающему по пассивно-оборонительному типу. Высокие оценки по шкале отражают наличие тревожности, скованности, неуверенности, следствием чего являются трудности в социальных контактах.

Шкала IX (открытость) позволяет характеризовать отношение к социальному окружению и уровень самокритичности. Высокие оценки свидетельствуют о стремлении к доверительно-откровенному взаимодействию

с окружающими людьми при высоком уровне самокритичности. Оценки по данной шкале могут в той или иной мере способствовать анализу искренности ответов обследуемого при работе с данным опросником, что соответствует шкалам лжи других опросников.

Шкала X (экстраверсия – интроверсия). Высокие оценки по шкале соответствуют выраженной экстравертированности личности, низкие – выраженной интровертированности.

Шкала XI (эмоциональная лабильность). Высокие оценки указывают на неустойчивость эмоционального состояния, проявляющуюся в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции. Низкие оценки могут характеризовать не только высокую стабильность эмоционального состояния как такового, но и хорошее умение владеть собой.

Шкала XII (маскулинизм – феминизм). Высокие оценки свидетельствуют о протекании психической деятельности преимущественно по мужскому типу, низкие – по женскому.

Порядок работы. Исследование может проводиться индивидуально либо с группой испытуемых. В последнем случае необходимо, чтобы каждый из них имел не только персональный бланк ответного листа, но и отдельный опросник с инструкцией. Размещаться испытуемые должны так, чтобы не создавать помех друг другу в процессе работы. Психолог-исследователь кратко излагает цель исследования и правила работы с опросником. Важно при этом достичь положительного, заинтересованного отношения исследуемых к выполнению задания. Их внимание обращается на недопустимость взаимных консультаций по ответам в процессе работы и каких-либо обсуждений между собой. После этих разъяснений психолог предлагает внимательно изучить инструкцию, отвечает на вопросы, если они возникли после ее изучения, и предлагает перейти к самостоятельной работе с опросником.

Обработка результатов. Первая процедура касается получения первичных, или “сырых”, оценок. Для ее осуществления необходимо

подготовить матричные формы ключей каждой шкалы на основе общего ключа опросника. Для этого в бланках чистых ответных листов, идентичных тем, которыми пользовались испытуемые, вырезаются “окна” в клетках, соответствующих номеру вопроса и варианту ответа. Полученные таким образом шаблоны поочередно, в соответствии с порядковым номером шкалы, накладываются на заполненный исследуемым ответный лист. Подсчитывается количество отметок (крестиков), совпавших с “окнами” шаблона. Полученные значения заносятся в столбец первичных оценок протокола занятия.

Вторая процедура связана с переводом первичных оценок в стандартные оценки 9-балльной шкалы с помощью таблицы. Полученные значения стандартных оценок обозначаются в соответствующем столбце протокола нанесением условного обозначения (кружок, крестик или др.) в точке, соответствующей величине стандартной оценки по каждой шкале. Соединив прямыми обозначенные точки, получим графическое изображение профиля личности.

Анализ результатов следует начинать с просмотра всех ответных листов, заполненных исследуемыми, уточняя, какой ответ дан на первый вопрос. При отрицательном ответе, означающем нежелание испытуемого отвечать откровенно на поставленные вопросы, следует считать исследование несостоявшимся. При положительном ответе на первый вопрос, после обработки результатов исследования, внимательно изучается графическое изображение профиля личности, выделяются все высокие и низкие оценки. К низким относятся оценки в диапазоне 1–3 балла, к средним – 4-6 баллов, к высоким – 7-9 баллов. Следует обратить особое внимание на оценку по шкале IX, имеющую значение для общей характеристики достоверности ответов.

Интерпретация полученных результатов, психологическое заключение и рекомендации должны быть даны на основе понимания сути вопросов в каждой шкале, глубинных связей исследуемых факторов между собой и с другими психологическими и психофизиологическими характеристиками и их роли в поведении и деятельности человека.

## **Многофакторный личностный опросник FPI (модифицированная форма В)**

Инструкция испытуемому.

На последующих страницах имеется ряд утверждений, каждое из которых подразумевает относящийся к вам вопрос о том, соответствует или не соответствует данное утверждение каким-то особенностям вашего поведения, отдельных поступков, отношения к людям, взглядам на жизнь и т.п. Если вы считаете, что такое соответствие имеет место, то дайте ответ “Да”, в противном случае – ответ “Нет”. Свой ответ зафиксируйте в имеющемся у вас ответном листе, поставив крестик в клеточку, соответствующую номеру утверждения в вопроснике и виду вашего ответа. Ответы необходимо дать на все вопросы.

Успешность исследования во многом зависит от того, насколько внимательно выполняется задание. Ни в коем случае не следует стремиться своими ответами произвести на кого-то лучшее впечатление, так как ни один ответ не оценивается как хороший или плохой. Вы не должны долго размышлять над каждым вопросом, а старайтесь как можно быстрее решить, какой из двух ответов, пусть весьма относительно, но все-таки кажется вам ближе к истине. Вас не должно смущать, если некоторые из вопросов покажутся слишком личными, поскольку исследование не предусматривает анализа каждого вопроса и ответа, а опирается лишь на количество ответов одного и другого вида. Кроме того, вы должны знать, что результаты индивидуально-психологических исследований, как и медицинских, не подлежат широкому обсуждению.

### **Вопросы**

1. Я внимательно прочел инструкцию и готов откровенно ответить на все вопросы анкеты.

2. По вечерам я предпочитаю развлекаться в веселой компании (гости, дискотека, кафе и т.п.).
3. Моему желанию познакомиться с кем-либо всегда мешает то, что мне трудно найти подходящую тему для разговора.
4. У меня часто болит голова.
5. Иногда я ощущаю стук в висках и пульсацию в области шеи.
6. Я быстро теряю самообладание, но и так же быстро беру себя в руки.
7. Бывает, что я смеюсь над неприличным анекдотом.
8. Я избегаю о чем-либо расспрашивать и предпочитаю узнавать то, что мне нужно, другим путем.
9. Я предпочитаю не входить в комнату, если не уверен, что мое появление пройдет незамеченным.
10. Могу так вспылить, что готов разбить все, что попадет под руку.
11. Чувствую себя неловко, если окружающие почему-то начинают обращать на меня внимание.
12. Я иногда чувствую, что сердце начинает работать с перебойми или начинает биться так, что, кажется, готово выскочить из груди.
13. Не думаю, что можно было бы простить обиду.
14. Не считаю, что на зло надо отвечать злом, и всегда следую этому.
15. Если я сидел, а потом резко встал, то у меня темнеет в глазах и кружится голова.
16. Я почти ежедневно думаю о том, насколько лучше была бы моя жизнь, если бы меня не преследовали неудачи.
17. В своих поступках я никогда не исхожу из того, что людям можно полностью доверять.
18. Могу прибегнуть к физической силе, если требуется отстоять свои интересы.
19. Легко могу развеселить самую скучную компанию.
20. Я легко смущаюсь.

21. Меня ничуть не обижает, если делаются замечания относительно моей работы или меня лично.
22. Нередко чувствую, как у меня немеют или холодеют руки и ноги.
23. Бываю неловким в общении с другими людьми.
24. Иногда без видимой причины чувствую себя подавленным, несчастным.
25. Иногда нет никакого желания чем-либо заняться.
26. Порой я чувствую, что мне не хватает воздуха, будто бы я выполнял очень тяжелую работу.
27. Мне кажется, что в своей жизни я очень многое делал неправильно.
28. Мне кажется, что другие нередко смеются надо мной.
29. Люблю такие задания, когда можно действовать без долгих размышлений.
30. Я считаю, что у меня предостаточно оснований быть не очень-то довольным своей судьбой.
31. Часто у меня нет аппетита.
32. В детстве я радовался, если родители или учителя наказывали других детей.
33. Обычно я решителен и действую быстро.
34. Я не всегда говорю правду.
35. С интересом наблюдаю, когда кто-то пытается выпутаться из неприятной истории.
36. Считаю, что все средства хороши, если надо настоять на своем.
37. То, что прошло, меня мало волнует.
38. Не могу представить ничего такого, что стоило бы доказывать кулаками.
39. Я не избегаю встреч с людьми, которые, как мне кажется, ищут ссоры со мной.
40. Иногда кажется, что я вообще ни на что не годен.
41. Мне кажется, что я постоянно нахожусь в каком-то напряжении и мне трудно расслабиться.

42. Нередко у меня возникают боли “под ложечкой” и различные неприятные ощущения в животе.
43. Если обидят моего друга, я стараюсь отомстить обидчику.
44. Бывало, я опаздывал к назначенному времени.
45. В моей жизни было так, что я почему-то позволил себе мучить животное.
46. При встрече со старым знакомым от радости я готов броситься ему на шею.
47. Когда я чего-то боюсь, у меня пересыхает во рту, дрожат руки и ноги.
48. Частенько у меня бывает такое настроение, что с удовольствием бы ничего не видел и не слышал.
49. Когда ложусь спать, то обычно засыпаю уже через несколько минут.
50. Мне доставляет удовольствие, как говорится, ткнуть носом других в их ошибки.
51. Иногда могу похвастаться.
52. Активно участвую в организации общественных мероприятий.
53. Нередко бывает так, что приходится смотреть в другую сторону, чтобы избежать нежелательной встречи.
54. В свое оправдание я иногда кое-что выдумывал.
55. Я почти всегда подвижен и активен.
56. Нередко сомневаюсь, действительно ли интересно моим собеседникам то, что я говорю.
57. Иногда вдруг чувствую, что весь покрываюсь потом.
58. Если сильно разозлюсь на кого-то, то могу его и ударить.
59. Меня мало волнует, что кто-то плохо ко мне относится.
60. Обычно мне трудно возражать моим знакомым.
61. Я волнуюсь и переживаю даже при мысли о возможной неудаче.
62. Я люблю не всех своих знакомых.
63. У меня бывают мысли, которых следовало бы стыдиться.

64. Не знаю почему, но иногда появляется желание испортить то, чем восхищаются.
65. Я предпочитаю заставить любого человека сделать то, что мне нужно, чем просить его об этом.
66. Я нередко беспокойно двигаю рукой или ногой.
67. Предпочитаю провести свободный вечер, занимаясь любимым делом, а не развлекаясь в веселой компании.
68. В компании я веду себя не так, как дома.
69. Иногда, не подумав, скажу такое, о чем лучше бы помолчать.
70. Боюсь стать центром внимания даже в знакомой компании.
71. Хороших знакомых у меня очень немного.
72. Иногда бывают такие периоды, когда яркий свет, яркие краски, сильный шум вызывают у меня болезненно неприятные ощущения, хотя я вижу, что на других людей это так не действует.
73. В компании у меня нередко возникает желание кого-нибудь обидеть или разозлить.
74. Иногда думаю, что лучше бы не родиться на свет, как только представляю себе, сколько всяких неприятностей, возможно, придется испытать в жизни.
75. Если кто-то меня серьезно обидит, то получит свое сполна.
76. Я не стесняюсь в выражениях, если меня выведут из себя.
77. Мне нравится так задать вопрос или так ответить, чтобы собеседник растерялся.
78. Бывало, откладывал то, что требовалось сделать немедленно.
79. Не люблю рассказывать анекдоты или забавные истории.
80. Повседневные трудности и заботы часто выводят меня из равновесия.
81. Не знаю, куда деться при встрече с человеком, который был в компании, где я вел себя неловко.

82. К сожалению, отношусь к людям, которые бурно реагируют даже на жизненные мелочи.
83. Я робею при выступлении перед большой аудиторией.
84. У меня довольно часто меняется настроение.
85. Я устаю быстрее, чем большинство окружающих меня людей.
86. Если я чем-то сильно взволнован или раздражен, то чувствую это как бы всем телом.
87. Мне докучают неприятные мысли, которые назойливо лезут в голову.
88. К сожалению, меня не понимают ни в семье, ни в кругу моих знакомых.
89. Если сегодня я посплю меньше обычного, то завтра не буду чувствовать себя отдохнувшим.
90. Стараюсь вести себя так, чтобы окружающие опасались вызвать мое неудовольствие.
91. Я уверен в своем будущем.
92. Иногда я оказывался причиной плохого настроения кого-нибудь из окружающих.
93. Я не прочь посмеяться над другими.
94. Я отношусь к людям, которые “за словом в карман не лезут”.
95. Я принадлежу к людям, которые ко всему относятся достаточно легко.
96. Подростком я проявлял интерес к запретным темам.
97. Иногда зачем-то причинял боль любимым людям.
98. У меня нередки конфликты с окружающими из-за их упрямства.
99. Часто испытываю угрызения совести в связи со своими поступками.
100. Я нередко бываю рассеянным.
101. Не помню, чтобы меня особенно опечалили неудачи человека, которого я не могу терпеть.
102. Часто я слишком быстро начинаю досадовать на других.
103. Иногда неожиданно для себя начинаю уверенно говорить о таких вещах, в которых на самом деле мало что смыслю.

104. Часто у меня такое настроение, что я готов взорваться по любому поводу.
105. Нередко чувствую себя вялым и усталым.
106. Я люблю беседовать с людьми и всегда готов поговорить и со знакомыми и с незнакомыми.
107. К сожалению, я зачастую слишком поспешно оцениваю других людей.
108. Утром я обычно встаю в хорошем настроении и нередко начинаю насвистывать или напевать.
109. Не чувствую себя уверенно в решении важных вопросов даже после длительных размышлений.
110. Получается так, что в споре я почему-то стараюсь говорить громче своего оппонента,
111. Разочарования не вызывают у меня сколь-либо сильных и длительных переживаний.
112. Бывает, что я вдруг начинаю кусать губы или грызть ногти.
113. Наиболее счастливым я чувствую себя тогда, когда бываю один.
114. Иногда одолевает такая скука, что хочется, чтобы все перессорились друг с другом. Прошу вас проверить, на все ли вопросы даны ответы.

### Ответный лист

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

	Да	Нет		Да	Нет		Да	Нет		Да	Нет		Да	Нет		Да	Нет
1			20			39			58			77			96		
2			21			40			59			78			97		
3			22			41			60			79			98		
4			23			42			61			80			99		
5			24			43			62			81			100		

6		25		44		63		82		101	
7		26		45		64		83		102	
8		27		46		65		84		103	
9		28		47		66		85		104	
10		29		48		67		86		105	
11		30		49		68		87		106	
12		31		50		69		88		107	
13		32		51		70		89		108	
14		33		52		71		90		109	
15		34		53		72		91		110	
16		35		54		73		92		111	
17		36		55		74		93		112	
18		37		56		75		94		113	
19		38		57		76		95		114	

### Ключ

Номер шкалы	Название шкалы и количество вопросов	Ответы по номерам вопросов	
		да	нет
I	Невротичность 17	4, 5, 12, 15,22,26,31, 41,42,57,66,72,85,86, 89,105	49
II	Спонтанная агрессивность 13	32, 35, 45, 50,64,73,77, 93,97,98, 103, 112, 114	99
III	Депрессивность 14	16,24,27,28, 30,40,48, 56,61,74,84,87,88, 100	–
IV	Раздражительность 11	6, 10,58,69,76,80,82, 102, 104,107, 110	–
V	Общительность 15	2, 19,46,52,55,94, 106	3, 8,23,53, 67,71,79,113
VI	Уравновешенность 10	14,21,29,37,38,59,91, 95, 108, 111	–
VII	Реактивная агрессивность 10	13, 17, 18,36,39,43,65, 75,90, 98	
VIII	Застенчивость 10	9, 11,20,47,60,70,81, 83,109	33
IX	Открытость 13	7,25,34,44,51,54,62, 63,68,78,92,96, 101	–

X	Экстраверсия– интроверсия 12	2,29,46,51,55,76,93, 95, 106, 110	20,87
XI	Эмоциональная лабильность 14	24, 25, 40, 48, 80, 83, 84, 85,87,88, 102, 112, 113	59
XII	Маскулинизм– феминизм 15	18,29,33,50,52,58,59, 65,91, 104	16,20,31,47, 84

### ПРОТОКОЛ ЗАНЯТИЯ

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

### Профиль личности

Номер шкалы	Первичная оценка	Стандартная оценка, баллы									
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	
I											
II											
III											
IV											
V											
VI											
VII											
VIII											
IX											
X											
XI											
XII											

### Перевод первичных оценок в стандартные

Первичная оценка	Стандартная оценка по шкалам											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	3	3	1	1	3	3	1	1	2	1
2	4	3	4	4	1	2	4	5	1	1	3	1
3	4	4	4	5	1	3	5	6	2	2	4	1
4	5	5	5	6	2	4	6	6	3	3	4	1
5	5	5	6	7	2	5	7	7	3	4	5	2
6	6	7	6	7	3	6	8	7	4	4	6	3
7	7	8	7	8	4	8	9	9	5	6	7	5

8	7	8	7	8	4	8	9	9	5	6	7	5
9	8	8	8	9	5	9	9	9	6	7	8	6
10	8	9	8	9	5	9	9	9	8	8	8	8
11	8	9	8	9	6	–	–	–	8	9	8	8
12	8	9	9	–	7	–	–	–	9	9	9	9
13	9	9	9	–	8	–	–	–	9	–	9	9
14	9	–	9	–	9	–	–	–	–	–		

**Методика экспресс-диагностики невроза  
( К. Хека и Х. Хесса).**

**Инструкция .**

Ознакомившись с вопросом или суждением, ответьте на него «да» или «нет»

1. Считаете ли Вы, что внутренне напряжены?
2. Я часто так сильно во что-то погружен, что не могу заснуть.
3. Я чувствую себя легко ранимым.
4. Мне трудно заговорить с незнакомыми людьми.
5. Часто ли без особых причин у Вас возникает чувство безучастности и усталости?
6. У меня часто возникает чувство, что люди меня критически рассматривают.
7. Часто ли Вас преследуют бесполезные мысли, которые не выходят из головы, хотя Вы стараетесь от них избавиться?
8. Я довольно нервный.
9. Мне кажется, что меня никто не понимает.
10. Я довольно раздражительный.
11. Если бы против меня не были настроены, мои дела шли бы более успешно.
12. Я слишком близко и надолго принимаю к сердцу неприятности.
13. Даже мысль о возможной неудаче меня волнует.
14. У меня были очень странные и необычные переживания.

15. Бывает ли Вам то радостно, то грустно без видимых причин?
16. В течение всего дня я мечтаю и фантазирую больше, чем нужно.
17. Легко ли изменить Ваше настроение?
18. Я часто борюсь с собой, чтобы не показать свою застенчивость.
19. Я хотел бы быть таким же счастливым, какими кажутся другие люди.
20. Иногда я дрожу или испытываю приступы озноба.
21. Часто ли меняется Ваше настроение в зависимости от серьезной причины или без нее?
22. Испытываете ли Вы иногда чувство страха даже при отсутствии реальной опасности?
23. Критика или выговор меня очень ранят.
24. Временами я бываю так беспокоен, что даже не могу усидеть на одном месте.
25. Беспокоитесь ли Вы иногда слишком сильно из-за незначительных вещей?
26. Я часто испытываю недовольство.
27. Мне трудно сконцентрироваться при выполнении какого-либо задания или работы.
28. Я делаю много такого, в чем приходится раскаиваться.
29. Большею частью я счастлив.
30. Я недостаточно уверен в себе.
31. Иногда я кажусь себе действительно никчемным.
32. Часто я чувствую себя просто скверно.
33. Я много копаюсь в себе.
34. Я страдаю от чувства неполноценности.
35. Иногда у меня все болит.
36. У меня бывает гнетущее состояние.
37. У меня что-то с нервами.
38. Мне трудно поддерживать разговор при знакомстве.
39. Самая тяжелая борьба для меня – это борьба с самим собой.

40. Чувствуете ли Вы иногда, что трудности велики и непреодолимы?

### **Обработка результатов и интерпретация**

Методика дает лишь предварительную и обобщенную информацию. Окончательные выводы можно делать лишь после подробного изучения личности. Методика активно используется в психотерапевтической практике.

Подсчитывают количество утвердительных ответов.

#### **0-23 баллов**

Данное количество соответствует низкой невротизации и свидетельствует об эмоциональной устойчивости, о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм), об инициативности, о чувстве собственного достоинства, независимости, социальной смелости, о легкости в общении.

#### **24 и более баллов**

Данное количество соответствует высокой вероятности невроза (невротизации) и свидетельствует о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, раздражительность, растерянность), о безынициативности, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний, об эгоцентрической личностной направленности, что приводит к ипохондрической фиксации на соматических ощущениях и личностных недостатках, о трудностях в общении, о социальной робости и зависимости.

- Различают три формы неврозов: неврастению, истерию (истерический невроз) и невроз навязчивых состояний.
- Неврастения появляется вследствие ослабления нервной системы (причины могут быть разными), в результате перенапряжения раздражительного или тормозного процесса, либо в случае их чрезмерной подвижности. Таким образом, имеет место дефект в системе, проводящей

энергию эмоций: как только энергия возникает под влиянием значимых внутренних или внешних воздействий, она "растекается" по внутренним органам и по разным подструктурам личности, побуждает их очень активно действовать. Этот невроз возникает главным образом в возрасте 20-40 лет, несколько чаще у мужчин, чем у женщин в условиях истощающих умственных и физических нагрузок, длительного переутомления, личных переживаний, конфликтов, то есть в широком смысле слова в психогенных условиях.

- Сказанное подтверждается известными симптомами неврастения:
  - раздражительная слабость - несдержанность, бурные реакции, вспышки возбуждения, слезливость, неспособность ждать, действовать спокойно и осмотрительно, вялый контроль за эмоциями;
  - расстройство сна: сон не освежающий, сонливость днем и ночью;
  - расстройство предпосылок интеллектуальной деятельности: внимание пассивно, не способно сосредотачиваться, плохое запоминание, трудно думать; возможны потери мысли;
  - снижение настроений и активности: тоскливость, вялость, безволие, сосредоточенность внимания на своих состояниях;
  - заострение или появление некоммуникативных свойств характера: конфликтность, категоричность, противоречивость, робость, зависимость, конформность (внушаемость под влиянием мнений окружающих), недовольство окружающими;
  - появление некоммуникабельных форм поведения: эгоцентризм, утрированные эмоции, аутичные настроения и умозаключения, нонсинергичный и антисинергичный стиль совместной деятельности;
  - снижение нравственного уровня: мстительность, злобность, беспринципность, утрата нравственного контроля;
  - огрубление личности: сужение сферы интересов, снижение трудоспособности, чувство неполноценности.

- Истерия (истерический невроз). На фоне ослабленной нервной системы отмечаются не, только нарушения на уровне ряда подструктур личности, но и на уровне психической организации индивида - элементарных систем жизнеобеспечения и отражения действительности. Мощные и постоянные энергетические потоки, вызванные чрезвычайно значимыми внешними или внутренними воздействиями, то есть психотравмирующими обстоятельствами, выводят из строя системы адекватного реагирования. Истерический невроз представляет собой группы двигательных, сенсорно-чувствительных и вегетативных расстройств невротического регистра, которые возникают под влиянием (различной силы) острых психических травм и менее сильных, но длительно действующих неприятных воздействий. Возникает он, в основном, в молодом возрасте и значительно чаще - у женщин, чем у мужчин. Симптоматика истерических неврозов такова:
  - - обостренная реактивность нервной системы: повышенная впечатлительность и чувствительность, неустойчивость настроений;
  - - снижение критичности ума: повышенная внушаемость и самовнушаемость, безотчетность поведения;
  - - эмоционально-авсессивные расстройства: страхи, астения, ипохондрия, подавленное настроение;
  - - расстройства в сфере интеллекта: "выпадение", "вытеснение" из памяти всего, что связано с психотравмирующими обстоятельствами и, как следствие, нарушение логики отношений с окружающими;
  - - сенсорные нарушения: истерическая слепота, глухота, понижение или повышение чувствительности;
  - - двигательные нарушения: судорожные припадки, парезы, параличи, гиперкинезы, контрактуры.
- Невроз навязчивых состояний характеризуется тем, что на фоне указанных невротических признаков слабости нервной системы развиваются нарушения сознания в виде стереотипии отражения

действительности. Психическое отражение утрачивает адекватность, гибкость, разумное начало и подчиняется безотчетным переживаниям за благополучие индивида - страхам (фобиям).

- Признаки невроза навязчивых состояний:
- - повышенная раздражительность: утомляемость, обостренность эмоциональных реакций, непереносимость сильных раздражителей (шум, крик, замечания, требования и т. п.);
- - пониженное настроение: безнадежность, чувство неполноценности, обреченности, безысходности;
- - нарушения в сфере интеллекта: слабость внимания, трудность концентрации;
- - нарушения сна;
- - стереотипия отражения действительности (отдельных ее аспектов): навязчивые идеи, мысли, представления, влечения;
- - стереотипные негативные ожидания (то есть страхи): кардиофобия - боязнь сердечных заболеваний, остановки сердца, повышенное внимание к его работе; канцерофобия - боязнь заболеть раком, клаустрофобия - страх замкнутого пространства и т. д. Встречаются однократные прильпы болезни, рецидивы или формы непрерывного течения (чаще);
- - стереотипные действия: в виде примитивных навязчивых физиологических действий, так называемых тиков, когда человек, например, без нужды проводит рукой по голове (как бы поправляя прическу), отбрасывает голову назад, поворачивает ее в сторону, придавая этим движениям внешнюю необходимость их совершения теперь; либо в виде сложных навязчивых действий и ритуалов.
- Неврозы не достигают грубых (психотических) нарушений отражения реальной действительности и не сопровождаются значительными изменениями поведения. Имеет значение накопительное влияние отдельных состояний и поведенческих признаков.

## **Методика определения нервно-психической устойчивости и риска дезадаптации в стрессе «прогноз»**

---

**Назначение и содержание.** Методика разработана в Санкт-Петербургской военно-медицинской академии и предназначена для выявления нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации человека в стрессовых ситуациях. Рекомендуется при подборе лиц, пригодных для работы в экстремальных условиях.

Инструментарий содержит 84 вопроса, на каждый из которых предлагается дать ответ «да» или «нет». Результат анкетирования определяется по 10-балльной шкале, на основании которой выносится заключение о группе нервно-психической устойчивости. Обследование может проводиться как индивидуально, так и в группе. Общее время обследования - около 20 минут.

Анкета зачитывается экспериментатором или предъявляется в записи в темпе, позволяющем осмыслить вопрос и сделать отметку в бланке для ответов.

**Инструкция:** «Внимательно читайте каждое утверждение, на которое вы должны ответить «да» или «нет». В случае положительного ответа ставьте знак «+» в соответствующей клетке бланка для ответов, при отрицательном - «-». «Правильных» или «неправильных» ответов здесь нет, поэтому не старайтесь долго их обдумывать. Отвечайте исходя из того, что больше подходит вашему состоянию или представлению о себе».

### **Текст опросника**

1. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них никому не рассказывать.
2. В детстве у меня была такая компания, где все старались всегда и во всем стоять друг за друга.
3. Временами у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
4. Бывали случаи, когда я не сдерживал своих обещаний.

5. У меня часто болит голова.
6. Иногда я говорю неправду.
7. Раз в неделю или чаще я без всякой видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.
8. Бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь.
9. Бывает, что я сержусь.
10. Теперь мне трудно надеяться на то, что чего-нибудь добьюсь в жизни.
11. Бывает, что я откладываю на завтра то, что нужно сделать сегодня.
12. Я охотно принимаю участие во всех собраниях и других общественных мероприятиях.
13. Самая трудная борьба для меня - это борьба с самим собой.
14. Мышечные судороги и подергивания у меня бывают очень редко.
15. Иногда, когда я неважно себя чувствую, я бываю раздражительным.
16. Я довольно безразличен к тому, что со мной будет.
17. В гостях я держусь за столом лучше, чем дома.
18. Если мне не грозит штраф и машин по близости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где положено.
19. Я считаю, что моя семейная жизнь такая же хорошая, как и у большинства моих знакомых.
20. Мне часто говорят, что я вспыльчив.
21. Запоры у меня бывают редко.
22. В игре я предпочитаю выигрывать.
23. Последние несколько лет большую часть времени я чувствую себя хорошо.
24. Сейчас мой вес сохраняется на одном уровне: я не полнею и не хую.
25. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных людей, это придает мне вес в собственных глазах.
26. Я был бы довольно спокоен, если бы у кого-нибудь из моей семьи были неприятности из-за нарушения закона.

27. С моим рассудком творится что-то неладное.
28. Меня беспокоят мои сексуальные (половые) проблемы.
29. Когда я пытаюсь что-то сказать, то часто замечаю, что у меня дрожат руки.
30. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как прежде.
31. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.
32. Думаю, что я человек обреченный.
33. Я ссорюсь с членами моей семьи очень редко.
34. Бывает, что я с кем-нибудь немного посплетничаю.
35. Часто я вижу сны, о которых лучше никому не рассказывать.
36. Бывало, что при обсуждении некоторых вопросов я, особенно не задумываясь, соглашался с мнением других.
37. В школе я усваивал материал медленнее, чем другие.
38. Моя внешность меня в общем устраивает.
39. Я вполне уверен в себе.
40. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным и взволнованным.
41. Кто-то управляет моими мыслями.
42. Я ежедневно выпиваю необычно много воды.
43. Бывает, что неприличная или непристойная шутка вызывает у меня смех.
44. Счастливей всего я бываю, когда один.
45. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.
46. Я любил сказки Андерсена.
47. Даже среди людей я обычно чувствую себя одиноким.
48. Меня злит, когда меня торопят.
49. Меня легко привести в замешательство.
50. Я легко теряю терпение с людьми.
51. Часто мне хочется умереть.
52. Бывало, что я бросал начатое дело, т. к. боялся, что не справлюсь с ним.
53. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.

54. К вопросам религии я отношусь равнодушно - они не занимают меня.
55. Приступы плохого настроения бывают у меня довольно редко.
56. Я заслуживаю сурового наказания за свои поступки.
57. У меня были очень необычные мистические переживания.
58. Мои убеждения и взгляды непоколебимы.
59. У меня бывали периоды, когда из-за волнения я терял сон.
60. Я человек нервный, легко возбудимый.
61. Мне кажется, что обоняние у меня такое же, как и у других людей (не хуже).
62. Все у меня получается плохо, не так, как надо.
63. Я почти всегда ощущаю сухость во рту.
64. Большую часть времени я чувствую себя усталым.
65. Иногда я чувствую, что близок к нервному срыву.
66. Меня очень раздражает, что я забываю, куда кладу вещи.
67. Я очень внимательно отношусь к тому, как я одеваюсь.
68. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем рассказы о любви.
69. Мне очень трудно приспособиться к новым условиям жизни, работы. Переход к любым другим условиям жизни, работы, учебы кажется невыносимым.
70. Мне кажется, что по отношению именно ко мне особенно часто поступают несправедливо.
71. Я часто чувствую себя несправедливо обиженным.
72. Мое мнение часто не совпадает с мнением окружающих.
73. Я часто испытываю чувство усталости от жизни и мне не хочется жить.
74. На меня обращают внимание чаще, чем на других.
75. У меня бывают головные боли и головокружения из-за переживаний.
76. Часто у меня бывают периоды, когда мне никого не хочется видеть.
77. Мне трудно проснуться в назначенный час.
78. Если в моих неудачах кто-то виноват, я не оставлю его безнаказанным.
79. В детстве я был капризный и раздражительный.

80. Мне известны случаи, когда мои родственники лечились у невропатологов и психиатров.
81. Иногда я принимаю валериану, элениум, кодеин и другие успокаивающие средства.
82. У меня есть судимые родственники.
83. В юности я имел приводы в милицию.
84. Случалось, что меня грозили оставить в школе на второй год.

**Бланк для ответов**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

1.		15.		29.		43.		57.		71.	
2.		16.		30.		44.		58.		72.	
3.		17.		31.		45.		59.		73.	
4.		18.		32.		46.		60.		74.	
5.		19.		33.		47.		61.		75.	
6.		20.		34.		48.		62.		76.	
7.		21.		35.		49.		63.		77.	
8.		22.		36.		50.		64.		78.	
9.		23.		37.		51.		65.		79.	
10.		24.		38.		52.		66.		80.	
11.		25.		39.		53.		67.		81.	
12.		26.		40.		54.		68.		82.	
13.		27.		41.		55.		69.		83.	
14.		28.		42.		56.		70.		84.	

**Обработка и интерпретация результатов**

Подсчитывается сумма баллов - правильных ответов, соответствующих «ключу».

Начинать подведение итогов следует с проверки искренности ответов респондента: если по данной шкале опрашиваемый набирает 5 и более баллов, результаты опроса недостоверны, ибо человек хочет казаться лучше, а не таким, какой он есть.

Нервно-психическая неустойчивость тем больше, чем больше получено

баллов. Полученный балл надо соотнести с условной шкалой НПУ; она в интервале от 1 до 10 пунктов. Чем больше значение пункта условной шкалы, тем больше нервно-психическая устойчивость.

#### 10-балльная шкала оценок НПУ

Полученные баллы по шкале НПУ	Оценка по 10-балльной шкале	Группа НПУ	Прогноз
5 и менее	6	I. Высокая нервно-психическая устойчивость	Благоприятный
7-8	8	IV. Неудовлетворительная нервно-психическая устойчивость	Неблагоприятный
9-10	7		
11-13	6		
14-17	5	III. Удовлетворительная нервно-психическая устойчивость	Относительно благоприятный
18-22	4		
23-28	3		
29-32	2	психическая устойчивость	
33 и более	1		

#### Ключ

Шкала нервно-психической устойчивости:

«ДА» - вопросы: 3, 5, 7, 10, 16, 20, 26, 27, 29, 32, 35, 37, 40, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 57, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84.

«НЕТ» - вопросы: 2, 12, 13, 14, 19, 21, 23, 24, 28, 30, 33, 37, 38, 39, 46, 49, 54, 55, 58, 61, 68.

Шкала искренности:

«ДА» - вопросы: 1, 4, 6, 8, 9, 11, 15, 17, 18, 22, 25, 31, 34, 36, 43.