

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО

На правах рукописи

СОЛОВЬЕВА МАРИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

УДК: 616.8-008:336-051]-07-084+615.851

**ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ
ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ (КЛИНИКА,
ДИАГНОСТИКА, ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА)**

14.01.06 - психиатрия

Диссертация

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Экземпляр идентичный всем
существующим у ученого секретаря
Диссовета Д 01.026.06

Ученый секретарь Коценко Ю.И.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой психиатрии,
наркологии и медицинской
психологии ГОО ВПО ДОННМУ
ИМ.М.ГОРЬКОГО

Абрамов Владимир Андреевич

Донецк – 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ:

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. ГЛАВА ПЕРВАЯ. Обзор литературы. Современный взгляд на проблему развития и особенностей невротических расстройств у служащих финансово-кредитных учреждений, их психотерапии и психопрофилактики.....	12
1.1 Распространенность невротических расстройств у служащих финансово-кредитных учреждений.....	12
1.2 Факторы риска развития невротических расстройств у служащих финансово-кредитных учреждений.....	22
1.3 Профилактика и коррекция невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений.....	26
2. ГЛАВА ВТОРАЯ. Материалы, объект и методы исследования.....	33
2.1. Организация и дизайн исследования.....	33
2.2. Общая характеристика исследованного контингента.....	35
2.3. Методы исследования.....	38
3. ГЛАВА ТРЕТЬЯ. Социально-психологическая характеристика стрессонаполненности профессиональной жизни и анализ уровня нервно-психического напряжения у сотрудников финансово-кредитных учреждений.....	46
4. ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ. Результаты клинико-психопатологического и психодиагностического исследования сотрудников финансово-кредитных учреждений с невротическими расстройствами.....	66
4.1. Результаты клинико-психопатологического исследования состояния психического здоровья сотрудников финансово-кредитных учреждений.....	69
4.2. Результаты психодиагностического исследования состояния психического здоровья сотрудников финансово-кредитных учреждений.....	89

5. ГЛАВА ПЯТАЯ. Прогнозирование риска развития невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений.....	98
6. ГЛАВА ШЕСТАЯ. Особенности системного подхода к психотерапии и психопрофилактике невротических расстройств у служащих финансово-кредитных учреждений и их эффективность.....	112
6.1 Особенности психотерапии и психопрофилактики невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений.....	112
6.2. Оценка эффективности психотерапии и психопрофилактики невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений.....	128
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	141
8. ВЫВОДЫ.....	156
9. ЛИТЕРАТУРА.....	161
10. ПРИЛОЖЕНИЕ.....	174

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. В последние годы изменения, которые происходят в экономической, социальной, материально-технической сферах общества создали предпосылки для роста заболеваемости невротическими и социально-стрессовыми расстройствами (Ю.А. Александровский, 2010, В.А. Абрамов, С.И. Табачников, 2004, С.И. Табачников, 2010-2014; А.В. Абрамов, 2004; А.К. Бурцев, 1996; А.А. Чуркин, Т.Е. Евдокимова, 2011; Н.А. Марута 2010). По данным Международного бюро труда в Европе заболевания стрессовой этиологии составляют от 50 к 60% от общего числа заболеваний трудоспособной части населения (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010).

Сотрудники финансово-кредитных учреждений относятся к категориям населения, которые чаще всего испытывают на себе влияние многочисленных стрессовых факторов, способствующих возникновению невротических расстройств (В. Орлов 2009; Д.М. Менделевич, Г.В. Орлов, К.К. Яхин, 2009; Л.Н. Артамонова, А.Б. Леонова, 2009; В.В. Барабанщикова, 2010; Е.В. Мирошник, 2010; G. Domenighetti, J. Quaglia, A. Fahrlander, M. Tomamichel, A. Kiener, 2004; M. Michailidis, Y. Georgiou, 2005; P. Pappone, 2006; Mencarelli, M. Di Bisceglie, F. Castiglioni, 2006; L.S. Silva, T.M. Pinheiro, E. Sakurai, 2007; M. Giaccone, 2008, P. Mello, S.S. Luiz and M.B. Sandhi, 2010; R.M. Caminha, P.L. Lorenzoni, 2011). Эта проблема приобретает все большее значение в связи с ростом экономических потерь при недостаточном внимании к состоянию психического здоровья данного контингента (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010). Специфическим для финансово-кредитных учреждений является усиление психоэмоциональной нагрузки на сотрудников, роста энергетических и личностных затрат, в связи с несовершенством законодательства, быстрых изменений финансовых условий деятельности, экономической и правовой нестабильности системы.

Публикациям исследователей присущ большой диапазон мнений при освещении отдельных аспектов влияния условий труда в банковском секторе экономики на состояние психического здоровья сотрудников.

В ряде исследований последних лет приводятся данные о высокой частоте тревожно-депрессивных реакций у работников банка (G.Domenighetti, J. Quaglia, A. Fahrlander, M. Tomamichel, A. Kiener, 2004; L. Ambrosi, R. Zefferino, F. Fischetti, 2006; P. Pappone, E. Garofalo, 2008; A. Solkhe, 2009; M. Sinclair, 2010; S.S. Luiz, M.B. Sandhi, 2010; N. Malik 2011; R. Singh, 2011; S.H. Gani, 2012). Некоторые авторы приводят данные о значительной распространенности у данного контингента сотрудников астенического синдрома (А.В. Орлов, 2009; Д.М. Менделевич, А.В. Орлов, К.К. Яхин, 2009; С.М. Панов, 2010; M. Michailidis, Y. Georgiou, 2010). Существенное влияние стрессогенных факторов на состояние психического здоровья отмечают 33,6% банковских служащих в Италии, из них 19,8% связывают с этим значительное ухудшение их психического состояния (M. Giaccone, 2010). В России на вопрос, как часто они испытывают стресс, значительное утомление, раздражительность, связанные со спецификой их труда, ответ «достаточно часто» дают 33% операционистов и каждый пятый специалист отделов банков (С.М. Ильясов, 2010).

Также в научных работах есть указания о разнообразных соматических симптомах, выявленных у сотрудников банков, которые могут быть проявлениями депрессивных и тревожных расстройств. Прежде всего, к ним относятся головная боль, боли в животе, мышечные и суставные боли (M. Giaccone, 2008, G. Domenighetti, J. Quaglia, A. Fahrlander, M. Tomamichel, A. Kiener, 2004; Г.В. Орлов, 2009).

Таким образом, существует определенный полиморфизм мнений в отношении распространенности и характера невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений. Остается открытым вопрос об их ранней диагностике, способах профилактики и оказании помощи тем сотрудникам, у которых они были выявлены.

До настоящего времени он решался преимущественно психологической службой банка, без участия психиатров и психотерапевтов (Н.В. Самоукина, 1997; А.Р. Алавердов, 1997; Г. Пыжик, 2007; В. Старыгина 2009; Е.В. Мирошник 2010; Л.Н. Артамонова, А.Б. Леонова, 2009, P. Mello, R.M. Caminha, P.L. Lorenzoni, C. Kristensen, 2011). Учитывая недостаточную системность этих мероприятий в сочетании с несовершенством ранней диагностики невротических расстройств у данного контингента, очевидна потребность в их дальнейшей разработке и оптимизации. Учитывая недостаточную системность этих мероприятий в сочетании с несовершенством ранней диагностики невротических расстройств у данного контингента и отсутствием четкого понимания их клинических проявлений, очевидна потребность в их дальнейшей разработке и оптимизации. Насущная необходимость в решении этих вопросов и обусловила актуальность исследования.

Цели исследования: на основании изучения распространенности, клинико-психопатологических и психологических особенностей невротических расстройств у служащих финансово-кредитных учреждений, научно обосновать, разработать и оценить эффективность системы их ранней диагностики, психотерапии, психопрофилактики.

Задачи исследования:

1. Провести анализ результатов клинико-эпидемиологического исследования распространенности невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений.
2. Изучить влияние стрессогенных факторов на развитие невротических расстройств у данной категории сотрудников.
3. Изучить клинико-психопатологическую структуру и патопсихологические особенности невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений.
4. Разработать многофакторную компьютерную модель прогнозирования риска развития невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений, оценить ее эффективность.

5. Разработать, научно обосновать и оценить эффективность системы психотерапии и психопрофилактики невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений, оценить ее эффективность.

Объект исследования: невротические расстройства у сотрудников финансово-кредитных учреждений.

Предмет исследования: причины и механизмы формирования клинко-психопатологических, психологических особенностей невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений, система их ранней диагностики, психотерапии и психопрофилактики.

Научная новизна полученных результатов:

Впервые проведено сравнительное исследование распространенности невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений, анализ воздействия стрессовых факторов на возникновение невротических расстройств у данного контингента. Изучены особенности клинко-психопатологической структуры и патопсихологических особенностей невротических расстройств у сотрудников различных финансово-кредитных учреждений на основании единых методологических подходов, унифицированных методов обследования, диагностики, оценки полученных данных. Для скринингового выявления сотрудников с повышенным риском развития невротических расстройств разработана многофакторная компьютерная модель прогнозирования риска развития невротических расстройств и оценена ее эффективность. Разработана, научно обоснована и внедрена в практику система психотерапии и психопрофилактики невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений, оценена ее эффективность.

Теоретическое и практическое значение работы:

Получены показатели распространенности и структуры невротических расстройств, выявлены наиболее этиологически значимые стрессогенные факторы профессиональной деятельности.

Практическое использование нелинейной 4-факторной компьютерной модели прогнозирования риска развития невротических расстройств дает

возможность раннего выявления невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений, что позволяет своевременно включать их в систему психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий.

Полученные данные об особенностях клинической картины невротических расстройств способствуют проведению точной дифференциации психотерапевтических методов и приемов, целевой направленности в разработке психопрофилактических мероприятий. В результате проведения комплексной дифференцированной системы психогигиенических, психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий отмечена положительная динамика в психическом состоянии сотрудников финансово-кредитных учреждений, что способствует повышению работоспособности и качества выполнения их профессиональных обязанностей.

Материалы, полученные в результате исследований, используются в преподавании психиатрии и медицинской психологии в высших медицинских учебных заведениях, в профессиональной деятельности врачей психиатров и психотерапевтов при оказании психиатрической, психотерапевтической и психопрофилактической помощи.

Методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический, катамнестический и статистический методы.

Психодиагностическое исследование больных проводили с помощью следующих методик: методики экспресс-диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса (шкала жалоб VFB, К. Höck, Н. Hess, 1975); методики «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» Т. Холмса - Р.Раге (Holmes и Rahe, 1967); шкал реактивной и личностной тревожности методики самооценки Ч.Д.Спилбергера - Ю.Л. Ханина (1978), методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге (Zung self-rating depression scale, 1965, адаптация Т.И. Балашовой, 1998). Для выявления депрессивной и тревожной симптоматики, кроме этого, использовали госпитальную шкалу самооценки тревоги и депрессии HADS (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983).

При проведении анализа результатов исследования использовались статистические пакеты MedCalc v.14.8.1 (MedCalc Software Inc.) и MedStat (Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г.). Построение нейросетевых моделей проводилась с помощью статистических методов построения и анализа многофакторных моделей классификации: логистических моделей регрессии, нейросетевых моделей, анализ проводился в пакете Statistica Neural Networks v.4.0 C (StatSoft Inc., 1999).

Положения, выносимые на защиту:

1. Структура невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений включает: расстройства адаптации со смешанной тревожно-депрессивной реакцией (F43.22), пролонгированной депрессивной реакцией (F43.21), неврастения (F48.0). В качестве основных клинических проявлений преобладают тревожно-депрессивный и астенический симптомокомплексы.

2. Основными психогенными факторами профессиональной деятельности сотрудников финансово-кредитных учреждений, сопряженными с риском формирования невротических расстройств, являются: частые изменения единой платформы требований и режима функционирования сотрудников, обусловленные экономической и социально-правовой нестабильностью; снижение возможности контроля темпа работы; неравномерность и нерегулярность профессиональной нагрузки; конфликтные ситуации, в процессе взаимодействия с клиентами, необходимость выполнения часто изменяющихся профессиональных требований и нормативов; страх штрафных санкций за недостаточно качественное выполнение функциональных обязанностей и требований руководства.

Воздействие и взаимодействие этих факторов сопровождается ростом нервно-психического напряжения, снижением работоспособности, установкой на нормализацию условий работы или стремлением к смене профессии и места работы.

3. Лица, страдающие невротическими расстройствами имеют достоверно более высокие показатели невротизации, реактивной и личностной тревожности,

депрессии, а также снижение стрессоустойчивости по сравнению со здоровым контингентом.

4. Разработанная нами нелинейная 4-х факторная нейросетевая модель прогнозирования позволяет оценить риск развития невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений, своевременно выделить группу лиц с высокой вероятностью развития данной патологии и включить их в систему психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий.

5. Проведение комплекса психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий существенно уменьшает выраженность невротических расстройств, что проявляется в редукции клинической симптоматики, улучшении психодиагностических показателей, повышении психологической устойчивости и социального взаимодействия, способствует улучшению качества жизни и профессионального функционирования.

Степень достоверности и апробация результатов:

Все представляемые к защите данные и результаты являются подлинными и оригинальными и получены лично соискателем. По итогам проверки первичной документации (Акт проверки первичной документации) установлено, что по характеру выборки, материалам и методам исследований результаты являются достоверными.

Основные положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии в Украине» (г.Донецк, 2012), научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии XX века» (г.Киев, 2014), научном симпозиуме с международным участием «Мультидисциплинарный подход к оказанию неврологической, психиатрической и наркологической помощи в Украине» (г.Одесса, 2014), научно-практической конференции «Психотерапия и психоанализ: достижения и перспективы развития в XXI веке » (Киев, 2015 г.).

Результаты проведенного исследования внедрены автором работы в практическую деятельность ПАО «Укрсоцбанк», пенсионных фондов Ленинского и Буденновского районов города Донецка, педагогический и лечебный процесс кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, кафедры психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, работу Республиканской клинической психиатрической больницы г. Донецка, работу Республиканской клинической психоневрологической больницы – медико-психологического центра г. Донецка.

Публикации: По материалам диссертации опубликовано 18 работ из них 13 статей в научных изданиях, рекомендуемых ВАК.

ГЛАВА ПЕРВАЯ

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТЕЙ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СЛУЖАЩИХ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ИХ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

1.1 Распространенность невротических расстройств у служащих финансово-кредитных учреждений

Перемены, происходящие на протяжении последних лет в экономической, социальной, материально-технической сферах общества, создали предпосылки для роста заболеваемости невротическими и социально-стрессовыми расстройствами [1,5,7,23,26,44,59,74,102].

В Европе, согласно данных Международного бюро труда, заболевания стрессовой этиологии составляют от 50 до 60% от общего числа заболеваний трудоспособной части населения. Согласно имеющимся в настоящее время отчетным данным, рост уровня стрессовых расстройств отмечается в Германии, Дании, Эстонии, Бельгии, Ирландии, Великобритании, Франции [108,111,113,115,117,120,158].

По данным зарубежной литературы, в ЕС уровень прогулов, безработицы и долгосрочной потери трудоспособности в связи с проявлениями симптомов стресса постоянно увеличивается [119,139]. В Великобритании, связанные со стрессом расстройства и психическое напряжение привели к потерям 6,5 млн. рабочих дней в год и их стоимость для британских работодателей составила 571 000 000 EUR [111]. Почти каждый третий рабочий в Европе, что составляет более 40 миллионов человек, сообщает, что страдает от стресса на работе [111,117,118,119]. В 15 государствах – членах ЕС стоимость стресса на работе и связанных с ним проблем психического здоровья, в среднем составило от 3% до 4% от ВВП, 265 миллиардов евро в год [107].

При этом особое значение приобретает рост нервно-психических расстройств у профессиональных групп, занятых эмоционально-напряженными видами труда [5,71,98,107,108,109,112,113,114,118]. Расстройства «стрессовой этиологии», приводящие к нарушению трудоспособности активной части населения, потере квалифицированной рабочей силы из-за сложности адаптации к новым формам труда и повышению интенсивности нагрузок, различным формам «личностного неблагополучия» (психическому истощению, десоциализации, отчуждению труда, специфическим формам профессионально-личностных деформаций), представляют серьезную угрозу для нормальной жизни общества [55,73,115,122,123,127,154,161]. Так, например, в Австрии профессиональный стресс у служащих является причиной досрочного выхода на пенсию в 42% случаев [119].

Согласно полученным данным, к развитию невротических депрессий в условиях современного патоморфоза приводят хронические (71,6%) и острые (28,4%) психотравмирующие факторы, преимущественно социально-экономического характера (62,5%), например утрата работы, безработица, перевод на нижеоплачиваемую работу. Основу клинических проявлений у больных невротическими депрессиями составляют эмоциональные расстройства, которые в сочетании с чувствительными, двигательными и соматовегетативными феноменами формируют многообразие клинической симптоматики [41,107,117,160].

В настоящее время происходит перераспределение удельного веса этих заболеваний среди разных социальных и профессиональных групп населения. В зоне риска находятся те контингенты, которые ранее считались «социально защищенными». Рост эмоционального напряжения, прогрессирующее влияние стрессовых факторов для данных групп маскируется социально благополучным «фасадом». К ним, в частности, можно отнести работников экономической сферы, в первую очередь - финансово-банковской системы. Ее бурный рост за последние годы привел не только к стремительному увеличению количества банковских учреждений различных форм собственности и, следовательно, к значительному

увеличению банковского контингента служащих, но и к изменению материально-технической оснащенности банков, усложнению содержания работы и требований к квалификации и поведению сотрудников, как со стороны руководства, так и со стороны клиентов банка. Одновременно работа в банке стала утрачивать свой престиж и финансовую привлекательность по сравнению с другими отраслями, прошли массовые сокращения работников. Все вышесказанное привлекает внимание к вопросам распространенности, клинической структуры, факторов риска возникновения, методам профилактики невротических расстройств у банковских служащих.

В таких странах, как Германия, Великобритания, Италия, Греция, Кипр признаны секторами с высоким риском развития постстрессовых расстройств образование, банковский сектор, здравоохранение, социальное обеспечение, государственные службы [120,123,129,130,133,140,141,142,153,163].

Данные итальянских исследователей [124,147], полученные в процессе обобщения и сравнения результатов исследований, проведенных в Кампании, крупнейшем южном регионе Италии, свидетельствуют о росте уровня тревожности среди банковских служащих: от 11% во всей выборке в 2003 году до 19% среди мужчин и 18% среди женщин в 2008 году. В Апулии, по данным тех же авторов, в 2005 году, процент сотрудников с высоким уровнем тревожности составил 30% среди мужчин и 28% среди женщин при сопоставимом уровне в контрольной группе средних показателей тревоги 14,2% среди мужчин и 10,7% среди женщин. Уровень профессиональной тревоги у банковских служащих распределялся следующим образом: наиболее высокие показатели «серьезного беспокойства» отмечались у сотрудников бек-офиса – 33,9%, у сотрудников фронт-офиса они составляли 29%, у продавцов финансовых продуктов - 26,4, у руководителей высшего звена - 25,3. Наименьшие показатели были у сотрудников головного управления банка – 20,5%. Уровень ситуативной тревожности был наиболее высоким у менеджеров и продавцов – 29,1%, наиболее низким у руководителей высшего звена – 21,1% [103,147].

По данным аналогичных исследований, проведенных в 2010 году в северных регионах Италии [125,126,135,136], 33,6% банковских служащих считали, что их работа является источником чрезмерного напряжения, 19,8% отмечали ухудшение их психического и физического здоровья. Эти цифры были выше среди респондентов продажи и продвижения финансовых продуктов (соответственно 48% и 21,6%).

По результатам обследования разных контингентов банковских служащих в северо-восточных регионах, авторами было выявлено, что степень выраженности симптомов стресса в значительной мере зависела от степени напряжения и характера требований к работе. Так сотрудники, работавшие в условиях жестких требований к работе и высокой ответственности за принимаемые решения, имели более высокие показатели нарушений психического здоровья, чем их коллеги на менее ответственных должностях. Наиболее существенно отличались показатели по общей утомляемости (74,4% у группы с высоким профессиональным напряжением и 30% с низким) раздражительности (соответственно 67,2% и 30%), тревожности (55,2% и 26,7%), беспокойства (61,2% и 16,7%), возникновению головных болей (72,0% и 46,7%) болям в животе (соответственно 52,8% и 26,7%), аллергии (соответственно 14% и 10%), заболеваниям щитовидной железы (соответственно 6,6% и 0%), и другим нарушениям работы эндокринной системы (соответственно 8,1% и 0%) [124,142].

Эти данные подтверждаются результатами исследования, проведенными в ряде банков Швейцарии. По данным высокий уровень внутреннего напряжения («stressed» – often, very often) отмечают 32,5% служащих банка (21,7% в контрольной группе служащих), отмечают у себя наличие депрессии 22, % (10,8%), проблемы со сном 72,4% (39,1%). Кроме этого 27,2% (16,6% в контрольной группе) служащих говорят об общем ухудшении состояния здоровья, 61,1% (21,7%) – предъявляют жалобы на мышечные и суставные боли, принимают транквилизаторы и / или антидепрессанты и / или снотворное 24,6% (9,5% в контрольной группе), принимают обезболивающие препараты 30,8% (19,2%), стимуляторы, тоники, витамины – 45,2% (21,8%) [117].

Аналогичен круг вопросов, с которыми банковские сотрудники обращаются за помощью к психотерапевту в Великобритании, включает в себя тревогу, депрессию, расстройства пищевого поведения, наркомании, злоупотребление алкоголем и деперсонализацию. По мнению некоторых авторов, за многими из этих конкретных задач скрывается более общий страх неудачи, а часто и сильное чувство ненависти к себе [109,153].

Согласно исследованиям, проведенным Pignoloni L., 8,3% респондентов среди банковских служащих сообщали о возникновении у них бессонницы, отмечали тревогу и беспокойство 11,4% мужчин и 14,3% женщин [148].

Отдельным образом рассматривается ситуация в coll-центре банка. По данным Gilardi L., 69,2% мужчин и 77,9% женщин, работающих в центрах обработки вызовов, сообщают о бессоннице, беспокойстве и депрессии, 27,7% мужчин и 35% женщин сообщили, что они нуждаются в оказании медицинской помощи. Среди психических появлений, наиболее распространенными являются симптомы тревожного расстройства, о них сообщили 63,2% женщин и 49,2% среди мужчин, достигающих степени нозологии с необходимостью медицинского вмешательства соответственно 28,7% и 18,5% респондентов. Кроме того, 77% работников сообщают о появлении или ухудшении этих симптомов после работы в колл-центре, а 11% сообщают об отсутствии на работе, в связи с вышеперечисленными жалобами, в течение 6 дней за последние четыре недели [125].

Gilioli R, Palmi S. проводили исследование с целью выявления посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у 22 сотрудников в Ломбардии, которые стали жертвами нападения на рабочем месте. Достоверных результатов получено не было из-за краткости периода наблюдения [126]. Аналогичные исследования проводились в США среди банковского контингента служащих, как относящегося к группе повышенного риска возникновения посттравматического расстройства в результате кризисных ситуаций, таких как грабежи и взятие заложников. При анализе было выявлено, что многие из них имеют определенные симптомы посттравматического стрессового расстройства,

которые соответствуют критериям DSM-IV-TR, но с некоторыми специфическими личностными и поведенческими характеристиками. Наиболее существенными особенностями были: избегающее поведение, жалобы на ночные кошмары, различные формы нарушения сна, навязчивые тягостные воспоминания. Авторы пришли к выводу о необходимости проведения у данного контингента профилактических мероприятий методами когнитивно-поведенческой терапии. Однако, по приведенным данным, лишь в нескольких банковских учреждениях есть отдельные программы оказания психологической помощи сотрудникам, подвергшихся нападению, в большинстве банков никаких мер не принимается [142].

При анализе работ индийских и пакистанских авторов [132,134,137,138,144,150] обращает на себя внимание то, что преобладающими последствиями стрессовых воздействий для контингента банковских служащих они считают снижение настроения, формирование заниженной самооценки, раздражительности, утраты желаний и стремлений, снижение мотивации в профессиональном плане и утрату профессиональных навыков. Кроме этого, ими отмечается частое возникновение следующих соматических заболеваний: нарушений со стороны сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта, (преимущественно в виде язвенной болезни), артритов, увеличения частоты курения и эпизодов алкоголизации. На организационном уровне могут возникать различные проявления дистресса в виде поведенческих нарушений, снижения производительности, увеличения числа прогулов. В тоже время по данным, касающимся Государственного банка Пакистана, уровень стрессовых расстройств у сотрудников намного ниже, что обусловлено достаточной стабильностью их положения, четкостью определяемых задач. [132,134,138,150].

В России стремительный рост числа банковских учреждений различных форм собственности сопровождался значительными организационными изменениями, увеличением контингента служащих, изменением материально-технической базы, появлением новых форм оказания банковских услуг, усложнением содержания работы и требований к квалификации и поведению

сотрудников, как со стороны руководства, так и со стороны клиентов банка [13,15,32,38,40,60,71,72]. В настоящее время финансово-кредитная система переживает относительный спад. Работа в банке стала утрачивать свой престиж и финансовую привлекательность по сравнению с другими отраслями, прошли массовые сокращения и внутриорганизационные перестановки работников [60,85]. Сотрудники страховых компаний и пенсионных фондов, в свою очередь, вынуждены вести работу в условиях экономической и нормативно-правовой нестабильности.

При проведении опроса в 13 коммерческих банках России, Казахстана и Узбекистана, на вопрос "Часто ли Вы ощущаете негативные психические состояния, связанные с Вашей работой?" ответ "достаточно часто" дали каждый третий операционист и руководитель среднего и высшего звена, и каждый пятый специалист отдела [38].

Также значительный интерес представляют результаты исследования, проведенного с целью выявления изменений функционального состояния ЦНС у банковских служащих, степени и характера выявленных психических расстройств. В исследовании принимали участие 145 сотрудников трех банков г. Казани. Среди них процент лиц с психопатологическими проявлениями был значительно выше, чем в среднестатистической группе (80,7% — банковских работников и 23,8% — контрольной группы) [60,68]. У 49,6% лиц с выявленными психическими нарушениями, клинические симптомы носили достаточно выраженный характер. В результате их более детального анализа были выделены несколько основных нозологических групп: F45.0 соматизированное расстройство — 15 человек (10,4%), F48.0 неврастения — 16 человек (11,0%), F41.2 тревожно-депрессивное расстройство — 15 человек (10,4%), F40.1 социальные фобии — 12 человек (8,3%). У другой половины банковских служащих с выявленной психопатологией (59 человек или 50,4% лиц с психическими нарушениями) расстройства психики носили неглубокий, не до конца сформированный характер, среди них преобладали астенические (46,9%) и тревожные (36,6%) расстройства. У 28 (19,3% от всех обследованных) банковских работников психопатологических

проявлений выявлено не было. [60,68].

При проведении альтернативных исследований среди банковских служащих уровень преklinических психических расстройств составил 40,7% от общего числа обследованных. Из симптомов наиболее часто встречались замкнутость, излишняя подозрительность, эмоциональная лабильность, тревожность и быстрая утомляемость. Навязчивые мысли, присутствующие у некоторых банковских служащих, чаще всего были представлены навязчивыми музыкальными мотивами, пословицами, обрывками фраз, навязчивыми проверками своих действий, сомнениями. Навязчивые движения — постукиванием пальцев, протиранием пыли, причесыванием и другими проявлениями груминга. К проявлениям навязчивостей у обследуемых всегда сохранялось критическое отношение. Почти никто из них не считал их проявлениями психического расстройства и не обращался за помощью к соответствующим специалистам. Вегетативные нарушения в описываемой группе обследованных были представлены в виде традиционной вегето-сосудистой дистонии, так и виде «игры вазомоторов», гипергидроза и нарушения саливации (сухость во рту, слюнотечение). Эти расстройства носили периодический характер и возникали преимущественно в стрессовых ситуациях или во время интенсивной и ответственной работы [60].

Согласно данным российских авторов, постоянное внутреннее напряжение, сверхконтроль над своими действиями и деятельностью подчиненных, обусловленные высокой ответственностью за результаты своих действий, фактическим отсутствием права на ошибку, а также работа в режиме сверхурочного времени приводят к возникновению хронического переутомления у сотрудников. Оно наблюдается практически у 75% банковских работников, примерно 25% из них нуждается не только в психологической, но и медикаментозной терапии [21,68]. Непродуктивная психическая напряженность, эмоциональное истощение, снижение внимания, стремление любым способом снизить травмирующую силу негативного воздействия, ухудшение общего самочувствия и снижение активности приводит к ухудшению качества работы

увеличению числа ошибок. Это, в свою очередь, приводит к усугублению стрессогенности ситуации и тем самым «замыкает порочный круг» нарастания симптоматики.

Признаками астенических нарушений, как правило, были повышенная утомляемость, которая сопровождалась чувством вялости, слабости, разбитости и нередко головными болями. Астенические симптомы первоначально появлялись преимущественно в периоды повышенных трудовых нагрузок, к концу месяца, квартала, пока постепенно, уже и обычная трудовая деятельность не стала вызывать большее, чем прежде утомление. Возникающие на фоне усталости головные боли были обычно связаны с общим «неважным» самочувствием сотрудников. На фоне утомления заметно усиливалась раздражительность, что иногда приводило к конфликтам с сослуживцами по незначительным поводам, которые также усиливали эмоциональное напряжение. Работоспособность банковских работников с преклиническим уровнем астенических расстройств сохранялась на достаточно высоком уровне, но привычная деятельность требовала дополнительных усилий. Большая часть этих симптомов исчезала после отдыха (выходные дни, отпуск) [60].

Нарушения аппетита и сна у лиц с преклиническим уровнем психопатологии обычно возникали на высоте астении, хотя иногда присоединялись к тревожной, обсессивной или даже демонстративной симптоматике [60].

По данным московских авторов [72,85,86] среди клинических нарушений у 20% банковских служащих определяются состояния хронической депрессии (подавленности, апатии, безразличия), может возникать немотивированная тревога, беспокойство, у 15% развивается внутриличностный конфликт (резкие спады и подъемы настроения, наличие амбивалентных решений — одновременно как «за», так и «против»). Кроме этого наблюдаются вегетативные проявления в виде головных болей, резкого повышения или понижения кровяного давления, болезненных ощущений в области сердца. Также они отмечают часто возникающую немотивированную раздражительность.

При проведении обследования по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» Бойко В.В. среди 50 работников разных банков города Москвы сложившийся синдром «эмоционального выгорания» выявлен у 25 % респондентов, в фазе формирования - у 60 % опрошенных. Анализ результатов исследования позволил сделать вывод, что с возрастом и стажем профессиональной деятельности увеличиваются уровень тревоги и депрессии, экономия эмоций, формализация профессиональных обязанностей, неудовлетворенность профессией. Для мужчин более характерно ощущение «загнанности», у женщин этот симптом выражен меньше, но наблюдаются более высокие уровни выраженности тревоги и депрессии, экономии эмоций, а также психосоматические и психофизиологические нарушения [72].

Значительная распространенность расстройств невротического регистра среди служащих финансово-кредитных учреждений, высокая цена ошибки в их профессиональной деятельности придает особую актуальность ранней диагностике указанной патологии и возможности проведения своевременной психотерапевтической и психопрофилактической работы.

В связи с этим особое значение приобретает представление о ранней диагностике как о системе распознавания нервно-психических расстройств на уровне начальных проявлений нозологии. При проведении диагностики личностных черт у служащих финансово-кредитных учреждений, значение имеет выявление симптоматики невротического и аффективного регистров, как результата воздействия стрессовых факторов, а также анализ собственно характера негативных воздействий, их интерпретаций служащими.

На основании изученной информации можно сделать вывод, что вопрос воздействия негативных факторов труда на здоровье банковских служащих и их профилактики является достаточно актуальным как в нашей стране, так и за рубежом. До настоящего времени он остается малоизученным. Несмотря на наличие ряда работ, посвященных данной тематике, характер нарушений психического здоровья данного контингента до конца не определен, клинические проявления описаны преимущественно на симптоматическом или

синдромологическом уровне, приводятся противоречивые данные о распространенности различных невротических расстройств.

1.2. Факторы риска развития невротических расстройств у служащих финансово-кредитных учреждений

Факторы риска развития невротических расстройств в различных профессиональных группах в течение последнего времени были освещены в ряде научных работ, однако описания их достаточно противоречивы.

По мнению российских авторов, частым источником стресса сотрудников банков являются организационные изменения и инновации, проводимые руководством. При реорганизационных мероприятиях у сотрудников происходит смена стереотипов функционирования, может возникать рассогласованность и несоответствие ожиданий реальной ситуации, страх перед выполнением новых задач, эмоциональное неприятие происходящего. Недостаток информации может приводить к нарастанию когнитивного диссонанса, «пассивного дистресса», повышению уровня тревоги и психической дезадаптированности [9,10,19,20,21,25,60,61,68].

По мнению английских исследователей, в Великобритании, одним из ведущих факторов стресса для работников банков и местных органов власти является необходимость частого взаимодействия с агрессивно настроенными клиентами. Профессиональная подготовка сотрудников помогает им справиться с агрессией, способствует эффективному управлению ситуацией, но не снимает последствия воздействия стресса. Кроме этого значимыми остаются вопросы внешней и внутренней конкуренции, страх перед увольнением, перфекционизм, стремление постоянно контролировать ситуацию [109,143,153,155].

Как считают ряд исследователей в других странах Европы, наиболее существенными факторами, предрасполагающими к их формированию, является значительная перегрузка на работе, нехватка времени на восстановление, а также особенности межличностных взаимоотношений между сотрудниками и

руководством: дискриминация, фаворитизм, делегирование ответственности, постановка противоречивых задач [129,131,133,140,141,142,155,156].

По мнению французских авторов наиболее значимыми факторами стресса для сотрудников французских финансово-кредитных организаций также является “монархический” стиль руководства, обусловленный исторически сложившимся стереотипом управления, особенно в государственном секторе экономики. Авторитарное поведение лидеров, отсутствие этики в управленческих отношениях, возможность резкой критики или даже возмездия за совершенные ошибки приводит к постоянному состоянию психоэмоционального напряжения у работников. Кроме этого, иерархический и жестко централизованный стиль функционирования нивелирует индивидуальные характеристики сотрудников, требует соблюдения “инструментального” подхода к исполнению профессиональных обязанностей, значительно ограничивает возможности карьерного роста, что в свою очередь приводит к неудовлетворенности, эмоциональному выгоранию сотрудников.

Кроме вышеперечисленных, в качестве стрессовых факторов называются следующие: монотония работы, необходимость оперирования большими объемами информации, высокая рабочая нагрузка, нехватка времени, противоречивость выдвигаемых задач, отсутствие мотивации. В качестве негативных физических факторов - шум, повышенная температура, влажность, скученность в помещениях, социально-экономических – страх потерять работу, внешняя и внутренняя конкуренция [108,114,128,129].

В Италии с 2003 года по настоящее время отмечается значительное увеличение работ, посвященных вопросам профессионального стресса в банковском секторе и его влияния на психическое и соматическое здоровье сотрудников. Это обусловлено значительным изменением условий труда в связи с проводящейся приватизацией государственных банковских структур (если в 1992 году 8 из 10 крупнейших банков находились под контролем государства или государственного учреждения, то в настоящее время только один), а также быстрым процессом концентрации капитала и жесткой конкуренции на рынке

акций. Связанное с этим нарушение существующего равновесия в отрасли привело к изменению стиля руководства и характера производственных отношений в банках [124].

Согласно, проведенному там же, анкетному опросу около 70% банковских служащих в Италии считают себя исключенными из процесса принятия решений, касающегося их работы и служебного положения, 60% полагают, что темп и рабочее давление затрудняет соблюдение в отношении них трудовых соглашений. Полагают, что их профессиональные знания и навыки недостаточно востребованы 44% сотрудников, что они недостаточно и несвоевременно информируются руководством о времени и особенностях продуктов продажи – 25%, что они недостаточно защищены от нападений и грабежей – 25%. Отмечают чувство усталости от своей работы 15% опрошенных. Это коррелирует с данными Mencarelli (2006), согласно которым среди сотрудников банка в Ломбардии, у 17% респондентов определяются симптомы выгорания, в то время как 20% респондентов отмечают, что работают с перегрузкой [142].

Наиболее значимыми причинами "чрезмерного стресса" среди сотрудников в банковской отрасли они называют авторитарный стиль руководства и запугивание со стороны начальства (54,3%), дискриминацию (43,4%), давление со стороны клиентов (42,6%) [124,135,136].

По данным проведенных исследований [104,105], 70% сотрудников воспринимают свой уровень мотивации как «низкий» и «очень низкий», 53% беспокоятся о своем здоровье и безопасности на рабочем месте. В качестве наиболее сильных источников стресса опрошенные называли отношения с клиентами – 37% респондентов, низкую информированность - 74% и организационные изменения - 45% соответственно.

Значимыми причинами возникновения психических расстройств у банковского контингента в Индии и Пакистане являются психическая и физическая перегрузка, страх потерять работу, ролевой конфликт, который понимается как отсутствие ясности в постановке задач руководством, несоответствие ожиданий от работы реальному положению вещей, отсутствие

свободного потока информации по оси иерархической структуры. Причем многие исследователи отмечают, что уровень стресса в частных банках существенно выше, чем в государственных [132,134,137].

Подводя итог, все многообразие факторов, способных вызвать невротические расстройства у сотрудников финансово-кредитных учреждений можно представить в виде следующих групп:

- профессиональные факторы, определяющиеся реакцией служащих на изменения в их должностных обязанностях, содержании труда: высокая цена ответственности за проведенные операции и принимаемое решение; постоянное обновление (усложнение) спектра проводимых операций, внедрение новых компьютерных технологий, уменьшение возможности профессионального роста, отсутствие перспектив для самореализации [13,15,28,29,60,68];

- организационные факторы: сокращения штата сотрудников и связанная с этим угроза потерять рабочее место, изменения внутренней структуры учреждения и требований к работе, недостаточная информированность персонала о происходящих изменениях, использование неоправданного давления и угроз со стороны руководства [13,15,46,76,86];

- санитарно-гигиенические: недостаточное освещение, неблагоприятные факторы, связанные с работой на компьютерах (ЭМИ, электростатическое поле), неблагоприятные условия микроклимата, чрезмерная скученность в рабочих помещениях, отсутствие необходимого количества помещений [60,68];

- социально-психологические: неравномерная загруженность в течение дня (месяца, года), гиподинамия, перенапряжение зрительного анализатора, высокий темп работы, частые переключения видов деятельности, нервно-психическое напряжение, монотонность работы, отсутствие сбалансированного режима труда и отдыха, недостаточный уровень развития корпоративной культуры, неблагоприятный социально-психологический климат, авторитарный стиль руководства, отсутствие системы морального поощрения, а также негативное отношение к сотруднику со стороны клиентов банка как к представителю «всей банковской системы» [13,21,39,40,79,82,87,127,106];

-экономические факторы, связанные с относительным сокращением заработков основной массы работников по сравнению с недавним периодом их деятельности [29,32,38,85,86];

-общие стрессовые факторы: рост стоимости жизни, правовая и социальная незащищенность, опасность, связанная с повышенной криминальной ситуацией в стране, личностные проблемы [85,86,87,159].

Из приведенного выше можно сделать вывод о том, что, несмотря на множественные выявленные факторы риска в профессиональной деятельности банковских служащих, данные о них достаточно противоречивы, не дают достаточного представления о степени их влияния на риск развития невротических расстройств. Субъективная значимость данных факторов для служащих финансово-кредитных учреждений освещена в литературе недостаточно, соответственно не выделены приоритетные мишени для проведения психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий.

1.3 Профилактика и коррекция невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений

Таким образом, существует ряд серьезных предпосылок для того, чтобы говорить о возможности формирования у служащих финансово-кредитных учреждений невротических расстройств. На настоящем этапе меры профилактики этих расстройств до конца не разработаны, так как в основной массе подходов они воспринимаются как составная часть клинической картины стресса. Соответственно меры предупреждения в подходах, как исследователей, так и социальных органов относятся, прежде всего, к предупреждению действия стрессовых факторов или «рисков».

В странах Евросоюза разработан ряд документов, определяющих проведение профилактических мер борьбы с действием профессионального стресса, на государственном и отраслевом уровнях для различных профессиональных и социальных групп населения года [115,116,120,121,122,123].

Кроме этого в странах Евросоюза действует ряд проектов по укреплению психического здоровья работающих, включающих рекомендации по борьбе с производственным стрессом.

UK HSE (Исполнительный комитет по здоровью и безопасности Великобритании) представил рекомендации по профилактике стресса в ряде отраслей, в том числе в финансовой сфере. Они предполагают назначение ответственного за профилактику стресса (старший менеджер организации), возможно создание комитета по борьбе со стрессом, регулярное обследование сотрудников, проведение информационных и обучающих семинаров, разработка планов действий по нейтрализации проблемных зон или точек действия стрессовых факторов, повторный запуск обследования для отслеживания прогресса [107]. При этом меры, препятствующие развитию более серьезного невротоподобного регистра расстройств, не описываются.

Одной из наиболее распространенной внутриотраслевой формой профилактики для банков и страховых компаний продолжают оставаться обучающие семинары. Так Марфин Лайки Банк провел семинар в ноябре 2009 года под названием “Психосоциальные риски на рабочем месте”, с целью информирования работодателей, руководителей подразделений и работников о связанных с их работой факторах риска и возможных психосоциальных проблемах. Этот семинар был проведен в рамках “Недели компании по безопасности и здоровью”. Piraeus Bank Группа в сотрудничестве с Hellas (Программы помощи сотрудникам - Эллада ЕАР) представила программу по поддержке и активному управлению здоровьем сотрудников на рабочем месте. Она предусматривала предоставление информации о воздействии на здоровье профессионального стресса и проведение превентивных мер по предупреждению посттравматических расстройств в случаях ограбления банка, критических ситуациях на работе и в семьях сотрудников, а также поддержку по вопросам, продвижения по службе, реализации потенциала и роста профессиональных навыков [119].

Одним из направлений помощи банковским служащим, является оказание в некоторых банках консультативных услуг психологами. В ряде зарубежных банков, такие как Deutsche Bank, Credit Suisse, UBS AG, Королевский банк Шотландии и Королевский банк Канады предлагаются бесплатные конфиденциальные консультации сотрудников «программы помощи». Они проводятся с целью медицинской оценки рисков и помощи в проблемах, связанных с семьей, тяжелыми утратами, образованием и здравоохранением [109,110].

При этом вопрос коррекции нарушений психической деятельности у банковских служащих, до настоящего времени решался преимущественно отдельными психологическими или психотерапевтическими приемами. При анализе имеющейся в литературе информации, обращает на себя внимание то, что проводимое в ряде банков психологическое консультирование, психологическая профилактика, социально-психологические мониторинги не обеспечивали качественную психотерапевтическую эффективность в показателях работы сотрудников банков [15,21,79,95,151,152,159].

Одним из важных направлений диагностики становится анализ психического состояния сотрудников, характера психических нарушений, возникающих в период работы в банке, их тяжести, выраженности и форм дезадаптации. Продолжают оставаться актуальными вопросы профессиональной диагностики, определение стиля и качества межличностных отношений, когнитивных установок сотрудников, причин возможных конфликтов и путей их устранения, поиска ресурсов для увеличения эффективности деятельности подразделений, в том числе за счет дальнейшей самоактуализации и самореализации сотрудников.

С целью профилактики пограничных состояний, а также восстановления сил, снятия психоэмоционального перенапряжения рядом авторов рекомендуется создание в банках кабинетов психоэмоциональной разгрузки, с применением функциональной музыки, различных технических возможностей для реализации визуальной психотехники (например, специальные аудио- и видеосредства)

[21,85]. На базе этих кабинетов становится возможной реализация программ психотерапевтической помощи сотрудникам, таких как проведение сеансов релаксации, анализ кризисных и конфликтных ситуаций, проводимый психологом банка, обучение распознаванию симптомов стресса и т.д. При этом существенным недостатком является отсутствие во многих банках свободных помещений, неготовность администрации проводить обустройство данных комнат.

В литературе имеются указания о целесообразности применения элементов когнитивной психотерапии в коррекции иррациональных убеждений, лежащих в основе деструктивных действий и переводе их в суждения, проводимые на основе рациональной системы установок [85,87].

Также рядом авторов подчеркивается положительное влияние на психическое здоровье сотрудников обучения методам саморегуляции. Наиболее существенными моментами данного обучения являются: стремление овладеть собой на первой стадии развития стресса, отказ от обвинений, изучение самих себя - внутренних самоощущений при развитии стресса, нахождение оптимальной стратегии поведения в стрессе, перевод стрессовой энергии в другие формы деятельности [61,85]. При этом методы саморегуляции при стрессе можно разделить на естественные и искусственные [85]. К естественным методам, используемым банковскими работниками для снятия психоэмоционального перенапряжения, относятся: рациональный режим труда и отдыха, физическая нагрузка (спорт, гимнастика, прогулки), водные процедуры или плавание в бассейне, увлечения и хобби, общение с позитивно настроенными людьми. К искусственным методам саморегуляции относится создание личной программы борьбы со стрессом. Она включает четыре последовательных шага: 1) оценка состояния; 2) пауза в общении; 3) переключение на другой нейтральный вид деятельности; 4) создание в жизни зоны комфорта – нахождения места и времени для занятия, приносящего радость и удовлетворение. При этом в режиме дефицита времени не всегда возможно эффективно реализовать данную стратегию. Кроме этого, при нарастании астенизации данные методы недостаточно эффективны.

С целью обучения конструктивным навыкам распознавания и оптимизации умственных установок в некоторых банках применяется метод саногенного мышления, заключающийся в распознавании стереотипов мышления и программ поведения, запускающих отрицательные эмоции и формирование на основе этого новых конструктивных программ поведения. В основе теории и практики саногенного мышления лежит концепция эмоций, рассматривающая эмоцию как устойчивую психическую функционирующую систему, обеспечивающую приспособление людей к окружающей среде, к ситуации, друг к другу [69].

На основании этого метода была разработана и апробирована на базе отделений сбербанка города Москвы методика по формированию эффективного антистрессорного поведения в экстремальных условиях деятельности на базе «Мобильного Кабинета эмоционального здоровья» [61]. После проведения коррекционного курса была установлена связь агрессивного стиля антистрессорного поведения и качества рефлексии. При росте объема саногенной рефлексии у менеджеров с агрессивным стилем антистрессорного поведения возрастает психологический потенциал совладания со стрессом за счет большей дифференциации позитивных эмоциональных переживаний (интерес, радость), что влияет на психофизиологические характеристики личности менеджеров банка, изменяя их адаптационный статус - повышая уровень функционального комфорта.

Одной из наиболее распространенных форм помощи персоналу являются тренинги, как способ достижения разнообразных изменений психических, социально-психологических и других характеристик человека, группы, организации. При этом с учетом специфики организации, наиболее часто проводятся тренинги, направленные на развитие коммуникативной культуры сотрудников: обучению навыкам эффективного делового общения, сброса напряжения, ведения совещаний, регуляции конфликтов, консолидации связей внутри коллектива. Кроме этого коммуникативные тренинги позволяют освободиться на некоторое время от внутреннего напряжения и агрессивности [18,24,53,85,88,89]. Недостатком данной формы работы является отсутствие

системного подхода, разный уровень психологической готовности сотрудников к участию в работе во время тренинга.

В ряде банков для получения постоянной «обратной связи» о протекании социально-психологических и организационных процессов в коллективах банка проводятся регулярные анонимные социально-психологические мониторинги. На основании полученной информации корректируется кадровая политика, совершенствуется работа с персоналом, вырабатываются управленческие решения. При этом достаточно редко проводится учет факторов, способствующих возникновению психической дезадаптации у каждого отдельного сотрудника, в структурных подразделениях, банке в целом [87]. Нередки случаи, когда сотрудники хотя и понимают необходимость наработки нового опыта, внутренне сопротивляются таким инновациям, формируя ряд психологических защит в своем поведении: «У нас все хорошо», «У нас вообще нет никаких проблем», «Мы не понимаем, что хочет от нас начальство» [79].

При профилактике дезадаптационных расстройств и выгорания сотрудников основной акцент делается на моральной мотивации в сочетании с элементами подсистемы социально-экономического характера – организация совместного отдыха, проведение культурно-массовых мероприятий и т.д. [85,86,89].

С целью повышения психологической компетентности сотрудников в ряде банков проводятся лекции и семинары [85].

На основании изученной информации можно сделать вывод, что вопрос воздействия негативных факторов труда на здоровье банковских служащих и их профилактики является достаточно актуальным как в нашей стране, так и за рубежом. Однако, до настоящего времени, данная тема остается малоизученной, полученные данные не создают целостной картины имеющихся проблем. Несмотря на наличие ряда работ, посвященных данной тематике, характер нарушений психического здоровья данного контингента до конца не определен и, соответственно, не разработаны меры прицельно направленные на профилактику определенных расстройств.

Диагностика невротических расстройств у работников финансово-кредитных учреждений проводится парциально. До сих пор не разработаны методы экспресс диагностики, позволяющие при минимальных затратах времени провести анализ психического состояния сотрудников, определить степень риска развития невротических расстройств, возникающих в период работы в банке, степень их выраженности. Мероприятия по стабилизации и улучшению психического здоровья с использованием методов психотерапии, первичной и вторичной профилактики данных расстройств проводятся выборочно, часто имеют второстепенное значение.

Важным представляется также создание за счет системы психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий, ресурсов для увеличения эффективности деятельности подразделений.

ГЛАВА ВТОРАЯ

МАТЕРИАЛЫ, ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Организация и дизайн исследования

В соответствии с целью и задачами диссертационного исследования в течение 2012-14гг., при условии информированного согласия, нами было обследовано 270 служащих финансово-кредитных учреждений, которые в процессе своей работы непосредственно имели контакт с клиентской базой. Обследование проводилось на базе двух банков и отделений пенсионного фонда (ОПФ) г.Донецка. Была проведена разработка методического обеспечения с целью организации выборки испытуемых, а также определения процедуры исследования. В соответствии с задачами диссертационной работы нами разработана Унифицированная карта исследования, которая включала следующие разделы: медико-демографическую, социально-бытовую, социально-профессиональную характеристики, субъективную оценку особенностей профессиональной деятельности служащих, данные о наличии или отсутствии в них вредных привычек, психологический и клинико-патопсихологический разделы. Обследование проводилось на территории двух банков и двух отделений пенсионного фонда (ОПФ) г. Донецка в выделенное для этих целей время.

При проведении исследования было установлено, что профессиональной спецификой банковского сектора являлись:

- ориентация на продажу и продвижение банковских продуктов;
- конкурентный тип отношений между сотрудниками;
- частые организационные изменения и кадровые перестановки;
- частые изменения требований в процессе работы, необходимость их выполнения в сжатые сроки.

Для отделений пенсионного фонда характерными особенностями были следующие:

- ориентация на наименее защищенные в социальном плане группы населения, высокая заинтересованность клиентов в сумме начислений;
- зависимость качества оказания услуг от внешних финансовых поступлений, общего состояния экономики;
- постоянный контроль со стороны государственных органов в условиях часто меняющегося законодательства, общеорганизационных изменений;
- отсутствие существенных возможностей для быстрого продвижения по карьерной лестнице и самореализации.

С учетом особенностей профессиональной деятельности, возникла необходимость исключить путем проведения анализа существенные различия в влиянии условий деятельности в данных подразделениях финансово-кредитной системы на психическое здоровье служащих. Для этой цели нами были сформированы две группы: сотрудников банка и сотрудников ОПФ. В данных группах было проведено исследование стрессонаполненности и субъективного восприятия действия стрессогенных факторов.

После проведения исследования был выявлен ряд различий в восприятии отдельных негативных факторов сотрудниками разных учреждений, при этом наиболее значимые факторы профессиональной деятельности, определенные в результате статистического анализа полученных данных, были равно значимы для респондентов обеих групп.

Для анализа психодиагностических показателей и клинических особенностей невротических расстройств, было сформировано две группы: группа сотрудников, имеющих невротические расстройства, и группа сотрудников без невротических расстройств.

С целью оценки динамики психического состояния и психодиагностических показателей после проведения мероприятий психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, были сформированы три группы: основная и две группы сравнения из числа лиц, имеющих невротические расстройства и репрезентативные гендерно-возрастные особенности.

Состав отобранных совокупностей сотрудников финансово-кредитных учреждений позволил изучить распространенность среди них невротических расстройств, особенности их клинических характеристик, динамику психического состояния после проведения мероприятий психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, а также считать результаты исследования репрезентативно отражающими генеральную совокупность.

2.2. Общая характеристика исследованного контингента

Все обследованные относились к категории сотрудников финансово-кредитных учреждений, которые непосредственно контактировали с клиентской базой. В связи с тем, что подавляющее их большинство составляли женщины, в исследование были включены только они. Все имели высшее образование. Возраст обследуемых находился в диапазоне 21 - 54 года, средний возраст составил $31,2 \pm 0,4$ года. Средний возраст обследованных сотрудников банков (209 человек) был $30,5 \pm 0,3$ года и статистически значимо ($p = 0,11$) не отличался от среднего возраста группы работников ОПФ (61 человек) - $33,3 \pm 1,1$ года.

Из таблицы 2.1 видно, что в первом браке находились $41,6\% \pm 3,4$ банковских сотрудников, $9,1 \pm 2,0\%$ были замужем повторно, $7,2 \pm 1,8\%$ проживали в гражданском браке.

Незамужние и разведенные среди данной группы исследованных составили $42,1 \pm 3,4\%$. Среди работников отделений ПФ находились в первом браке $45,9 \pm 3,4\%$; повторном - $13,1 \pm 4,3\%$, в гражданском - $11,5 \pm 4,1\%$. Процент незамужних среди сотрудников ПФ был ниже, чем в банке - $29,5 \pm 5,8\%$, что может быть связано с большей ориентированностью банковских служащих на профессиональные интересы и карьерный рост, однако данное отличие ни было статистически значимым.

Отношения в семье оценивали как спокойные и доброжелательные $64,6 \pm 3,3\%$ работников банка, что статистически не отличалось от их оценки сотрудниками ПФ - $59,0 \pm 6,3\%$. Спокойные формализованные отношения в семье

отмечали $13,4 \pm 2,4\%$ сотрудников банковской сферы и $6,6 \pm 3,2\%$ сотрудников ОПФ, что позволяет сделать вывод о меньшей вовлеченности сотрудников банка во внутрисемейные отношения, возможно, переносе эмоциональной направленности и личностной значимости на область профессиональных отношений (разница между двумя группами статистически значима, $p=0,01$).

Таблица 2.1

Социально-демографическая характеристика сотрудников финансово-кредитных учреждений.

Показатель		Частота встречаемости, абс. ($M\% \pm m\%$)			Уровень значимости отличия между группами, p
		Группа сотрудников банка ($n=209$)	Группа сотрудников отделений ПФ ($n=61$)	Всего ($n=270$)	
Семейное положение	Первый брак	87 ($41,6 \pm 3,4$)	28 ($45,9 \pm 3,4$)	115 ($42,6 \pm 3,0$)	0,27
	Повторный брак	19 ($9,1 \pm 2,0$)	8 ($13,1 \pm 4,3$)	27 ($10,0 \pm 1,8$)	
	Гражданский брак	15 ($7,2 \pm 1,8$)	7 ($11,5 \pm 4,1$)	22 ($8,1 \pm 1,7$)	
	Не замужем	88 ($42,1 \pm 3,4$)	18 ($29,5 \pm 5,8$)	106 ($39,3 \pm 3,0$)	
Взаимо-отношения в семье	Спокойные доброжелательные	135 ($64,6 \pm 3,3$)	36 ($59,0 \pm 6,3$)	171 ($63,3 \pm 2,9$)	0,01*
	Спокойные формализованные	28 ($13,4 \pm 2,4$)	4 ($6,6 \pm 3,2$)	32 ($11,9 \pm 2,0$)	
	Конфликты эпизодические	44 ($21,1 \pm 2,8$)	20 ($32,8 \pm 6,0$)	54 ($20,0 \pm 2,4$)	
	Конфликты систематические	—	1 ($1,6 \pm 1,6$)	1 ($0,4 \pm 0,4$)	

Примечание: * - разница между двумя группами статистически значима, $p < 0,05$ (критерий хи-квадрат).

Группа сотрудников банка, которые оценивали семейные отношения, как протекающие с периодическими конфликтами составила $21,1 \pm 2,8\%$. Данный показатель являлся статистически более низким, чем у сотрудников ОПФ - $32,8 \pm 6,0\%$. Наличие внутрисемейных отношений, сопровождающихся

систематическими конфликтами, отметили $1,6 \pm 1,6\%$ сотрудников ОПФ. Таким образом, практически не были выявлены психогении, связанные со сферой семейно-бытовых отношений.

Также нами был проведен анализ распределения сотрудников банка и пенсионного фонда по трудовому стажу. Результаты, полученные в результате исследования, приведены в таблице 2.2.

При проведении анализа установлено, что группы сотрудников банка и ПФ статистически значимо ($p < 0,001$ по критерию χ^2) отличаются по распределению согласно трудовому стажу. Большая часть сотрудников банка имела общий стаж трудовой деятельности до 10 лет ($41,6 \pm 3,4\%$) и от 11 до 20 лет ($29,2 \pm 3,1\%$). В то же время, практически отсутствовали исследуемые со стажем работы более 20 лет.

Таблица 2.2

Распределение по трудовому стажу сотрудников финансово-кредитных учреждений.

Показатели		Частота встречаемости, абс. ($M \pm m\%$)			Уровень значимости различия между группами, p
		Группа сотрудников банков (n=209)	Группа сотрудников ОПФ (n=61)	Все (n=270)	
Общий стаж	До 5 лет	59 ($28,2 \pm 3,1$)	16 ($26,2 \pm 5,6$)	75 ($27,8 \pm 2,7$)	<0,001*
	До 10 лет	87 ($41,6 \pm 3,4$)	19 ($31,1 \pm 5,9$)	106 ($39,3 \pm 3,0$)	
	11-20 лет	61 ($29,2 \pm 3,1$)	14 ($23,0 \pm 5,4$)	75 ($27,8 \pm 2,7$)	
	21-30 лет	2 ($1,0 \pm 0,7$)	10 ($16,4 \pm 4,7$)	12 ($4,4 \pm 1,3$)	
	Свыше 30 лет	—	2 ($3,3 \pm 2,3$)	2 ($0,7 \pm 0,5$)	

Примечание: * - разница между двумя группами статистически значима, $p < 0,05$ (критерий хи-квадрат)

Работники отделений ПФ имели большой стаж работы: от 20 до 30 лет - $16,4 \pm 4,7\%$ и более 30 лет - $3,3 \pm 2,3\%$. Это может быть объяснено тем, что престижность работы в банковской сфере у молодых специалистов выше, что

поддерживается более высоким уровнем материальной компенсации за выполняемую работу. Однако, обладая меньшим опытом работы, сотрудники банков оказываются менее готовы к высокому уровню требований системы и испытывают больший страх потери рабочего места или финансовых санкций, что создает постоянно действующие стрессовые факторы.

Материально-бытовые условия подавляющее большинство сотрудников банка и ОПФ оценили как средние.

Таким образом, нами выявлено, что в финансово-кредитной системе, существуют подразделения, которые имеют специфические черты, которые необходимо учитывать при проведении психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий. В то же время достаточная однородность служащих по социально-демографическим характеристикам, условиям труда, характеру действия стрессовых факторов позволяет говорить о возможности изучить особенности невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений, а также разработать модель прогнозирования риска развития невротических расстройств и систему психотерапевтических психопрофилактических мероприятий для данного контингента.

2.3. Методы исследования

В рамках исследования научная работа проводилась поэтапно и включала в себя сбор материала, обработку и анализ полученных данных, разработку, апробацию, оценку эффективности модели прогнозирования риска развития невротических состояний у сотрудников финансово-кредитных учреждений, а также внедрение психопрофилактической и психотерапевтической помощи.

Первый этап (диагностический) заключался в проведении обследования изучаемого контингента с целью анализа и оценки социально-демографических, социально-бытовых, социально-профессиональных характеристик, активного выявления распространенности расстройств невротического регистра, основных патогенных факторов.

На втором (основном) этапе изучались клинические, клинико-психологические, клинико-психопатологические, клинико-динамические особенности невротических расстройств. Проводилась разработка мультифакторных моделей прогнозирования риска развития невротических расстройств у сотрудников с целью проведения их ранней диагностики и выявления. Одновременно проводилась разработка, внедрение и анализ системы психотерапевтического, психопрофилактического и психогигиенического воздействия. Она строилась на основе современных психотехнологий с использованием методов рациональной, когнитивно-поведенческой психотерапии, аутогенной тренировки, внушения и самовнушения, музыкотерапии, групповой психотерапии с элементами гештальт-терапии, проведения занятий с целью улучшения информированности сотрудников о причинах и механизмах формирования невротических расстройств, их клинической картины и течения, возможностей их предотвращения, а также психогигиенических мероприятий.

Третий этап (контрольный блок) заключался в оценке эффективности разработанных психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий для служащих финансово-кредитных учреждений. Для количественной оценки психотерапевтической эффективности использовали данные повторного клинического интервью и результаты повторного психодиагностического исследования.

Работа проводилась на базе коммерческих банков г.Донецка и районных отделений пенсионного фонда (ОПФ) г.Донецка.

Нами применялись клинико-психопатологический, психодиагностический, катamnестический и статистический методы.

Проведение сплошного скрининг-исследования давало возможность определить наличие и характер невротических расстройств у данного контингента. Заполнение Унифицированной карты обследования проводилось непосредственно на рабочем месте, после проведения ознакомительной беседы, с соблюдением деонтологических требований: добровольности, анонимности,

конфиденциальности. Клинико-психопатологическое исследование проводилось в виде стандартизованного интервью, а также клинико-психологического интервью с последующим анализом полученных результатов.

Заключение о наличии у обследуемого невротического расстройства выносилось на основании критериев Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Психодиагностическое исследование больных проводили с помощью следующих методик: методики экспресс-диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса (шкала жалоб BFB, К. Höck, Н. Hess, 1975) [47,81]; методики «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» Т.Холмса-Р.Раге (Holmes и Rahe, 1967) [47,81]; Шкал реактивной и личностной тревожности методики самооценки Ч.Д.Спилбергера - Ю.Л.Ханина (1978) [81,90]; методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге (Zung self-rating depression scale, 1965, адаптация Т. И. Балашовой, 1998) [47,81]. Для скринингового выявления депрессивной и тревожной симптоматики, кроме этого, использовали госпитальную шкалу самооценки тревоги и депрессии HADS (Zigmond AS, Snaith RP, 1983) [81,165].

Методика экспресс-диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса (шкала жалоб BFB, К. Höck, Н. Hess, 1975)

Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса - это опросник, стандартизированный для больных в возрасте от 16 до 60 лет. При его создании авторы исходили из того, что жалобы больных неврозами носят специфический характер и в них, в отличие от больных с органической соматической патологией, преобладают жалобы на вегетативные расстройства и жалобы психического характера.

Медико-психологическая экспресс-диагностическая методика предназначена для выявления степени выраженности невротизации обследуемого. За каждый ответ «да» дается один балл, за каждый ответ «нет» - 0 баллов, за исключением вопроса № 29 (в № 29 «да» оценивается как 0 баллов, ответ «нет» - 1 балл).

В результате подсчета количества баллов: если получено до 18 баллов - это норма, от 19 до 24 баллов - склонность к невротизации и возможности проявления невротических реакций; результаты свыше 24 баллов говорит о высокой вероятности невроза.

Методика «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации»

Томаса Холмса и Ричарда Раге (Holmes и Rahe, 1967)

Методика «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» Т.Холмса и Р.Раге направлена на выявление степени стрессовой нагрузки на личность и степени ее сопротивления стрессу. Врачи Холмс и Раге изучали зависимость заболеваний (в том числе инфекционных болезней и травм) от различных стрессогенных жизненных событий. Они пришли к выводу, что 151 психической и физической болезни обычно предшествуют определенные серьезные изменения в жизни человека. На основании своего исследования они составили шкалу, в которой каждой важному жизненному событию соответствует определенное число баллов в зависимости от степени его стрессогенности.

Согласно проведенным ими исследованиям, было установлено, что 150 баллов означают 50% вероятности возникновения какого-либо заболевания, а при 300 баллах она увеличивается до 90%.

Сумма баллов, которая превышает 300, свидетельствует о низкой сопротивляемости стрессу и высокому риску возникновения психосоматической болезни.

Методика самооценки тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (1978)

Шкалы Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина предназначены для оценки реактивной и личностной тревожности. Личностная тревожность рассматривается авторами как относительно устойчивое индивидуальное качество личности, характеризующее степень ее беспокойства, заботы, эмоционального напряжения вследствие действия стрессовых факторов.

Реактивная тревожность - это состояние человека, которое характеризуется степенью его беспокойства, заботы, эмоционального напряжения в конкретной стрессовой ситуации. Если личностная тревожность является устойчивой индивидуальной характеристикой, то состояние реактивной тревожности может быть достаточно динамичным и по времени, и по степени выраженности.

Опросник состоит из 40 вопросов-суждений, из которых 1-20 предназначены для оценки реактивной тревожности (шкала "Как вы себя чувствуете в данный момент?») И 21-40 - для определения личностной тревожности (шкала "Как Вы себя чувствуете обычно?"). На каждый вопрос возможны 4 ответа, различающиеся по степени интенсивности (совсем нет, видимо так, верно, совершенно верно) - для шкалы реактивной тревожности и 4 ответа, отличающиеся по частоте (почти никогда, иногда, часто, почти всегда) - для шкалы личностной тревожности.

Одни вопросы-суждения в опроснике сформулированы так, что ответ (1) означает отсутствие или легкую степень тревожности. Это в шкале реактивной тревожности так называемые прямые вопросы: № 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 19, а в шкале личностной тревожности - № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40. В других, так называемых обратных вопросах ответ (1) означает высокую степень тревожности, а ответ (4) - низкую тревожность: № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 - в шкале реактивной тревожности; № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 - в шкале личностной тревожности. Обработка проводится следующим образом. Сначала отдельно складываются результаты по обратным и прямым вопросам, затем из суммы прямых вопросов вычитается сумма обратных вопросов и к полученному числу прибавляется постоянное число 50 для шкалы реактивной тревожности и 35 - для шкалы личностной тревожности.

Показатель результата по каждой шкале может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. Чем он больше, тем выше уровень тревожности (реактивной или личностной). Оценка уровней реактивной и личностной тревожности по результатам показателей осуществляется в следующих пределах: до 30 баллов -

низкий уровень тревожности, от 31-45 баллов - средний, более 45 баллов - высокий уровень тревожности.

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунге (Zung self-rating depression scale, 1965, в адаптации Т. И. Балашовой, 1998)

Тест разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, приближенных к депрессии, для скрининг-диагностики в случае обследований и ранней диагностики.

Шкала В.Зунге состоит из 20 утверждений (жизненных ситуаций). Согласно инструкции, варианты ответа кодируются следующим образом: 1 - «Никогда или очень редко», 2 - «Иногда», 3 - «Часто», 4 - «Почти всегда или постоянно». Подытоживая количество баллов, можно получить цифру от 20 до 80 баллов, что характеризует определенный уровень депрессии: если он составляет менее 50 баллов, то диагностируется «состояние без депрессии», 50-59 баллов - «легкая депрессия ситуативного или невротического генеза», 60-69 баллов - «субдепрессивное состояние или замаскированная депрессия», 70 баллов и более - «истинное депрессивное состояние».

Уровень депрессии (РД) рассчитывается по формуле:

$$РД = \Sigma \text{пр.} + \Sigma \text{обратн.},$$

где $\Sigma \text{пр.}$ - Сумма цифр, указанных на бланке в «прямых» утверждениях (№ 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19); $\Sigma \text{обратн.}$ - Сумма цифр, являющихся «обратными» и указанных на бланке в утверждениях (№ 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20).

Госпитальная шкала самооценки тревоги и депрессии HADS (Zigmond AS, Snaith RP, 1983)

Изучение тревожной и депрессивной симптоматики проводилось с помощью шкалы Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Шкала разработана A.S. Zigmond и R.P. Snaith в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики.

Шкала составлена из 14 утверждений, которые обслуживают две подшкалы: «тревога» (нечетные пункты - 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) и «депрессия» (парные пункты - 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствуют четыре варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

Оценку психоэмоциональной сферы проводили по двум показателям: тревога и депрессия. При интерпретации данных учитывали суммарный показатель по каждой характеристике (А и D), при этом выделяли три области значений: 0-7 баллов - норма; 8-10 баллов - субклинически выраженная тревога / депрессия; ≥ 11 баллов - клинически выраженная тревога / депрессия.

Статистическая обработка материала

При проведении анализа результатов исследования использовались статистические пакеты MedCalc v.14.8.1 (MedCalc Software Inc.) и MedStat (Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г.). Построение нейросетевых моделей проводилась с помощью статистических методов построения и анализа многофакторных моделей классификации: логистических моделей регрессии, нейросетевых моделей, анализ проводился в пакете Statistica Neural Networks v.4.0 C (StatSoft Inc., 1999) [130,145].

В результате анализа социально-демографических данных и характера распределения сотрудников по стажу работы, полученных в процессе исследования, можно сделать вывод об отсутствии статистически значимых отличий по данным параметрам между контингентами банка и пенсионного фонда. Нами не было выявлено существенных стрессогений, обусловленных взаимоотношениями в семье и материально-бытовыми условиями. При этом достаточно молодой средний возраст сотрудников - $31,2 \pm 0,4$ года, общий стаж трудовой деятельности до 10 лет ($41,6\% \pm 3,4$) позволяют предположить, что они, прежде всего, могут подвергаться действию профессиональных стрессогенных

факторов. Был проведен анализ стрессонаполненности профессиональной деятельности сотрудников финансово-кредитных учреждений, результаты которого изложены в главе 3.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРЕССОПОЛНЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЖИЗНИ И АНАЛИЗ УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У СОТРУДНИКОВ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В настоящее время можно предположить наличие многофакторного психотравмирующего действия профессиональных стрессогенных факторов на психическое и соматическое состояние сотрудников, характер их межличностных взаимодействий, состояние внутренней организационной среды, продуктивности и финансовой эффективности организации в целом. Понимая невротические расстройства как психогенно обусловленные заболевания [2,7,25,31,66,71], мы можем рассматривать данное воздействие как мощный социальный фактор, который во взаимодействии с психологической и биологической составляющей играет важную роль в возникновении и развитии невротических расстройств у данного контингента. С целью уменьшения действия профессиональных психогенов на здоровье сотрудников финансово-кредитных учреждений мы ставили задачей дальнейшее изучение характера и влияния различных профессиональных факторов.

С целью анализа непосредственных причин для возникновения невротических расстройств у сотрудников нами было проведено исследование частоты возникновения критических и конфликтных ситуаций на протяжении недели.

Нами было установлено, что среднее значение частоты возникновения непредвиденных, критических ситуаций для группы сотрудниц банков - $4,59 \pm 0,35$ случаев в неделю, было статистически значимо ($p < 0,001$) выше, чем для группы сотрудниц ОПФ - $1,46 \pm 0,09$ случаев в неделю (Таблица 3.1). Также выявлено, что среднее значение частоты возникновения конфликтных ситуаций при работе с клиентами для группы сотрудниц банков (среднее значение

3,77±0,29 случаев в неделю) было статистически значимо ($p<0,001$) выше, чем для группы сотрудниц ОПФ (среднее значение 1,31±0,08 случаев в неделю).

Таблица 3.1

Частота встречаемости критических и конфликтных ситуаций у сотрудников финансово-кредитных организаций в неделю

Показатель	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$			Уровень значимости различия между группами, p
	Группа сотрудников банков (n=209)	Группа сотрудников ПФ (n=61)	Все обследованные (n=270)	
Частота критических и (или) непредвиденных ситуаций в неделю	4,59±0,35	1,46±0,09	3,89±0,28	<0,001*
Частота конфликтных ситуаций при работе с клиентами в неделю	3,77±0,29	1,31±0,08	3,21±0,24	<0,001*

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p<0,05$ (W-Вилкоксона)

При этом при проведении корреляционного анализа, выявлено наличие положительной корреляционной связи средней степени выраженности между показателями частоты возникновения критических ситуаций и частоты возникновения конфликтных ситуаций (показатель ранговой корреляции Спирмена, $\rho=0,57$ и $\rho=0,46$, $p<0,01$, в группе сотрудниц банков и сотрудниц ПФ, соответственно). Таким образом, установлено, что сотрудники воспринимают конфликтные ситуации с клиентами как критические, несущие потенциальную угрозу их собственному благополучию. Личностное отреагирование данных ситуаций, в условиях принятых в данных организациях норм корпоративного поведения, предписывающего сдерживание проявлений эмоций вовне,

соответствие внешнему образу «сотрудника банка», создает предпосылки для постоянного роста внутреннего психоэмоционального напряжения и тревоги.

В Таблице 3.2 приведены данные о субъективной оценке сотрудниками финансово-кредитных учреждений эмоциональных реакций, возникающих во время критических и (или) конфликтных ситуаций.

При проведении анализа реакции сотрудников на критическую ситуацию установлено, что группы сотрудниц банков и ОПФ статистически значимо не различаются ($p=0,67$, $p=0,94$ и $p=0,08$, соответственно, по критерию χ^2). При этом из таблицы видно, что возможность быстрого выхода из проблемной ситуации, сопровождающегося умеренным уровнем психоэмоционального напряжения, отмечают 108 ($51,7 \pm 3,5\%$) сотрудников банка и 29 ($47,5 \pm 6,4\%$) сотрудников ОПФ из всего числа опрошенных. Определяется достаточно высокий процент сотрудников банка $34,0 \pm 3,3\%$ и ОПФ - $47,5 \pm 6,4\%$, которые испытывают при возникновении данных ситуаций чувство тревоги и беспокойства, но вынуждены скрывать свои чувства. Возникновение тревоги банковские сотрудники связывают, прежде всего, со страхом штрафных санкций разного уровня (удержание премии, части заработной платы, выговоры, увольнение) в связи с невыполнением в полном объеме программ банка. Это обусловлено тем, что на протяжении последних лет отмечается четкая тенденция повышения требований к сотрудникам в условиях нестабильности банковской системы в целом, которая не может создать достаточных предпосылок для выполнения плановых показателей. Сотрудники ОПФ чувство тревоги и беспокойства связывают с недостатком времени, необходимого для оформления полного объема финансовой документации в назначенные сроки, необходимость своевременного проведения финансовых потоков в условиях законодательной и экономической нестабильности. Одновременно, они занимают положение «буфера» между социальным слоем пенсионеров и финансовой системой государства, являются мишенью для выражения недовольства населения в удовлетворении их жизнеобеспечивающих потребностей.

Субъективная оценка реакции на критическую ситуацию сотрудников
финансово-кредитных учреждений

Показатель		Частота встречаемости, абс. (M%±m%)			Уровень значимости различия между группами, p
		Группа сотрудников банков (n=209)	Группа сотрудников ОПФ (n=61)	Все (n=270)	
Реакция сотрудник ов на критическ ую ситуацию	Безразличная	35 (16,7±2,6)	2 (3,3±2,3)	37 (13,7±2,1)	0,01*
	Быстро нахожу нужное решение	108 (51,7±3,5)	29 (47,5±6,4)	137 (50,7±3,0)	0,67
	Испытываю раздражение или гнев	39 (18,7±2,7)	11 (18,0±4,9)	50 (18,5±2,4)	0,94
	Испытываю тревогу, но скрываю свои чувства	71 (34,0±3,3)	29 (47,5±6,4)	100 (37,0±2,9)	0,08
	Испытываю тревогу, теряюсь, обращаюсь за помощью	—	9 (14,7±4,5)	9 (3,3±1,1)	<0,001*
Изменение работоспо собности после работы с конфликтн ым клиентом	Не выражена	37 (17,7±2,6)	13 (21,3±5,2)	50 (18,5±2,4)	0,72
	Умеренно выраженная	130 (62,2±3,4)	38 (62,3±6,2)	168 (62,2±3,0)	
	Значительная	42 (20,1±2,8)	10 (16,4±4,7)	52 (19,3±2,4)	

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий хи-квадрат)

Характерно, что сотрудники банка, как правило, стремятся не обращаться за помощью при возникновении проблемных ситуаций, несмотря на готовность руководства в ряде случаев поддержать их. Наиболее часто это связано с

желанием сохранить благоприятную профессиональную репутацию, способствующую карьерному росту или служащую определенной защитой при сокращениях и организационных перестановках.

Среди сотрудников ОПФ 9 человек ($14,75 \pm 4,5\%$) отметили, что в критических ситуациях испытывают тревогу в сочетании с растерянностью и желанием обратиться за помощью к более опытным товарищам или руководству.

Реакцию на критическую или конфликтную ситуацию в виде раздражения или гнева испытывают 39 сотрудников банка ($18,7 \pm 2,7\%$) и 11 сотрудников ОПФ ($18,0 \pm 4,9\%$).

Также была определена группа сотрудников, субъективно воспринимающих свою реакцию на критические ситуации как «безразличную». Для банка данная группа составила 35 человек ($16,7 \pm 2,6\%$), для ОПФ – 2 ($3,3 \pm 2,3\%$) что позволяет говорить о большей частоте встречаемости данной реакции в группе сотрудниц банков ($p=0,01$), чем в группе сотрудниц ОПФ ($16,7 \pm 2,6\%$ и $3,3 \pm 2,3\%$, соответственно).

Учитывая вышеназванные данные, представляет интерес субъективное восприятие сотрудниками степени выраженности нервно-психического напряжения в процессе работы. Результаты их обследования представлены в Таблице 3.3.

В результате проведенного анализа установлено, что в группе исследованных сотрудников банков постоянное нервно-психическое напряжение отмечалось в $60,3 \pm 3,4\%$ случаев, что статистически значимо чаще ($p = 0,01$ по критерию χ^2), чем в группе работников ПФ ($41,0 \pm 6,3\%$ случаев).

Это связано с действием, как вышеперечисленных факторов, так и с результатом влияния сложившихся внутри банковского сектора конкурентных отношений.

**Субъективная оценка сотрудниками финансово-кредитных учреждений
неблагоприятных профессиональных факторов их деятельности.**

Показатель		Частота встречаемости, абс. (M%±m%)			Уровень значимости различия между группами, р
		Группа сотрудников банков (n=209)	Группа сотрудников ОПФ (n=61)	Все (n=270)	
Нервно- психическое напряжение	-	83 (39,7±3,4)	36 (59,0±6,3)	119 (44,1±3,0)	0,01*
	+	126 (60,3±3,4)	25 (41,0±6,3)	151 (55,9±3,0)	
Повышенная ответственность за результат	-	117 (56,0±3,4)	27 (44,3±6,4)	144 (53,3±3,0)	0,14
	+	92 (44,0±3,4)	34 (55,6±6,4)	126 (46,7±3,0)	
Неблагоприятный микроклимат	-	209 (100)	60 (98,4±1,6)	269 (99,6±0,4)	0,51
	+	—	1 (1,6±1,6)	1 (0,4±0,4)	
Монотонный труд	-	193 (92,3±1,8)	56 (91,8±3,5)	249 (92,2±1,6)	0,90
	+	16 (7,7±1,8)	5 (8,2±3,5)	21 (7,8±1,6)	
Недостаточная двигательная активность	-	154 (73,7±3,0)	46 (75,4±5,5)	200 (74,1±2,7)	0,88
	+	56 (26,3±3,0)	15 (24,6±5,5)	70 (25,9±2,7)	
Вынужденные нарушения режима труда и отдыха	-	129 (61,7±3,4)	49 (80,3±5,1)	178 (65,9±2,9)	0,01*
	+	80 (38,3±3,4)	12 (19,7±5,1)	92 (34,1±2,9)	

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий хи-квадрат)

Развитие потребностей в финансовых инновациях в реальном секторе экономики, процессы ее глобализации, приводят к частым нововведениям в условиях повышенной финансовой ответственности за результат деятельности банковских сотрудников, что непосредственно влияет на организацию их труда [68,162,164]. В то же время, при условии успешно выполненной работы, у них

возникает больше возможностей построить успешную карьеру в достаточно сжатые сроки, что создает дополнительное мотивирование к карьерному росту и в тоже время способствует росту внутренней тревоги и эмоционального напряжения за счет повышения психологической цены ошибки.

Также существенным фактором влияния является необходимость выполнения банками роли финансового посредника на рынке услуг [29,36,38,40]. Для ее реализации от сотрудников требуются постоянные действия, направленные на освоение новых, более эффективных технологий продаж банковских «продуктов», поиск новых методов сохранения и завоевания позиций на рынке, повышение производительности и качества предоставления банковских услуг с присущими для данных операций финансовыми рисками. Согласно полученным данным, в группе сотрудниц банков повышенная ответственность за результат наблюдается в $56,0 \pm 3,4\%$ случаев, в группе сотрудниц ПФ - $44,3 \pm 6,4\%$ случаев статистически значимой разницы не обнаружено ($p = 0,14$ по критерию χ^2).

Несмотря на то, что в своей профессиональной деятельности служащие банков имеют лучшее законодательное и юридическое обеспечение, оно преимущественно направлено на уже созданные прецеденты и проблемные случаи. В ПФ сотрудники более подготовлены в вопросах законодательства и принципа работы в системе социального обеспечения за счет обязательной стажировки в отделах с обязательным участием юристов.

Наличие неблагоприятного микроклимата не было отмечено ни одним сотрудником банковской сферы и только $1,6 \pm 1,6\%$ из сотрудников пенсионного фонда, что говорит о достаточной оснащенности рабочих мест и помещений.

Моноotonно в работе испытывали $7,7 \pm 1,8\%$ банковских служащих и $8,2 \pm 3,5\%$ служащих пенсионных фондов, показатели статистически не отличаются ($p = 0,90$) и говорят о достаточно динамичных условиях труда.

Недостаточную двигательную активность отмечали $26,3 \pm 3,0\%$ участвующих в исследовании служащих банка и $24,6 \pm 5,5\%$ сотрудников пенсионного фонда, показатели также статистически не отличались ($p = 0,88$).

В процессе исследования установлено, что вынужденные нарушения режима труда и отдыха статистически значимо чаще отмечались сотрудниками банка $38,3 \pm 3,4\%$ случаев, чем ОПФ - $19,7 \pm 5,1\%$ ($p = 0,01$ по критерию χ^2), что связано со спецификой их работы и формирует предпосылки для переутомления, а также повышение истощаемости нервной системы. Несмотря на необходимость действовать в соответствии с законами и нормативными актами в строго указанные сроки, деятельность сотрудников ПФ была больше регламентирована по времени.

При проведении оценки степени выраженности нервно-психического напряжения (ВНПН) у сотрудников были получены результаты, представленные в Таблице 3.4.

При анализе показателей не выявлено статистически значимого различия в оценке уровня выраженности нервно-психического напряжения между группами сотрудниц банков и ОПФ ($p=0,16$).

В процессе проведения обследования был установлен достаточно высокий процент сотрудников банка ($33,0 \pm 3,3\%$) и пенсионного фонда ($34,4 \pm 6,1\%$), которые оценивали уровень нервно-психического напряжения как умеренный, и как значительный ($3,8 \pm 1,3\%$ и $3,3 \pm 2,3\%$). Среди сотрудников, считающих нервно-психическое напряжение адекватным производственной нагрузке, многие отмечали высокий уровень самих требований и стандартов работы, автоматически способствующий возникновению постоянного чувства внутреннего напряжения.

Неблагоприятное влияние производственных факторов подтверждалось оценкой сотрудниками преобладающего во время работы настроения (ПН). Наиболее часто его оценивали как неустойчивое ($40,7 \pm 3,4\%$ сотрудников банка и $45,9 \pm 6,4\%$ сотрудников ОПФ). Статистически значимого различия между группами не было выявлено ($p=0,67$). Состояние душевного покоя и равновесия отмечали лишь $12,0 \pm 2,2\%$ сотрудников банка и $16,4 \pm 4,7\%$ сотрудников ОПФ.

Оценка уровня выраженности нервно-психического напряжения (ВНПН) и преобладающего настроения (ПН) сотрудниками финансово-кредитных учреждений.

Показатель		Частота встречаемости, абс. (М%±m%)			Уровень значимости различия между группами, р
		Группа сотрудников банков (n=209)	Группа сотрудников ОПФ (n=61)	Все (n=270)	
ВНПН	Отсутствует	16 (7,7±1,8)	—	16 (5,9±1,4)	0,16
	Адекватная нагрузке	93 (44,5±3,4)	27 (44,3±6,4)	120 (44,4±3,0)	
	Незначительная	23 (11,0±2,2)	11 (18,0±4,9)	34 (12,6±2,0)	
	Умеренно выраженная	69 (33,0±3,3)	21 (34,4±6,1)	90 (33,4±2,9)	
	Значительная	8 (3,8±1,3)	2 (3,3±2,3)	10 (3,7±1,1)	
ПН	Безразличное	37 (17,7±2,6)	7 (11,4±4,1)	44 (16,3±2,2)	0,67
	Душевный покой	25 (12,0±2,2)	10 (16,4±4,7)	35 (13,0±2,0)	
	Неустойчивое	85 (40,7±3,4)	28 (45,9±6,4)	113 (41,9±3,0)	
	Тревожное	21 (10,0±2,1)	5 (8,2±3,5)	26 (9,6±1,8)	
	Приподнятое	41 (19,6±2,7)	11 (18,0±4,9)	52 (19,2±2,4)	

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий хи-квадрат)

Фрустрирующее влияние профессиональных факторов также проявлялось в формировании установки, направленной на изменения условий труда. Так, стремление к более спокойным условиям в рамках нынешней профессии отметили 45,0±3,4% банковских сотрудников и 50,8±6,4% работников ОПФ, к смене места работы 9,6±2,0% и 8,2±3,5% соответственно. Адаптивное стремление

к совершенствованию профессиональной квалификации отмечали $42,1 \pm 3,4\%$ среди исследованных банка и $37,7 \pm 6,2\%$ сотрудников ОПФ. Стремление к поиску более легкой работы высказывали незначительное количество сотрудников $3,3 \pm 1,2\%$ и $3,3 \pm 2,3\%$ соответственно. При исследовании было обнаружено, что показатели в группах сотрудников банка и ОПФ статистически значимо не отличались ($p = 0,88$ по критерию χ^2) (Таблица 3.5)

Большинство из сотрудников, участвовавших в исследовании, отмечали наличие постоянной или эпизодической поддержки со стороны руководства, при этом показатели статистически достоверно не отличались ($p=0,19$). Отношения с коллегами оценивали как доброжелательные $46,9 \pm 3,5\%$ сотрудников банка и $59,0 \pm 6,3\%$ сотрудников ОПФ, как холодные формализованные $50,7 \pm 3,5\%$ и $39,4 \pm 6,3\%$ соответственно. При том, что статистически достоверной разницы между группами не определялось ($p=0,06$), среди сотрудников ОПФ чаще отмечался доброжелательный характер отношений в коллективе ($12,1 \pm 2,8\%$), причем конкурентные и дискриминационные отношения по субъективным оценкам отсутствовали (Таблица 3.6).

При проведении анализа автономии (Таблица 3.7) было установлено, что полный контроль темпа своей работы в группе сотрудниц банков встречался реже ($p < 0,001$), чем в группе сотрудниц ОПФ ($14,8 \pm 2,4\%$ и $37,7 \pm 6,2\%$, соответственно). Это обусловлено длительным отсутствием перемен в пенсионном законодательстве, что обеспечивает автоматизм многих операций.

В банковской системе имеет место намного больший полиморфизм и динамика рабочих параметров при решении вопросов индивидуального характера, требующих постоянного контроля со стороны руководителей подразделений.

**Сравнительная характеристика установок к изменению условий труда у
сотрудников финансово-кредитных учреждений.**

Показатель		Частота встречаемости, абс. (M%±m%)			Уровень значимости различия между группами, p
		Группа сотрудников банков (n=209)	Группа сотрудников ОПФ (n=61)	Все (n=270)	
Стремление к изменению условий труда	Повышение квалификац ии	88 (42,1±3,4)	23 (37,7±6,2)	111 (41,1±3,0)	0,88
	Смена профессии	20 (9,6±2,0)	5 (8,2±3,5)	25 (9,3±1,8)	
	Более спокойные условия в рамках нынешней профессии	94 (45,0±3,4)	31 (50,8±6,4)	125 (46,3±3,0)	
	Более легкая работа	7 (3,3±1,2)	2 (3,3±2,3)	9 (3,3±1,1)	

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$
(критерий хи-квадрат)

Таблица 3.6

Субъективная оценка сотрудниками финансово-кредитных учреждений наличия социальной поддержки и отношений с коллегами.

Показатель		Частота встречаемости, абс. (M%±m%)			Уровень значимости различия между группами, p
		Группа сотрудников банков (n=209)	Группа сотрудников ОПФ (n=61)	Все (n=270)	
Социальная поддержка руководства	Постоянно	25 (12,0±2,2)	11 (18,0±4,9)	36 (13,3±2,1)	0,19
	Эпизодиче ски	117 (56,0±3,4)	37 (60,7±6,3)	154 (57,0±3,0)	
	нет	67 (32,0±3,2)	13 (21,3±5,2)	80 (29,7±2,8)	
Отношения с коллегами	доброжела тельные	98 (46,9±3,5)	36 (59,0±6,3)	134 (49,6±3,0)	0,06
	холодные (формализо ванные)	106 (50,7±3,5)	24 (39,4±6,3)	130 (48,1±3,0)	
	конкурентн ые	5 (2,4±1,1)	—	5 (1,9±0,8)	
	дискримин ационные	—	1 (1,6±1,6)	1 (0,4±0,4)	

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий хи-квадрат)

Оценка сотрудниками финансово-кредитных учреждений автономии в их профессиональной деятельности.

Показатель		Частота встречаемости, абс. (M%±m%)			Уровень значимости различия между группами, p
		Группа сотрудников банков (n=209)	Группа сотрудников ОПФ (n=61)	Все (n=270)	
Автономия в работе	полный контроль темпа своей работы	31 (14,8±2,4)	23 (37,7±6,2)	54 (20,0±2,4)	<0,001*
	частичный контроль	87 (41,6±3,4)	30 (49,2±6,2)	117 (43,3±3,0)	0,37
	Темп работы определяется руководством	57 (27,3±3,1)	—	57 (21,1±2,5)	<0,001*
	Работа предсказуема	2 (1,0±0,7)	—	2 (0,7±0,5)	0,94
	Требования к работе часто меняются	32 (15,3±2,5)	21 (34,4±6,1)	53 (19,6±2,4)	0,002*
	имеются возможности для профессиональ ной реализации и роста	20 (9,6±2,0)	—	20 (7,4±1,6)	0,03*
	Профессиональ ный рост ограничен	10 (4,8±1,5)	18 (29,5±5,8)	28 (10,4±1,9)	<0,001*

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий хи-квадрат)

Характерно, что темп работы, полностью определяемый руководством, в группе сотрудниц банков встречался в 27,3±3,1% случаев, а в группе сотрудниц ОПФ не был отмечен ни разу ($p < 0,001$ по критерию χ^2). Ограничение возможности самостоятельного принятия решения приводит к снижению адаптационного коридора для сотрудников. При этом оценка возможности карьерного роста и профессиональной реализации выше у банковских сотрудников (9,6±2,0%) случаев ($p = 0,03$ по критерию χ^2), что создает

дополнительную мотивацию к выполнению показателей и повышает цену ошибки. В то же время, их работа более прогнозируема, они статистически реже воспринимают требования к работе как «часто меняющиеся» ($p=0,002$), по сравнению с сотрудниками ОПФ ($15,3\pm 2,5\%$ и $34,4\pm 6,1\%$ соответственно).

Важным фактором влияния на состояние психического здоровья сотрудников является равномерность нагрузки в течение недели (РНН), месяца (РНМ), квартала (РНК). Согласно проведенному анализу, не было выявлено статистически значимого различия равномерности нагрузки на протяжении недели между группами сотрудников банков и ОПФ ($p=0,22$) (Таблица 3.8). Большинство обследованных воспринимало ее как неравномерную ($50,2\pm 3,5\%$ респондентов в банке и $45,9\pm 6,4\%$ - в ОПФ), обусловленную организацией производства ($30,7\pm 3,2\%$ и $42,6\pm 6,3\%$). Однако, при анализе показателей равномерности нагрузки в течение месяца, было определено, что сотрудники банка статистически чаще воспринимали нагрузку как «неравномерную и нерегулярную» ($55,5\pm 3,4\%$), а сотрудники ОПФ как «неравномерную с большей интенсивностью в конце месяца» ($50,9\pm 6,4\%$). Идентичные показатели были выявлены при анализе нагрузки на протяжении квартала. «Неравномерную с большей интенсивностью в конце месяца» нагрузку отмечали статистически чаще сотрудники ОПФ ($41,0\pm 6,3\%$), а «неравномерную и нерегулярную» - сотрудники банка ($60,3\pm 3,4\%$).

Показатели равномерности производственной нагрузки в течение недели (РНН),
месяца (РНМ), квартала (РНК).

Показатель		Частота встречаемости, абс. ($M\% \pm m\%$)			Уровень значимости различия между группами, p
		Группа сотрудников банков (n=209)	Группа сотрудников ОПФ (n=61)	Все (n=270)	
РНН	Равномерная	36 (17,2 \pm 2,6)	7 (11,5 \pm 4,1)	43 (15,9 \pm 2,2)	0,22
	Неравномерная	105 (50,2 \pm 3,5)	28 (45,9 \pm 6,4)	133 (49,3 \pm 3,0)	
	Неравномерная, зависит от организации производства	64 (30,7 \pm 3,2)	26 (42,6 \pm 6,3)	90 (33,3 \pm 2,9)	
	Неравномерная, зависит от желания сотрудника	4 (1,9 \pm 0,9)	—	4 (1,5 \pm 0,7)	
РНМ	Равномерная	41 (19,6 \pm 2,7)	13 (21,3 \pm 5,2)	54 (20,0 \pm 2,4)	<0,001*
	Неравномерная с большей интенсивностью в конце месяца	44 (21,1 \pm 2,8)	31 (50,9 \pm 6,4)	75 (27,8 \pm 2,7)	
	Неравномерная с большей интенсивностью в начале месяца	8 (3,8 \pm 1,3)	4 (6,6 \pm 3,2)	12 (4,4 \pm 1,3)	
	Неравномерная с большей интенсивностью в середине месяца	—	1 (1,6 \pm 1,6)	1 (0,4 \pm 0,4)	
	Неравномерная, нерегулярная	116 (55,5 \pm 3,4)	11 (18,0 \pm 4,9)	127 (47,0 \pm 3,0)	
	Чрезмерная	—	1 (1,6 \pm 1,6)	1 (0,4 \pm 0,4)	

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$
(критерий хи-квадрат)

Показатели равномерности производственной нагрузки в течение недели (РНН),
месяца (РНМ), квартала (РНК)

Показатель		Частота встречаемости, абс. (M%±m%)			Уровень значимости различия между группами, p
		Группа сотрудников банков (n=209)	Группа сотрудников ОПФ (n=61)	Все (n=270)	
РНК	Равномерная	51 (24,3±3,0)	14 (23,0±5,4)	65 (24,1±2,6)	<0,001*
	Неравномерная с большей интенсивностью в конце квартала	30 (14,4±2,4)	25 (41,0±6,3)	55 (20,4±2,5)	
	Неравномерная с большей интенсивностью в начале квартала	2 (1,0±0,7)	2 (3,3±2,3)	4 (1,5±0,7)	
	Неравномерная нерегулярная	126 (60,3±3,4)	20 (32,7±6,0)	146 (54,0±3,0)	

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$
(критерий хи-квадрат)

При анализе работоспособности выявлено более высокое значение ($p < 0,001$ по критерию χ^2) этого показателя в группе сотрудниц ОПФ. Согласно результатам обследования в $37,7 \pm 6,2\%$ случаев сотрудники не отмечали ее изменения на протяжении рабочего дня, более характерным было снижение данного показателя к концу работы – в $55,7 \pm 6,4\%$ случаев. Стабильная работоспособность определялась лишь у $19,1 \pm 2,7\%$ банковских сотрудниц, они статистически чаще, чем сотрудницы ОПФ отмечали ее снижение к середине рабочего дня ($12,9 \pm 2,3\%$ против $3,3 \pm 2,3\%$). $23,0 \pm 2,9\%$ банковских сотрудников отмечали, что на протяжении дня работоспособность поддерживается с трудом, для сотрудников ОПФ этот показатель составил лишь $3,3 \pm 2,3\%$ случаев (Таблица 3.9).

Показатели субъективной оценки работоспособности сотрудников банков и ОПФ.

Показатель		Частота встречаемости, абс. (M%±m%)			Уровень значимости различия между группами, p
		Группа сотрудников банков (n=209)	Группа сотрудников ОПФ (n=61)	Все (n=270)	
работоспособность	не меняется	40 (19,1±2,7)	23 (37,7±6,2)	63 (23,3±2,6)	<0,001*
	поддерживается с трудом	48 (23,0±2,9)	2 (3,3±2,3)	50 (18,5±2,4)	
	падает к завершению рабочего дня	94 (45,0±3,4)	34 (55,7±6,4)	128 (47,5±3,0)	
	падает к середине рабочего дня	27 (12,9±2,3)	2 (3,3±2,3)	29 (10,7±1,9)	

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий хи-квадрат).

Не было выявлено статистически значимого различия влияния организационных изменений и необходимости адаптации к новым формам работы между группами сотрудниц банков и ПФ ($p=0,41$ и $p=0,27$ соответственно). Большинство опрошенных ($67,0 \pm 3,3\%$ сотрудников банка и $67,2 \pm 6,0\%$ сотрудников ОПФ) отметили незначительное влияния организационного фактора на состояние психологического комфорта. Существенно большее значение имела адаптация к новым формам работы. Умеренный уровень ее влияния на психическое здоровье отметили $46,4 \pm 3,4\%$ служащих банка и $59,0 \pm 6,3\%$ ОПФ (Таблица 3.10).

Оценка влияния профессиональных факторов на состояние психического благополучия сотрудников финансово-кредитных учреждений.

Показатель		Частота встречаемости, абс. (M%±m%)			Уровень значимости различия между группами, p
		Группа сотрудников банков (n=209)	Группа сотрудников ОПФ (n=61)	Все (n=270)	
Влияние организацион ных изменений	Не влияет	18 (8,6±1,9)	2 (3,3±2,3)	20 (7,4±1,6)	0,41
	Влияет мало	140 (67,0±3,3)	41 (67,2±6,0)	181 (67,0±2,9)	
	Влияет значитель но	48 (23,0±2,9)	16 (26,2±5,6)	64 (23,7±2,6)	
	Вызывает сильное волнение	3 (1,4±0,8)	2 (3,3±2,3)	5 (1,9±0,8)	
Адаптация к новым формам работы	Не влияет	22 (10,5±2,1)	6 (9,9±3,8)	28 (10,4±1,9)	0,27
	Влияет мало	88 (42,1±3,4)	19 (31,1±5,9)	107 (39,6±3,0)	
	Влияет умеренно	97 (46,4±3,4)	36 (59,0±6,3)	133 (49,3±3,0)	
	Выражен ное влияние	2 (1,0±0,7)	—	2 (0,7±0,5)	
страх штрафных санкций	незначите льный	27 (12,9±2,3)	1 (1,6±1,6)	28 (10,4±1,9)	<0,001*
	Умеренно выражен	136 (65,1±3,3)	33 (54,1±6,4)	169 (62,6±2,9)	
	значитель ный	46 (22,0±2,9)	27 (44,3±6,4)	73 (27,0±2,7)	
монотония	нет	58 (27,8±3,1)	18 (29,5±5,8)	76 (28,1±2,7)	0,51
	Умеренно выражена	106 (50,7±3,5)	34 (55,8±6,4)	140 (51,9±3,0)	
	значитель ная	45 (21,5±2,8)	9 (14,7±4,5)	54 (20,0±2,4)	

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий хи-квадрат).

Было выявлено статистически значимое ($p < 0,001$ по критерию χ^2) различие показателя частоты возникновения страха перед штрафными санкциями. Так его низкое значение в группе сотрудниц банков встречается в $12,9 \pm 2,3\%$ случаев, в группе сотрудниц ПФ – $1,6 \pm 1,6\%$ случаев, в тоже время умеренно выраженный показатель был отмечен $65,1 \pm 3,3\%$ сотрудников банка и $54,1 \pm 6,4\%$ сотрудников ОПФ, а значительный - в $22,0 \pm 2,9\%$ и $44,3 \pm 6,4\%$ случаев, соответственно.

Не было определено статистически значимого различия показателя монотонии в работе между группами сотрудниц банков и ПФ ($p = 0,51$). Наибольшее количество респондентов отметило ее умеренный уровень $50,7 \pm 3,5\%$ банковских сотрудников и $55,8 \pm 6,4\%$ сотрудников ОПФ. $21,55 \pm 2,8\%$ и $14,75 \pm 4,5\%$ соответственно воспринимали монотонию как значительную.

Таким образом, в результате анализа стрессонаполненности профессиональной деятельности сотрудников финансово-кредитных учреждений был выявлен ряд наиболее стрессогенных факторов. К ним относится высокая частота возникновения критических и непредвиденных ситуаций на протяжении недели, повышенный уровень нервно-психического напряжения, ответственности за результат действий, лишь частичный контроль сотрудников над темпом их работы, неравномерная нагрузка в течение недели, месяца, квартала, частые организационные изменения.

Как результат их психогенного действия определялись следующие проявления: эмоциональная лабильность, неустойчивый фон настроения у $40,7 \pm 3,4\%$ банковских сотрудников и $45,9 \pm 6,4\%$ сотрудников ОПФ, тревожные предчувствия, постоянное беспокойство у $10,0 \pm 2,1\%$ и $8,2 \pm 3,5\%$ соответственно. При этом межличностные отношения часто воспринимались как холодные и формализованные, что отмечали $50,7 \pm 3,5\%$ банковских сотрудников и $39,4 \pm 6,3\%$ сотрудников ОПФ. Повышенная истощаемость и утомляемость проявлялись в быстром нарастании чувства усталости, падении трудоспособности. Интересно отметить, что данный симптом был наиболее выражен у банковских сотрудников, среди них $23,0 \pm 2,9\%$ испытывали трудности с поддержанием работоспособности на должном уровне и $12,9 \pm 2,3\%$ отмечали ее снижение к середине рабочего дня.

Среди сотрудников ОПФ уровень данных проявлений был значительно ниже и составлял $3,3 \pm 2,3\%$.

В связи с значительным действием стрессогенных факторов $45,0 \pm 3,4\%$ сотрудников банка и $50,8 \pm 6,4\%$ сотрудников ОПФ испытывали потребность в более спокойных условиях в рамках их настоящей профессии.

При этом симптоматический подход не давал полного представления о состоянии психического здоровья сотрудников, особенностях клинической картины сформировавшихся невротических расстройств. Данная неопределенность затрудняла проведение их своевременной диагностики, выбор психотерапевтической и психопрофилактической тактик, с учетом особенностей клинической картины и направленных на стабилизацию психического состояния данного контингента. С целью их изучения и диагностики был проведен анализ психодиагностического и клинико-психопатологического исследования сотрудников финансово-кредитных учреждений, который описан в следующей главе.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОТРУДНИКОВ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Влияние неблагоприятных профессиональных факторов создает существенные предпосылки для формирования невротических расстройств. Согласно клинико-динамическому подходу [3,7,8,9,10,63,71,92,94,100], формирование нозологически выраженных невротических расстройств начинается уже на предшествующих болезни этапам, в виде многоуровневой психической и психосоциальной дезадаптации. В условиях финансово-кредитной системы можно говорить о наличии субъективного дистресса в результате отсутствия единой платформы требований, размытости юридических норм, частых изменений в режиме функционирования сотрудников в сочетании с повышенными требованиями к слаженности в работе и отсутствию ошибок в деятельности. В результате дальнейшего действия неблагоприятных профессиональных факторов происходит формирование стойкого интрапсихического и психосоциального дисбаланса, проявляющегося в утрате, извращении или количественной неадекватности психических форм реагирования на различные стимулы внешней и внутренней среды [7,8,9,10,44]. При этом полиморфизм симптомов позволяет говорить о разных формах невротических расстройств, прежде всего с преобладанием тревоги, депрессии, повышенной истощаемости психических процессов, сопровождающихся напряжением в интерперсональных отношениях, умеренным снижением продуктивности в ежедневных делах. В процессе обследования отмечались колебания выраженности симптоматики в зависимости от действия внешних факторов. На начальных этапах формирования невротических расстройств напряжение механизмов адаптации, субъективно переживаемое как чувство тревоги, страха, внутренней незащищенности, неуверенности, напряжения, сопровождается

активизацией неосознанных психологических защит. Наиболее часто используются механизмы «вытеснения», «рационализации» «проекции», «отрицания», «реактивного формирования», демонстрации поведения, соответствующего «социальной маске». При проведении клинического интервью «вытеснение» проявлялось игнорированием и вытеснением содержания конфликтных ситуаций и переживаний в бессознательное. Значимость происходящих негативных событий неосознанно понижалась, их старались не замечать и внимание долго на них не удерживалось. При активации механизма «отрицания» трудности и проблемы полностью отрицались. «Рационализация» выражалась в стремлении объяснить причины своего напряженного внутреннего состояния формальными причинами: наличием обычной усталости, неудовлетворительными отношениями с непосредственным руководителем или коллегами, жизненными обстоятельствами и др. При использовании механизма «проекции» происходило перемещение негативных эмоций и переживаний на клиентов и коллег. В ряде случаев объектом «проекции» были члены семьи. Многие сотрудники стремились подавить негативные эмоции и заместить их противоположными переживаниями или демонстрировали искусственное безразличие и равнодушие.

На стадии невроза у сотрудников банка имело место усиление пассивно-оборонительных тенденций, субъективно воспринимаемых как необходимый в рамках корпоративной культуры стиль поведения, необходимое для достижения успеха самоограничение в реализации альтернативных потребностей и активно-оборонительных у сотрудников ОПФ, интерпретируемых как отстаивание правоты своей позиции и следования законодательным положениям в финансово-правовых вопросах.

При этом основным вытесняемым смыслом конфликта становится стремление к личному успеху, самореализации, самоутверждению, имеющее место у сотрудников банков, упрочению своих позиций при нестабильности условий деятельности, преобладающее у сотрудников пенсионных фондов и наличие противоположной тенденции в виде частых перемен вводных в условиях

сохранения жесткой системы требований, высокой цены совершенных ошибок, а также, отсутствия автономности.

Эта противостояние может усиливаться при стимулировании сотрудников посредством выплат премий, возможности карьерного роста, сопровождающегося ростом заработной платы, престижности труда, что побуждает продолжать деятельность в стрессовых условиях, тогда как отрицательные переживания, роль которых усиливается по мере адаптационного утомления, усиливают их значение.

При этом из сознания вытесняются тревожные переживания, и появляется демонстрация самоуверенной решительности и компетентности в сочетании с неосознанной неуверенностью в себе, боязнью утратить имеющийся социальный статус в процессе взаимодействия с клиентами.

Также на интенсивность интерперсонального конфликта оказывает влияние то, что выбор линии поведения сотрудников, основанный на предшествующем опыте и полученном образовании, нередко не приводит к ожидаемым результатам, которые представлялись хорошо согласованными и между собой, и с выбранной линией поведения. Приходится оперативно перестраивать свое понимание ситуации и деятельность в вышеописанных условиях. Этот диссонанс между прогнозируемым и реальным результатами — дополнительная причина интрапсихического конфликта и еще один источник эмоционального стресса.

В рамках типологии интрапсихических конфликтов [12,17,27] можно сказать, что формируется двойной конфликт: первый конфликт относится к типу желаемое—нежелаемое (аппетенция — аверсия), где стремление к цели реализуется в условиях связанного с ней же отрицательного стимула, достигающего в ряде случаев равноценного значения для индивида. Это приводит к конкуренции между двумя равно выраженными потребностями, и обуславливает внутреннюю потребность в изменении условий труда на более спокойные, при сохранении, в то же время, настоящего места работы и профессии.

Существующий риск увольнения противостоит дискомфорту в стрессогенных условиях деятельности, что приводит к формированию

интрапсихического конфликта типа нежеланное – нежеланное (аверсия – аверсия). По сути, возникает двойной конфликт. При втором варианте имеются конкурирующие потребности избежать каждой из альтернатив.

При подобных двойных конфликтах одна из альтернативных линий поведения представляет собой «нежелательный путь к желаемому результату», а вторая является реализацией необходимости выбора между двумя равно нежелательными возможностями. В любом случае важное значение приобретает когнитивная, т.е. связанная с анализом и сопоставлением информации, оценка ситуации и реакция индивидуума на эту оценку.

Невозможность «канализировать» последствия рассогласования между требованиями производственной ситуации и когнитивными ресурсами, «когнитивной переоценки» без ущерба сохранению эффективности деятельности заставляет на этапе невроза еще больше нагружать контур «прямого когнитивного контроля» «выработкой напряжения». А это, в свою очередь, обуславливает максимальную включенность в адаптационный процесс психического и психофизиологического его аспектов.

Важной составляющей интраперсонального конфликта, также является неудовлетворенность межличностным взаимодействием, отсутствием гибкости в эмоциональных отношениях, степенью своей независимости. При этом характерна демонстрация самоуверенной решимости и автономности, за которой кроется отчасти неосознаваемая или активно вытесняемая неуверенность в себе, боязнь утратить свой общественный статус вследствие взаимодействия с окружающими.

4.1. Результаты клинико-психопатологического исследования состояния психического здоровья сотрудников финансово-кредитных учреждений

В результате проведенного нами исследования выявлены различные невротические расстройства у 95 сотрудников банка и в 30 сотрудников

пенсионного фонда. Общая группа сотрудников, имеющих невротические расстройства, составила 125 человек ($46,3 \pm 3,0\%$).

Критериями включения служили критерии МКБ – 10 [62]:

Диагноз расстройства адаптации, смешанной тревожной и депрессивной реакции выносился на основании следующих критериев: отчетливое ухудшение состояния в связи с психотравмирующей ситуацией, острой или хронической, наличие тревоги, беспокойства, депрессивного настроения, снижения способности справляться с повседневными делами и планировать будущие события, признаки снижения продуктивности в повседневных делах, чувства протеста, нежелания нахождения в настоящей ситуации. Диагноз расстройства адаптации, пролонгированной депрессивной реакции включал в себя вышеперечисленные критерии за исключением выраженного чувства тревоги. У сотрудников с данным расстройством преобладали признаки депрессии, не достигающие глубины депрессивного эпизода, непосредственно связанные с действием фрустрирующих факторов.

Диагноз неврастения был выставлен на основании следующих критериев: повышенная утомляемость после умственной работы, снижение продуктивности в работе и повседневных делах, трудности сосредоточения, быстрая истощаемость внимания, умеренное снижение общей психической продуктивности, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, вспыльчивость, соматовегетативные проявления: тензионные головные боли, головокружения, нарушения сна, невозможность расслабиться. Данные симптомы сопровождались обеспокоенностью по поводу снижения умственной и физической работоспособности, беспокойством по поводу качества выполняемой работы, страхом совершить ошибку. Наблюдалась связь развития симптоматики с действием психотравмирующего фактора.

Распределение сотрудников по нозологическим формам и их соотношение с общим числом обследованных приведено в Таблице 4.1. Структура распределения невротических расстройств приведена в Таблице 4.2.

Клиническая структура выявленных невротических расстройств по отношению к общему числу служащих банков (n=209) и отделений пенсионных фондов (n=61)

Невротические расстройства	Частота встречаемости абс. (M%±m%)			Уровень значимости различия между группами, p
	Группа сотрудников банка (n=209)	Группа сотрудников ОПФ (n=61)	Все (n=270)	
Неврастения F48.0	24 (11,5±2,2)	4 (6,6±3,2)	28 (10,4±1,9)	0,24
Расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция F43.22	54 (25,8±3,0)	25 (41,0±6,3)	79 (29,3±2,8)	
Расстройство адаптации, продолжительная депрессивная реакция F43.21	17 (8,1±1,8)	1 (1,6±1,6)	18 (6,7±1,5)	

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий хи-квадрат)

Согласно полученных нами данных, наиболее представленной в группах сотрудников банков и ОПФ с невротическими расстройствами, было расстройство адаптации, смешанная тревожно-депрессивная реакция (F43.22). Оно определялась у 25,8±3,0% банковских сотрудников и у 41±6,3% работников пенсионного фонда. Удельный вес данного расстройства в общей структуре невротических расстройств у сотрудников ОПФ составил 83,4±6,8% случаев, (Таблица 4.2), что статистически выше, чем у сотрудников банка - 56,8±5,1%.

При этом более низкий уровень развития данного вида расстройств у сотрудников банка можно объяснить проведенной в банках оптимизацией условий работы и внедрением новых форм управления персоналом. Лишь у 5,7±1,6% обследуемых в банке и 8,2±3,5% в пенсионном фонде в клинической

картине данного расстройства, согласно результатам клинического собеседования, были незначительно преобладали симптомы тревоги (F43.22). Таким образом, данные обследования свидетельствуют о том, что для клинической картины у данного контингента характерно сочетание тревоги и депрессии.

Неврастения (F48.0) определялась в $11,5 \pm 2,2\%$ случаев и $6,6 \pm 3,2\%$ на уровне начальных проявлений данного расстройства. При этом, в структуре невротических расстройств у сотрудников банка она составляла $25,3 \pm 4,4\%$, что статистически значимо выше ($p=0,03$) чем в группе сотрудников ОПФ. Данные результаты могут свидетельствовать о более выраженном психическом напряжении и частоте переутомления у банковских работников. Это может быть обусловлено необходимостью постоянного контроля своих действий, большим объемом обрабатываемой информации, при частых переключениях внимания, дефиците времени, что оказывает неблагоприятное влияние на функциональное состояние центральной нервной системы.

Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) была диагностирована у $8,1 \pm 1,8\%$ банковских сотрудников и $1,6 \pm 1,6\%$ сотрудников пенсионных фондов. В структуре невротических расстройств у банковских служащих оно составляет $17,9 \pm 3,9\%$, по сравнению с $3,3 \pm 3,3\%$ у сотрудников ОПФ. Данный результат свидетельствует о более частом возникновении у банковских сотрудников реактивной депрессии, как возможной реакции на недостижимость цели, несоответствие реальных условий профессиональной деятельности представляемым ранее. При этом частота развития данного расстройства у всех обследованных меньше, чем расстройства адаптации, смешанной тревожно-депрессивной реакции (F43.22). Таким образом, можно сделать вывод о меньшем удельном весе расстройств адаптации, проявляющихся только депрессивной симптоматикой, преимущественным сочетанием в клинической картине симптомов депрессии и тревоги.

Клиническая структура невротических расстройств у служащих финансово-кредитных учреждений (N=125)

Невротические расстройства	Частота, абс. (M% ± m%)		Уровень значимости различия, p
	Группа сотрудников банка (n=95)	Группа сотрудников ОПФ (n=30)	
Неврастения F48.0	24 (25,3±4,4)	4 (13,3±6,2)	0,03
Расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция F43.22	54 (56,8±5,1)	25 (83,4±6,8)	
Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция F43.21	17 (17,9±3,9)	1 (3,3±3,3)	

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий хи-квадрат)

Клинико-психопатологическая характеристика расстройства адаптации, смешанной тревожной и депрессивной реакции

Диагноз смешанной тревожной и депрессивной реакции был выставлен сотрудникам, у которых симптомы тревоги сочетались с симптомами депрессии и возникали в ответ на длительно существующую стрессовую ситуацию. Они предъявляли жалобы на частое ощущение беспричинного волнения, беспокойства, невозможности полностью расслабиться даже в спокойной обстановке. Обследованные часто отмечали у себя чувство неуверенности при решении профессиональных вопросов и в некоторых повседневных ситуациях, желание отложить принятие решений на потом, страх неудачи, критики со стороны руководства, денежного штрафа, и даже увольнения. Эти симптомы сочетались с жалобами на умеренное снижение настроения, частичную потерю интереса к жизни, отсутствие прежнего удовольствия от повседневных дел, работы, общения. Вместо этого часто возникали чувства подавленности, апатии, которые легко могли смениться тревогой и суетливостью, стремлением быстро

взять ситуацию под свой полный контроль. Большинство сотрудников отмечали излишнюю формализацию производственных отношений, невозможности самовыражения и самореализации, искреннего и открытого поведения не только в рабочее время, но и при организации неформальных ситуаций (дней рождений, праздников, коллективных выездов на отдых и др.). При этом по их словам преобладало чувство скованности, зажатости и повышенной тревожности.

Значительное количество сотрудников отмечало наличие тревожных мыслей, связанных с беспокойством о близких. Незначительные поводы у них могли вызвать чувство умеренной тревоги и подавленности, и даже бесперспективности их усилий. Также они часто отмечали повышенную утомляемость, умеренное снижение работоспособности, отсутствие желания начинать работу, растерянность относительно будущего. У данного контингента частыми были жалобы на нарушения сна в виде трудностей при засыпании, внезапных пробуждений, которые сопровождались беспокойными мыслями. Наблюдались вегетативные симптомы: жалобы на сухость во рту, сердцебиение, потливость, покраснение лица при волнении, неприятные ощущения в эпигастральной области. Некоторые обследованные предъявляли жалобы на мышечные боли, особенно в мышцах шеи и спины, эпизодическое подергивание век. По данным психодиагностического обследования наблюдались высокие показатели, как тревоги, так и депрессии. Чаще всего они трактовались как результат повышенной ответственности за выполнение профессиональных действий или результат усталости из-за постоянного психо-эмоционального напряжения. Характерным было желание «взять ситуацию под контроль», «лучше себя контролировать».

Приводим наблюдение, иллюстрирующее это описание.

Сотрудница Ч., 29 лет (№ 4), имеет высшее экономическое образование, должность - главный специалист, работает в банке. Выявлена при проведении скринингового обследования. По данным психологического обследования, значение показателя невротизации по шкале Хека-Хесса составило 29 баллов, по методике Холмса-Раге – 56 баллов. Уровень реактивной тревожности по методике

Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина 42 балла, уровень личностной тревожности – 47 баллов. Значение уровня депрессии по шкале Зунге - 56,25 балла. При исследовании показателей по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) значение по шкале тревоги – 10 баллов, шкалы депрессии – 8 баллов. В последующей беседе сообщила, что родилась в семье частного предпринимателя и бухгалтера, старшей из двоих детей. Имеет младшего брата. Росла и развивалась согласно возрасту. Болела редко. По характеру рисует себя впечатлительной, отзывчивой, ответственной. Училась хорошо, после окончания университета была принята на работу в банк. Замужем, имеет четырехлетнего сына, отношения в семье рисует как спокойные, доброжелательные. Профессиональная привлекательность работы в банке высокая, стремиться работать добросовестно, ответственно подходит к поручениям руководства. Отношения с коллегами рисует как холодные, формализованные. Ухудшение состояния отмечает в течение 4-х месяцев, после введения дополнительных нормативов по обслуживанию клиентов. Стремилась выполнить своевременно объем продаж, однако возникли определенные трудности. Очень переживала о том, как она справиться с заданием. Недовыполнение плана продаж банковских продуктов было чревато снижением заработной платы, повышением риска увольнения при реструктуризации банковского отделения. Отмечает, что постоянно испытывает чувство внутреннего напряжения при работе, умеренную тревогу и беспокойство при работе с клиентами, волнение при мысли о возможной ошибке, возможном снижении результативности ее работы. Отмечает, что на протяжении последнего времени стали беспокоить мысли о возможных неприятных ситуациях, стал хуже сон (появились ночные пробуждения с последующей бессонницей). Возникли периоды подавленного настроения длительностью до нескольких дней, во время которых казалось «Что не справиться с ситуацией», пропадало удовольствие от жизни, «ничего не хотелось», «все воспринималось как непрерывная рутина». Во время работы быстрее уставала, стало труднее справляться с домашними делами, появилась раздражительность. На качество работы и взаимоотношения с

окружающими, по мнению обследуемой, ее состояние существенно не влияло. Обращаться за помощью не планировала.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Частота пульса – 86 ударов в минуту, артериальное давление – 110 / 70 мм рт. ст. Со стороны нервной системы: сухожильные и периостальные рефлексy несколько оживлены, кисти и стопы холодные, выражен гипергидроз ладоней.

В беседе контактна. На вопросы отвечает несколько сдержанно. Тревожна. Временами подозрительна. О рабочих вопросах говорит неохотно. Фиксирована на состоянии внутреннего напряжения, отмечает, что «не может расслабиться даже в спокойной обстановке», «постоянно напряжено все тело», в последнее время возникают боли в мышцах шеи. Говорит, что в последнее время бывает трудно долго сидеть на одном месте, возникает выраженное желание двигаться, суеtlивость. Мысли фиксированы на рабочей ситуации, постоянно возникает тревога о том, что в следующем месяце «не выполнит план», «не будет клиентов», «не сделает полный объем продаж». Фон настроения умеренно снижен. Эмоционально лабильна, обеспокоена появлением раздражительности, колебаний настроения в сторону снижения при незначительных внешних воздействиях, учащенного сердцебиения в эмоционально насыщенных ситуациях.

Выводы: расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22).

Развитие данного расстройства обусловлено конфликтогенной ситуацией. Психотравмирующая ситуация имеет сложный характер: с одной стороны высокая значимость и престиж работы в банке, финансовая заинтересованность, личностная установка на достижение успеха в условиях конкурентных, формализованных отношений с коллегами, с другой воздействие неблагоприятных факторов производственной деятельности, высоких функциональных требований.

Данные катamnестического наблюдения: после получения информированного согласия обследуемой, принимала участие в психотерапевтических и психопрофилактических мероприятиях, включающих

методы рациональной, когнитивной психотерапии, музыкотерапию, в виде «невербальной суггестии» в сочетании с аутогенной тренировкой, обучением навыкам саморегуляции в течение одного месяца. Отмечалось стойкое улучшение состояния, редукция невротической симптоматики. При повторном обследовании невротической симптоматики не выявлено. По данным повторного психологического обследования, значение показателя невротизации 24 балла, стрессоустойчивости – 56 баллов, реактивной тревожности - 42 балла, личностной тревожности – 47 баллов. Значение уровня депрессии - 56,25 балла. При исследовании показателей по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) значение по шкале тревоги – 6 баллов, шкалы депрессии – 7 баллов.

Клинико-психопатологическая характеристика расстройства адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции с преимущественно тревожными симптомами

Диагноз смешанной тревожной и депрессивной реакции с преимущественно тревожными симптомами был выставлен служащим, у которых отмечались симптомы, как тревоги, так и депрессии, но симптомы тревоги были значительно более выражены. Сотрудники жаловались на часто возникающее чувство немотивированного беспокойства, внутреннего напряжения, сохраняющиеся длительное время. Тревога возникала в течение рабочего дня спонтанно, и могла усиливаться при возникновении проблемных ситуаций. Частыми у данного контингента сотрудников были жалобы ощущение внутреннего дискомфорта, сопровождающиеся вегетативными проявлениями в виде мышечного напряжения, головных болей, потливости, покраснения лица при волнении, сердцебиений, возникающих от нескольких раз в месяц до нескольких раз в неделю. Несколько реже предъявлялись жалобы на головокружение, дискомфорт в эпигастральной области, сухость во рту, учащение мочеиспускания. Сотрудники отмечали наличие у себя тревожных мыслей о работе и о своем будущем, страха неудач, критики со стороны руководства. Этой состояние сопровождалось некоторым

снижением фона настроения, не оказывающем значительного влияния на самочувствие. Характерным симптомом было возникновение немотивированных опасений за жизнь и здоровье близких. Респонденты отмечали, что «люди легко могут воспользоваться их доверием, если они это позволяют». Данный клинический вариант наблюдался у 12 ($5,7\% \pm 1,6$) сотрудников банка и 5 ($8,2\% \pm 3,5$) сотрудников отделений пенсионного фонда.

В результате клинического интервью было выявлено, что наиболее часто возникновение чувства тревоги банковские сотрудники связывали со страхом штрафных санкций (удержание премии, части заработной платы, увольнение) в связи с невыполнением ими полного объема программ банка. Это может быть обусловлено тем, что в последние годы отмечается четкая тенденция усиления требований к сотрудникам в условиях нестабильности банковской системы, которая не всегда может обеспечить выполнение плановых показателей.

Работники пенсионного фонда чувство тревоги и подавленности связывали, прежде всего, с нехваткой времени для оформления полного объема финансовой документации в положенные сроки, необходимостью своевременного проведения финансовых потоков также в условиях законодательной и экономической нестабильности.

Приводим пример клинического наблюдения: Сотрудница Б., 27 лет, (№190), образование высшее экономическое, должность – специалист в банке. Выявлена активно, при проведении скринингового обследования. По данным психологического обследования, значение показателя невротизации по шкале Хека-Хесса составило 25 баллов, по методике Холмса-Раге – 259 баллов. Уровень реактивной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина 47 баллов, уровень личностной тревожности – 49 баллов. Значение уровня депрессии по шкале Зунге - 48,75 баллов. При исследовании показателей по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) значение по шкале тревоги – 9 баллов, шкалы депрессии – 8 баллов. При беседе предъявляет жалобы на «постоянное чувство волнения, беспокойства», «переживания по незначительным поводам», «ощущение, что в любой момент может произойти что-то плохое, случиться

неприятность, возникнуть конфликт». Незначительные ошибки в работе воспринимаются как существенные проблемы, чувство тревоги при этом усиливается, снижается настроение. Возникает страх критики со стороны руководства. «Все мысли сосредотачиваются на проблемной ситуации», при этом часто возникает дискомфорт в эпигастральной области, «при еде быстро наступает насыщение, а потом уже не могу проглотить ни кусочка – пища останавливается в пищеводе, возникает чувство тяжести». Также снижается желание заниматься повседневными делами, их продуктивность. Ночной сон поверхностный, испытывает трудности при засыпании.

Из данных анамнеза: Родилась единственным ребенком в семье служащих. Росла и развивалась согласно возрасту. С детства была впечатлительной, эмоциональной, крайне старательной. В семье была «любимым ребенком, привыкла к похвалам родителей». В школе училась хорошо и отлично. Лучше успевала по точным наукам «потому что в них есть четкие правила». Окончила университет по специальности экономист. Практически сразу устроилась на работу в банк. Не замужем, проживает с родителями. Отношения в семье рисует как спокойные, но несколько формализованные.

Ухудшение психического состояния отметила после ряда конфликтных ситуаций на работе, связанных с негативной оценкой руководством ее действий. Считает, что в ее профессиональной деятельности частота критических, острых, непредвиденных ситуаций возникает до 10 в неделю. Из них половина связана с работой с проблемными клиентами, остальные с внутриорганизационными требованиями и нормативами. Отмечает, что состояние тревоги нарастало постепенно в течение последнего года. Считает, что «необходимо взять себя в руки, и, несмотря ни на что, работать над повышением своей профессиональной компетенции».

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Частота пульса – 78 ударов в минуту, артериальное давление – 120 / 80 мм рт. ст. Со стороны нервной системы: сухожильные и периостальные рефлексy

оживлены, выражен гипергидроз ладоней. В позе Ромберга – тремор пальцев вытянутых рук.

Психическое состояние: В беседу вступает охотно. Стремиться произвести благоприятное впечатление, тревожна, напряжена. Говорит, что «стала быстро уставать во время работы», трудоспособность снижается уже к середине рабочего дня и с этого времени нужно тратить больше усилий, чтобы успешно выполнять свои обязанности. Фон настроения снижен. Фиксирована на неблагоприятной обстановке на работе, при этом испытывает тревогу из-за возможного сокращения, говорит, что хотела бы продолжать работать в данном отделении. Считает, что «не может наладить личную жизнь из-за отсутствия времени», испытывает волнение по этому поводу. При рассказе о значимых переживаниях тревога усиливается, появляется румянец, перебирает пальцы рук. Выход для себя видит в «более внимательном отношении к работе и повышении профессиональной компетентности». Соглашается на участие в психотерапевтических мероприятиях.

Выводы: смешанная тревожно-депрессивная реакция с преимущественно тревожными симптомами (F43.22)

Описанное расстройство имеет конфликтогенный характер. Имеет место сочетание неблагоприятных производственных факторов (частые острые критические ситуации на работе, повышенная эмоциональная напряженность, ответственность за результат, высокий уровень профессиональных требований) и эгоцентрической позиции личности, с чертами эмоциональной незрелости, перфекционизма [33].

Данные катamnестического наблюдения: с согласия обследуемой, была включена в программу психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий, включающих методы рациональной, когнитивной психотерапии, музыкотерапию, в виде «невербальной суггестии» в сочетании с аутогенной тренировкой, обучением навыкам саморегуляции в течение одного месяца, элементы групповой терапии. Отмечалось стойкое улучшение состояния, редукция невротической симптоматики. При повторном обследовании

невротической симптоматики не выявлено. По данным повторного психологического обследования, значение показателя невротизации по шкале Хека-Хесса составило 23 балла, по методике Холмса-Раге – 196 баллов. Уровень реактивной тревожности 45 баллов, уровень личностной тревожности – 47 баллов. Значение уровня депрессии по шкале Зунге - 48,75 баллов. При исследовании показателей по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) значение по шкале тревоги – 8 баллов, шкалы депрессии – 7 баллов.

Клинико-психопатологическая характеристика неврастения

Развитие начальных проявлений неврастения происходило при длительном стойком воздействии психотравмирующего фактора, отсутствия положительной динамики и разрешения ситуации, сопровождающейся постепенной астенизацией.

Диагноз неврастения был выставлен в тех случаях, когда ведущими жалобами сотрудников были повышенная утомляемость в сочетании с эмоциональной лабильностью, раздражительностью, снижением активного внимания в виде несобранности, невнимательности, трудностей при сосредоточении на нужном круге представлений и начале необходимых операций или дел, повышенным отвлечением в процессе работы. При беседе и тестировании эти сотрудники отмечали частые перепады настроения, наличие вспышек гнева, которые им не всегда удавалось сдерживать. В дальнейшем они чувствовали сожаление из-за своего «неправильного» поведения, переживали из-за того, что это могло сказаться на отношениях с коллегами и эффективности их работы. У ряда лиц тенденции к самообвинению сочетались с полярно направленными обвинительными высказываниями о несправедливом отношении к себе окружающих. Одновременно имели место когнитивные нарушения, которые проявлялись в задержке ответов на вопросы, замедлении темпа речи, её лексическом обеднении, нарушениях внимания и памяти. Наряду с этим снижалась общительность и интерес к окружающему вне профессиональной деятельности, затруднялось включение в рабочий процесс и принятие решений.

Обследованные жаловались на снижение работоспособности, появление усталости от общения с людьми, снижение эффективности в работе и повседневных делах, чувство внутреннего напряжения, нетерпеливости.

Ряд сотрудников отмечали возникновение у них ранее несвойственных уязвимости, плаксивости. Слезы могли вызвать даже просмотр мелодраматического фильма, или волнующая информация.

Вегетативные нарушения были представлены прежде всего жалобами на нарушения сна, трудности при засыпании. Несмотря на усталость, служащие отмечали возникновения навязчивых и тревожных мыслей, часто касающихся рабочих проблем, которые мешали быстро заснуть. Сон при этом был поверхностным с пробуждениями, которые тоже сопровождались наплывами неприятных или беспокойных мыслей. Утром они не чувствовали бодрости, начинали день без чувства отдыха, с тяжелой «неясной» головой, часто плохим настроением, которое несколько отступало к вечеру. Некоторые сотрудники жаловались на то, что в течение дня у них самопроизвольно возникали посторонние мысли или навязчивые мелодии, которые им мешали.

Даже в том случае, когда обследуемые данной группы не отмечали нарушений сна, днем у них могло возникнуть ощущение «тумана» или «ваты» в голове, «сжатия», боли во лбу и висках, головокружение. При этом они чувствовали, что им труднее концентрироваться на выполнении своей работы и выражали опасения сделать ошибку.

Также чувство напряжения, обеспокоенности, и даже умеренной тревоги могло возникать и самостоятельно в течение дня и в ряде случаев сопровождалось суетливостью, несобранностью. Сотрудники жаловались на невнимательность, плохое запоминание, некоторое «ухудшение памяти». Это сопровождалось снижением фона настроения, уменьшением удовольствия от жизни и от работы. При этом тревога и депрессия не достигали выраженного уровня и не проявлялись в результатах психологического тестирования.

На основании данных клинического интервью и психодиагностического обследования у 16 человек из данной группы нами была обнаружена

психосоматическая симптоматика. Сотрудники отмечали ощущение сдавленности в груди, «тяжести в сердце» или сердцебиения частотой до нескольких раз в месяц. Частыми были жалобы на повышенную потливость, периодически возникающие боли в суставах, скованности в мышцах. Практически все обследованные из данной группы отмечали в анамнезе различные формы аллергических реакций, частыми были жалобы на ухудшение зрения.

Характерной чертой было снижение у сотрудников самооценки, чувство вины из-за того, что не удастся «взять себя в руки», «полностью контролировать ситуацию и рабочие моменты» в сочетании с периодическими высказываниями о несправедливом отношении к себе окружающих.

Приводим пример клинического наблюдения: Обследуемая В., 35 лет, (№197), образование высшее экономическое, должность - экономист в банке. Выявлена активно, при проведении скринингового обследования. По данным психологического обследования, значение показателя невротизации по шкале Хека-Хесса составило 24 балла, по методике Холмса-Раге – 192 балла. Уровень реактивной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина 39 баллов, уровень личностной тревожности – 44 балла. Значение уровня депрессии по шкале Зунге - 42,5 балла. При исследовании показателей по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) значение по шкале тревоги – 3 балла, шкалы депрессии – 4 балла. При беседе предъявляет жалобы на быструю утомляемость, частые головные боли в лобной и лобно-височной областях, чувство тяжести в голове, «тумана», мешающего сосредоточению, снижение внимания, из-за чего вынуждена несколько раз просматривать данные и цифры. Часто при этом возникает страх совершить ошибку. Также беспокоит чувство раздражительности по незначительным поводам. Отмечает, что бывает трудно себя сдерживать при работе с проблемными клиентами. Быстро устает, возникает ощущение внутреннего истощения, упадка сил.

Из анамнеза: Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родилась младшей из 2-х детей в семье служащих. Имеет старшую сестру. В настоящее время родители в разводе, с 13-летнего возраста воспитывалась

отчимом. Отношения в родительской семье рисует как доброжелательные, конфликты редкие. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Росла и развивалась согласно возрасту. В детском коллективе была в центре внимания, активно участвовала в жизни класса, выполняла общественные поручения, отличалась целеустремленностью, ответственностью. Училась хорошо. Образование высшее. После окончания университета в течение года работала в коммерческой организации, после чего устроилась на работу в банк, где работает по настоящее время. Замужем, детей не имеет. Проживают с мужем отдельно от родителей. Ухудшение психического состояния связывает с реконструкцией на работе, сопровождавшейся увеличением производственной нагрузки, необходимостью работать сверхурочно. Несколько раз в течение месяца даже оставалась работать в ночное время. В то же время возник ряд проблемных моментов в отношении с непосредственной начальницей. После разрешения конфликта острота переживаний ушла, однако продолжало оставаться чувство внутренней напряженности. Беспокоило чувство быстро возникающей усталости, появились периодические головные боли, стало труднее длительно концентрировать внимание на работе, возникла потребность в паузах, во время которых можно было отвлечься и переключиться. Постепенно усиливалась общая слабость, чувствовала себя обессиленной после незначительных нагрузок, в то же время возникли трудности при засыпании, сопровождавшиеся сонливостью утром, ощущением «тумана в голове». Периодически возникал дискомфорт в предсердечной области, иногда сопровождавшийся сердцебиением. Отмечала у себя появившуюся раздражительность, колебания настроения по незначительным поводам. После конфликтных ситуаций упрекала себя за несдержанность. Стало трудно поддерживать дружеские отношения с коллегами, ограничила круг общения во внерабочее время. К врачам за помощью не обращалась, считая, что это «результат перегрузок на работе» и она «должна с этим справиться самостоятельно». С работой справляется, хотя это требует дополнительных усилий.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Частота пульса – 90 ударов в минуту, артериальное давление – 120 / 70 мм рт. ст. Со стороны нервной системы: черепно-мозговые нервы без патологии. Сухожильные и периостальные рефлексy одинаковые с обеих сторон, оживлены. Гипергидроз ладоней. В позе Ромберга – тремор пальцев вытянутых рук, закрытых век.

Психическое состояние: Охотно вступает в беседу, описывает свое состояние достаточно подробно. Фон настроения несколько снижен, беспокоена тем, что, несмотря на предпринимаемые попытки «отдохнуть», работоспособность остается сниженной. Говорит о том, что в последнее время стала рассеянной, временами по несколько раз приходится перепроверять результаты, при длительной концентрации внимания возникает ощущение «тяжести в голове, отвращения к работе», затруднения при мышлении. При попытке заставить себя работать с прежней интенсивностью возникает головная боль, которая постепенно усиливается. Эмоционально лабильна, легко начинает волноваться. Обнаруживает высокий интеллектуальный уровень, отмечает, что в последнее время сузился круг интересов, «нет сил читать что-то новое», смотреть новые фильмы. Связывает свое состояние с частыми перегрузками на работе, при этом считает, что «должна взять себя в руки и не расслабляться». Суждения несколько ригидны, тугоподвижны. Охотно соглашается на участие в психотерапевтических и психопрофилактических мероприятиях.

Выводы: неврастения (F48.0).

Возникновение данного заболевания имеет психогенную природу, связанную с длительным воздействием неблагоприятных факторов трудовой деятельности у сенситивной личности с стремлением к перфекционизму. Наличие ригидных личностных установок является качеством, способствующим сохранению и развитию невротической симптоматики.

Данные катамнестического наблюдения: с согласия обследуемой, была включена в программу психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий, включающих методы рациональной психотерапии, когнитивной

психотерапии, групповые занятия с элементами гештальт-терапии, музыкотерапию, в сочетании с аутогенной тренировкой, обучением навыкам саморегуляции в течение одного месяца. Отмечалось стойкое улучшение состояния, редукция невротической симптоматики. При повторном психологическом обследовании, значение показателя невротизации -21 балл, показатель стрессоустойчивости – 172 балла. Уровень реактивной тревожности 38 баллов, уровень личностной тревожности – 44 балла. Значение уровня депрессии по шкале Зунге - 42,5 балла. При исследовании показателей по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) значение по шкале тревоги – 3 балла, шкалы депрессии – 3 балла.

Клинико-психопатологическая характеристика расстройства адаптации, пролонгированной депрессивной реакции

При наличии у сотрудников финансово-кредитных учреждений пролонгированной депрессивной реакции характерным было наличие жалоб на пониженное настроение, чувство подавленности, угнетенности, апатии, отсутствие ярко выраженных желаний, чувства удовлетворения от жизни и работы, длящихся более месяца, и возникающих на фоне длительной стрессовой ситуации. У данного контингента часто отмечалось снижение самооценки, возникновение чувства растерянности по поводу будущего, мыслей о его бесперспективности, пессимизма, сопровождавшегося потерей веры в себя, свои силы, предчувствием неизбежных неудач и провалов. Частым проявлением было переживание несовпадения ожиданий от работы и профессиональных реалий.

Сотрудники отмечали повышенную утомляемость во время работы, особенно во второй половине дня, умеренную истощаемость внимания. Частыми были жалобы на нарушения сна: трудности при засыпании и ранние пробуждения или, наоборот, повышенную сонливость, постоянное чувство усталости, вялость и отсутствие энергии по утрам. При этом сотрудники отмечали, что при работе с клиентами все воспринималось «как рутина», легко могла возникнуть

раздражительность, периодически беспокоили головные боли, приступы слабости с тошнотой или ощущением перебоев в работе сердца, снижение аппетита. Некоторые отмечали возникновение изжоги, запоров, дрожания рук, мышечных болей.

Трудоспособность при данном состоянии грубо не страдала, но выполнение профессиональных обязанностей требовало больших энергетических затрат, вызывало чувство внутреннего напряжения.

Приводим пример клинического наблюдения:

Больная Н., 30 лет, (№ 21), образование высшее, должность - менеджер в банке. Выявлена активно в процессе проведения скринингового обследования. По данным психологического обследования, значение показателя невротизации по шкале Хека-Хесса составило 21 балл, по методике Холмса-Раге – 216 баллов. По методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина уровень реактивной тревожности - 35 баллов, уровень личностной тревожности – 42 балла. Значение уровня депрессии по шкале Зунге – 52,5 балла. При исследовании показателей по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) значение по шкале тревоги – 5 баллов, шкале депрессии – 10 баллов. При беседе предъявляет жалобы на сниженное настроение, чувство внутреннего дискомфорта, снижение желания заниматься повседневными делами, апатию, ощущение бесперспективности будущего, некоторое снижение работоспособности. Родилась единственным ребенком в семье. Родители работают в коммерческих структурах. Росла и развивалась согласно возрасту. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. По характеру всегда была активной, общительной, любила находиться в центре внимания. Училась отлично. На последнем курсе вышла замуж, детей не имеет. Отношения в семье рисует как спокойные и доброжелательные. После окончания университета трудоустроилась в банк. Воспринимала свою работу как престижную, стремилась соответствовать предъявляемым по работе требованиям. Постепенно в результате ряда профессиональных ошибок, сопровождавшихся критикой со стороны руководства, возникло страх принять неправильное решение, попасть при этом

под штрафные санкции. При изменении требований к работе, введении дополнительных нормативов воспринимала это крайне болезненно, возникали мысли о том, что может не справиться с заданием достаточно хорошо. Постоянно находилась в состоянии внутреннего напряжения. Возникло чувство, что никогда не сможет продвинуться по карьерной лестнице, что при повышении в должности риски должны непропорционально возрасти. Стала чаще отмечать чувство усталости после взаимодействия с клиентами, уменьшение удовольствия от хорошо выполненной работы, ощущение подавленности, вялости, безразличия. Стали более холодными, формальными отношения с мужем. Критика к состоянию сохранена, связывает его развитие с спецификой профессиональной деятельности. Не видит для себя полноценного разрешения проблемной ситуации: «с одной стороны работа в банке нравится, финансово достаточно привлекательна, с другой стороны при выполнении обязанностей часто возникает чувство неудовлетворенности и внутреннего напряжения». Ухудшение психического состояния на протяжении 3 месяцев.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Частота пульса – 76 ударов в минуту, артериальное давление – 120 / 80 мм рт. ст. Со стороны нервной системы: черепно-мозговые нервы без патологии. Сухожильные и периостальные рефлексy в пределах нормы, без разницы сторон. Черепно-мозговая иннервация не нарушена. В позе Ромберга устойчива, пальце-носовую пробу выполняет правильно.

Психическое состояние: контакту доступна. В начале беседы о своих переживаниях говорит неохотно, постепенно интерес к беседе возрастает, достаточно подробно описывает свое восприятие сложившейся рабочей ситуации, не видит реальных возможностей что-либо в ней изменить. Проявляет заинтересованность при информации о возможности психотерапевтической коррекции ее состояния. Фон настроения умеренно снижен, в беседе быстро истощается. Эмоционально лабильна. Критика к состоянию сохранена.

Выводы: расстройство адаптации. Пролонгированная депрессивная реакция (F43.21).

На первый план в данном случае выходят депрессивные расстройства в сочетании с астенической симптоматикой, проявляющиеся на уровне нарушений адаптации. Внутренний конфликт обуславливает наличие длительной стрессовой ситуации, высокий финансовый риск при совершении ошибочных действий на фоне личностных установок на быстрое достижение успеха, некоторая личностная незрелость.

Данные катamnестического наблюдения: с согласия обследуемой, принимала участие в психотерапевтических и психопрофилактических мероприятиях, включающих методы рациональной психотерапии, когнитивной психотерапии, групповые занятия с элементами гештальт-терапии, музыкотерапию, в сочетании с аутогенной тренировкой, обучением навыкам саморегуляции в течение одного месяца. При повторном осмотре депрессивная симптоматика не определялась. Стало легче справляться с функциональными нагрузками. Замечаний к работе со стороны руководства не было.

По данным повторного психодиагностического обследования, значение показателя невротизации по шкале Хека-Хесса составило 10 баллов, по методике Холмса-Раге –97 баллов. По методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина уровень реактивной тревожности - 37 баллов, уровень личностной тревожности – 42 балла. Значение уровня депрессии по шкале Зунге – 50 баллов. При исследовании показателей по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) значение по шкале тревоги – 6 баллов, шкале депрессии – 7 баллов.

4.2. Результаты психодиагностического исследования состояния психического здоровья сотрудников финансово-кредитных учреждений

В результате проведенного исследования были получены данные, позволившие сформировать основную группу, включающую сотрудников финансово-кредитных учреждений, у которых были выявлены невротические расстройства (125 человек) и группу сравнения, куда вошли сотрудники без невротических расстройств (145 человек). При проведении анализа показателей

психологических методик, в основной группе показатели невротизации, тревоги и депрессии статистически значимо были выше ($p < 0,001$), чем в группе сравнения (Таблица 4.3)

Повышение показателей методики Т.Холмса-Р.Раге в основной группе свидетельствовало о повышенной стрессонаполненности профессиональной деятельности (Таблица 4.3) и существенном риске развития психосоматических расстройств.

Согласно полученным результатам значение показателя невротизации (методика К.Хека-Х.Хесса) в основной группе достигает уровня начальных проявлений невроза ($21,89 \pm 0,45$ баллов), при этом в основной группе он находится в пределах средних значений нормы ($11,35 \pm 0,43$ балла). Среднее значение показателя реактивной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина) для основной группы незначительно превышала верхнюю границу нормы ($45,32 \pm 0,40$ баллов) и свидетельствовала о высокой эмоциональной включенности в ситуацию, сопровождающуюся беспокойством, нервозностью, в том числе и при проведении исследования. Показатель личностной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина) в основной группе был повышен ($47,14 \pm 0,54$ баллов), что свидетельствовало о наличии у данных сотрудников невротического конфликта. Согласно полученным результатам значение показателя невротизации (методика К.Хека-Х.Хесса) в основной группе достигает уровня начальных проявлений невроза ($21,89 \pm 0,45$ баллов), при этом в основной группе он находится в пределах средних значений нормы ($11,35 \pm 0,43$ балла). Среднее значение показателя реактивной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина) для основной группы незначительно превышала верхнюю границу нормы ($45,32 \pm 0,40$ баллов) и свидетельствовала о высокой эмоциональной включенности в ситуацию, сопровождающуюся беспокойством, нервозностью, в том числе и при проведении исследования.

Значения показателей психологических методик для основной группы и группы сравнения

Значение показателя психологических методик	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$		Уровень значимости различий, p
	Основная группа (n=125)	Группа сравнения (n=145)	
Показатель невротизации (методика К.Хека-Х.Хесса)	21,89±0,45	11,35±0,43	<0,001
Показатель стрессоустойчивости (методика Т.Холмса-Р.Раге)	167,9±9,0	133,8±7,3	<0,001
Показатель реактивной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	45,32±0,40	38,12±0,34	<0,001
Показатель личностной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	47,14±0,54	38,30±0,40	<0,001
Показатель депрессии (методика В.Зунге)	51,33±0,52	41,10±0,39	<0,001
Показатель тревоги (шкала HADS)	8,10±0,24	3,98±0,15	<0,001
Показатель депрессии (шкала HADS)	8,03±0,21	4,72±0,15	<0,001

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий Стьюдента в случае нормального закона распределения, критерий W-Вилкоксона в случае закона распределения отличного от нормального).

Показатель личностной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина) в основной группе был повышен (47,14±0,54 баллов), что свидетельствовало о наличии у данных сотрудников невротического конфликта.

С учетом специфики условий профессиональной деятельности, актуальным вопросом является сравнения значений показателей в группе банковских сотрудников и сотрудников ОПФ. При отсутствии существенных различий, можно предположить, что тяжесть клинических проявлений невротических

расстройств в данных группах одинаково выражена. Это дает возможность разработать единую систему их ранней диагностики, психотерапевтической коррекции и профилактических мероприятий (Таблица 4.4).

Таблица 4.4

Средние значения для основной группы показателя уровня невротизации по опроснику К.Хека-Х.Хесса (шкала жалоб BFB, К. Höck, Н. Hess, 1975)

Невротические расстройства	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$		Уровень значимости различий, p
	Группа сотрудников банка, n=95	Группа сотрудников ОПФ, n=30	
Неврастения F48.0	20,08±0,98	22,25±2,46	>0,05
Расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция F43.22	23,51±0,52	22,80±0,70	>0,05
Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция F43.21	18,31 ± 1,91	9	—
Всего	21,77±0,54	22,27±0,79	0,95

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$

При анализе показателя невротизации, статистически значимых отличий между группами сотрудников банка и ОПФ не выявлено ($p > 0,05$). Наибольшее значение данный показатель имел у сотрудников банка с расстройством адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции, что свидетельствует о наиболее выраженных проявлениях функциональных нарушений в данном случае. При этом все значения показателя невротизации в основной группе находились на уровне начальных проявлений невроза, что определяло выбор психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий как основного направления оказания помощи. У ряда сотрудников наблюдалось расхождение между относительно низкими значениями показателя невротизации и данными клинико-психологического обследования, свидетельствующими о значительной выраженности невротической симптоматики, подтверждающимися при проведении клинического интервью. Это объяснялось желанием создать

благоприятное впечатление при проведении обследования и определенным отрицанием ряда симптомов.

Показатель уровня стрессоустойчивости свидетельствовал о состоянии неустойчивой адаптации, повышении риска развития психосоматических расстройств. Статистически значимых отличий между группами сотрудников банка и ОПФ не выявлено ($p>0,05$). Наибольшие его значения отмечались у сотрудников ОПФ с неврастенией и сотрудников банка и со смешанной тревожной и депрессивной реакцией (Таблица 4.5). Данные значения соответствовали проявлениям неуравновешенности, эмоциональной неустойчивости, снижению жизненной активности, появлению дискомфорта в новых или непривычных социальных ситуациях, сопровождавшихся чувством раздражительности и напряженности.

При анализе показателя уровня реактивной (РТ) тревожности согласно методике самооценки тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (1978) также не было выявлено статистически значимых отличий между группами сотрудников банка и ОПФ ($p>0,05$). Максимально высокие значения, превышающие верхнюю границу нормы, наблюдались у сотрудников банков и ОПФ с расстройством адаптации, смешанной тревожной и депрессивной реакцией ($47,33\pm 0,54\%$ и $47,04\pm 0,65\%$ соответственно).

При неврастении и расстройстве адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции показатели реактивной тревожности находились в верхних границах нормы. Наиболее высокий показатель личностной тревожности также наблюдался у сотрудников с расстройством адаптации в виде смешанной тревожно-депрессивной реакции. Значительное преобладание данного расстройства у служащих ОПФ привело к статистически значимому повышению у них общего показателя личностной тревожности ($p=0,004$) (Таблица 4.6).

Средние значения показателя уровня стрессоустойчивости по методике
«Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» Т. Холмса- Р. Раге
(Holmes и Rahe, 1967)

Невротические расстройства	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$		Уровень значимости различий, p
	Группа сотрудников банка, n=95	Группа сотрудников ОПФ, n=30	
Неврастения F48.0	143,6±12,2	204,8±38,0	>0,05
Расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция F43.22	192,0±14,6	164,8±24,2	>0,05
Расстройство адаптации, продолжительная депрессивная реакция F43.21	119,7 ± 17,6	128	—
Всего	167,6±9,9	168,9±20,8	0,54

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$

Наиболее высокие показатели уровня депрессии наблюдались у сотрудников, как банков, так и ОПФ с расстройством адаптации в виде продолжительной депрессивной реакции. Также наблюдалось повышение данного показателя для групп сотрудников со смешанной тревожно-депрессивной реакцией (Таблица 4.7). Статистически значимого различия между ними не определялось ($p > 0,05$). Значения показателя депрессии для данных групп свидетельствовали о наличии легкой депрессии невротического генеза. Несмотря на отсутствие высоких показателей в тестировании, данные клинико-психопатологического обследования и клинического интервью свидетельствовали о длительном понижении настроения, продолжительностью свыше одного месяца, приводящих к снижению качества жизни и понижению социального функционирования. При анализе показателей Госпитальной шкалы самооценки тревоги и депрессии (HADS, Zigmond AS, Snaith RP, 1983) показатели тревоги и депрессии также были повышены до невротического уровня в группах сотрудников банка и ОПФ у которых были диагностированы расстройства

адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции и пролонгированной депрессивной реакции (Таблица 4.8).

Таблица 4.6

Средние значения показателя уровня реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности согласно методике самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (1978)

Невротические расстройства	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$		p	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$		p
	РТ			ЛТ		
	Группа сотрудников банка	Группа сотрудников ОПФ		Группа сотрудников банка	Группа сотрудников ОПФ	
Неврастения F48.0	41,46±0,74	40,25±1,89	>0,05	40,33±0,85	41,50±1,94	>0,05
Расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция F43.22	47,33±0,54	47,04±0,65	>0,05	49,75±0,54	51,8±0,71	>0,05
Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция F43.21	42,94±0,67	43	—	43,25±1,07	35	—
Всего	45,11±0,47	46,00±0,73	0,34	46,27±0,60	49,87±1,04	0,004

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$

Статистически значимого отличия между данными группами по шкалам тревоги и депрессии HADS не выявлено ($p > 0,05$). Таким образом, результаты исследования с помощью различных методик обнаруживали идентичные результаты по показателям тревоги и депрессии для данных групп сотрудников.

Средние значения показателя уровня депрессии по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунге (Zung self-rating depression scale, 1965, в адаптации Т. И. Балашовой, 1998)

Невротические расстройства	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$		Уровень значимости различий, p
	Группа сотрудников банка, n=95	Группа сотрудников ОПФ, n=30	
Неврастения F48.0	44,06±0,68	46,25±2,93	>0,05
Расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция F43.22	52,78±0,63	53,05±0,69	>0,05
Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция F43.21	55,78 ± 1,50	52,5	—
Всего	51,08±0,64	52,13±0,79	0,13

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$

При анализе показателей Госпитальной шкалы самооценки тревоги и депрессии (HADS, Zigmond AS, Snaith RP, 1983) показатели тревоги и депрессии также были повышены до невротического уровня в группах сотрудников банка и ОПФ у которых были диагностированы расстройства адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции и пролонгированной депрессивной реакции (Таблица 4.8). Статистически значимого отличия между данными группами по шкалам тревоги и депрессии HADS не выявлено ($p > 0,05$). Таким образом, результаты исследования с помощью различных методик обнаруживали идентичные результаты по показателям тревоги и депрессии для данных групп сотрудников.

Таким образом, нами были выявлены 125 сотрудников финансово-кредитных учреждений, имеющие невротические расстройства в виде расстройств адаптации и начальных проявлений неврастении. Наибольший удельный вес среди нозологий имеет расстройство адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции F43.22.

Средние значения показателей тревоги и депрессии по Госпитальной шкале самооценки тревоги и депрессии HADS (Zigmond AS, Snaith RP, 1983)

Невротические расстройства	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$		p	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$		p
	Тревога			Депрессия		
	Группа сотрудни ков банка, n=95	Группа сотрудни ков ОПФ, n=30		Группа сотрудн иков банка, n=95	Группа сотрудни ков ОПФ, n=30	
Неврастения F48.0	4,50± 0,35	6,00± 0,41	>0,05	4,17± 0,31	5,50± 1,04	>0,05
Расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция F43.22	9,00± 0,39	8,89± 0,29	>0,05	9,21± 0,24	8,96± 0,34	>0,05
Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция F43.21	8,13± 0,30	7	—	9,44± 0,45	8	—
Всего	7,72± 0,31	8,43± 0,31	0,43	7,98± 0,29	8,47± 0,38	0,45

Примечание: * – различие между двумя группами статистически значимо, $p < 0,05$

Данные психологического исследования подтверждают результаты, полученные в результате клинического интервью и клинико-патопсихологического обследования. Стойкий характер выявленных нарушений свидетельствует о необходимости коррекционных мероприятий на уровне психотерапии, а также свидетельствует об актуальности их ранней диагностики. Своевременное выявление нарушения адаптации, изменения реактивности, появление негативной субъективной оценки профессиональных факторов позволит своевременно включить сотрудников в систему психопрофилактических мероприятий и предупредить формирование невротических расстройств.

ГЛАВА ПЯТАЯ

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Сектор финансовых услуг претерпел в последние десятилетия значительные организационные изменения, вырос риск негативного влияния на психическое здоровье работников. В связи с этим возникла необходимость изучить особенности протекания пограничных состояний у данного контингента, возможности их ранней диагностики и разработать мероприятия по их психотерапии и профилактики. Было установлено, что из всех категорий сотрудников финансово-кредитных учреждений, акцент падает на тех, кто непосредственно имеет дело с клиентской базой, как наиболее подверженных рискам развития невротических расстройств [38,60,68]. Своевременно выявленные, значимые для данного контингента стрессогенные факторы, позволяют разработать систему этиологически направленных психопрофилактических мероприятий, направленных на сохранение психического здоровья и адекватного уровня работоспособности.

Таким образом, будет достигнуто как улучшение здоровья и качества жизни сотрудников, так и повышение эффективности работы организации в целом за счет роста производительности труда, адекватной построения производственных отношений и рост эффективности в рамках системы «сотрудник - клиент», уменьшение выплат по больничным листам.

Для оценки факторов риска развития невротических расстройств у всех категорий служащих финансово-кредитных учреждений, имеющих непосредственный контакт с клиентской базой, выявление силы и направленности их влияния нами был использован метод построения и анализа нейросетевых математических моделей прогнозирования и логистических регрессионных моделей.

При построении моделей в качестве результирующего признака рассматривался диагноз невротического расстройства (далее соответствующий прогнозу «развитие невротического состояния»), включающий в себя следующие невротические расстройства: расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22), расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция (F43.21), неврастения (F 48.0). Для клинической верификации и определения степени выраженности невротических расстройств нами использовалось развернутое комплексное клинически структурированное интервью, соответствовавшее диагностическим критериям МКБ-10, раздела 4. Психологическое обследование проводилось с помощью следующих методик: с целью экспресс-диагностики невротических расстройств использовали методику К.Хека и Х.Хесса (шкала жалоб BFB, К. Höck, Н. Hess, 1975), для определения стрессоустойчивости и социальной адаптации применяли методику «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» Холмса-Раге (Holmes и Rahe, 1967), выраженность тревожной симптоматики определяли с помощью шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера - Ю.Л.Ханина (1978). Для скринингового выявления депрессивной и тревожной симптоматики у служащих использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS, A.S. Zigmond и R.P. Snaith, 1983), для определения наличия и выраженности депрессивной симптоматики применяли методику дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге (адаптация Т. И. Балашовой, 1998) .

При проведении анализа связи факторных признаков с риском развития невротического состояния, были использованы методы построения и анализа многофакторных моделей классификации: логистических моделей регрессии [145], нейросетевых моделей [130].

Для выявления факторов, в наибольшей степени связанных с риском развития невротических расстройств у данного контингента служащих использовался «генетический алгоритм» (ГА) отбора значимых признаков [130]. Оптимизация порога принятия/отвержения многофакторных математических моделей [145] проводилась с использованием методов построения кривых операционных

характеристик (Receiver Operating Characteristic – ROC). Качество построенных моделей оценивалась их чувствительностью и специфичностью [145], рассчитывался 95% доверительный интервал (95% ДИ) показателей [145]. Для оценки адекватности многофакторных математических моделей рассчитывалась площадь под ROC-кривой (Area Under Curve – AUC) [145].

Для оценки степени влияния факторных признаков на результирующий был использован метод построения логистических моделей регрессии [145]. Для проведения оценки силы связи факторных признаков с результирующим рассчитывался показатель отношения шансов (ОШ), а также его 95% ДИ.

При проведении анализа результатов исследования использовали статистические пакеты MedCalc v.14.8.1 (MedCalc Software Inc.) и Statistica Neural Networks v.4.0 C (StatSoft Inc.).

При построении и анализе моделей положительный прогноз («норма») соответствовал значению результирующего признака $Y = 0$, негативный прогноз («развитие невротического состояния») - $Z = 1$.

В качестве входных признаков анализировались показатели, представляющие социально-демографическую, социально-бытовую, профессиональную характеристики, объективные и субъективные данные относительно особенностей профессиональной деятельности, наличие или отсутствие вредных привычек. Таким образом, было отобрано 56 факторных признаков.

Модель строилась по результатам наблюдения 270 обследованных, при этом в 120 случаях нами были обнаружены невротические расстройства, а в 150 случаях результат был положительным.

Для проверки качества прогнозирования модели все случаи (с использованием генератора случайных чисел) были разделены на 3 множества: учебное (использовалось для построения модели и включало 220 случаев), контрольное (использовалось для оптимизации порога приема-отвержения и включало 20 случаев) и подтверждающее (использовалось для проверки прогностической способности модели на новых данных и включало 30 случаев).

На первом этапе проведения анализа была построена линейная нейросетевая модель прогнозирования риска развития невротических расстройств на основании всех 56 признаков. При оптимизации (на учебном и контрольном множествах) порога принятия решения модели было получено значение $Y_{crit} = 0,3203$. В случае, когда в результате расчетов в рамках построенной модели значение $Y < Y_{crit}$ прогноз положительный, в противном случае прогнозируется развитие невротического расстройства. Результаты прогнозирования в этой модели приведены в таблице 5.1.

Таблица 5.1

Результаты прогнозирования риска развития невротического состояния (линейная модель, построенная на полном наборе 56 факторных признаков)

Результаты	Обучающее множество		Подтверждающее множество	
	норма	Невротическое расстройство	норма	Невротическое расстройство
Всего случаев	125	95	17	13
Верный прогноз	101	76	9	9
Неверный прогноз	24	19	8	4

Чувствительность модели на обучающем множестве составила 80,0% (95% ДИ 71,3% - 87,5%), специфичность - 80,8% (95% ДИ 73,4% - 87,3%). На подтверждающем множестве чувствительность модели была 69,2% (95% ДИ 39,6% - 92,1%), специфичность - 52,9% (95% ДИ 28,0% - 77,1%). Следует обратить внимание на низкие значения прогностических показателей этой модели на новых данных, что указывало на высокую вероятность переобучения такой модели.

С целью выявления факторов, в наибольшей степени связанных с риском развития невротического расстройства был проведен отбор наиболее значимых признаков. Для проведения отбора использовали генетический алгоритм (отбора значимых переменных). В результате применения алгоритма были отобраны четыре факторных признака: выраженность нервно-психического напряжения

(X34), стремление к изменениям условий труда (X39), равномерность нагрузки в течение месяца (X50), страх штрафных санкций (X56).

На выделенном наборе признаков была построена линейная нейросетевая модель прогнозирования риска развития невротического расстройства. После обучения модели нами была проведена оптимизация порога принятия-отвержения, для этой модели $Y_{crit} = 0,401$. Положительный прогноз соответствовал значениям Y_{crit} находящимся ниже данного уровня. Результаты прогнозирования этой модели приведены в таблице 5.2.

Таблица 5.2

Результаты прогнозирования риска развития невротического состояния (линейная модель, построенная на наборе 4-х наиболее значимых признаков)

Результаты	Обучающее множество		Подтверждающее множество	
	норма	Невротическое расстройство	норма	Невротическое расстройство
Всего случаев	125	95	17	13
Верный прогноз	85	69	13	9
Неверный прогноз	40	26	4	4

Чувствительность модели на обучающем множестве составила 72,6% (95% ДИ 63,1% - 81,2%), специфичность - 68,0% (95% ДИ 59,5% - 75,9%). На подтверждающем множестве чувствительность модели составила 69,2% (95% ДИ 39,6% - 92,1%), специфичность - 76,5% (95% ДИ 52,2% - 93,9%).

Чувствительность и специфичность модели на обучающем и подтверждающем множестве статистически значимо не различаются ($p=0,943$ и $p=0,669$, соответственно, при сравнении по критерию χ^2), что свидетельствует об адекватности модели.

Для оценки степени влияния выделенных факторных признаков на 4-х признаках была построена логистическая регрессионная модель прогнозирования риска развития невротического расстройства (модель адекватна, $\chi^2 = 79,7$,

$p < 0,001$). Результаты анализа коэффициентов этой модели приведены в таблице 5.3.

Таблица 5.3

Коэффициенты 4-х факторной логистической модели прогнозирования
риска развития невротического состояния

Факторный признак	Значение коэффициента модели, $b \pm m$	Уровень значимости отличия коэффициента от 0, p	Показатель отношения шансов, ОШ (95% ДИ)
X34 «v2 vs v1»	$-0,57 \pm 0,63$	0,363	—
X34 «v3 vs v1»	$-0,47 \pm 0,73$	0,524	—
X34 «v4 vs v1»	$0,06 \pm 0,65$	0,928	—
X34 «v5 vs v1»	$-1,10 \pm 1,01$	0,277	—
X39 «v2 vs v1»	$-0,72 \pm 0,60$	0,232	—
X39 «v3 vs v1»	$1,25 \pm 0,32$	$<0,001$	3,5 (1,9 – 6,5)
X39 «v4 vs v1»	$1,52 \pm 0,83$	0,065	—
X50 «v2 vs v1»	$0,53 \pm 0,45$	0,242	—
X50 «v3 vs v1»	$2,25 \pm 0,79$	0,004	9,5 (2,0 – 44,6)
X50 «v4 vs v1»	18 ± 3358	0,996	—
X50 «v5 vs v1»	$1,97 \pm 0,43$	$<0,001$	7,2 (3,1 – 16,8)
X50 «v6 vs v1»	19 ± 3358	0,999	—
X56 «v2 vs v1»	$1,23 \pm 0,58$	0,035	3,4 (1,1 – 10,6)
X56 «v3 vs v1»	$2,06 \pm 0,64$	0,001	7,9 (2,3 – 27,3)

По каждому признаку анализировались приведенные в Таблице 5.3 варианты: по факторному признаку X34: v1 – отсутствует; v2 – адекватная нагрузке; v3 – незначительная; v4 – умеренно выраженная; v5 – значительная; по факторному признаку X39: v1 – совершенствование квалификации; v2 – смена профессии; v3 – более спокойные условия в рамках настоящей профессии; v4 – более легкая работа; по факторному признаку X50: v1 – равномерная; v2 –

неравномерная, с большей интенсивностью в конце месяца; v3 - неравномерная, с большей интенсивностью в начале месяца; v4 - неравномерная, с большей интенсивностью в середине месяца; v5 – неравномерная, нерегулярная; по факторному признаку X56: v1 – незначительный; v2 – умеренно выраженный; v3 – значительный.

В логистической модели регрессии один из факторов риска развития невротического расстройства - ($p < 0,001$) стремление к изменениям условий труда. При наличии у сотрудника стремления к более спокойным условиям труда в рамках нынешней профессии (v3), риск выше, ОШ = 3,5 (95% ДИ 1,9 - 6,5) по сравнению со стремлением сотрудника к совершенствованию квалификации и профессиональному росту (v1). Это связано, прежде всего, со снижением адаптивных резервов личности в условиях жестких, но не всегда последовательных требований руководства, наличием постоянного психоэмоционального напряжения. Под действием стрессогенных факторов происходит не активизация, а истощение компенсаторных механизмов, возникают первые симптомы заболевания. Не менее важным фактором риска развития невротического расстройства является неравномерная, с большей интенсивностью в начале месяца (v3) ($p = 0,004$) и неравномерная нерегулярная рабочая нагрузка (v5) ($p < 0,001$), ОШ = 9,5 (95% ДИ 2,0 – 44,6) и ОШ = 5,4 (95% ДИ 3,1 – 16,8), соответственно, по сравнению с равномерной нагрузкой (v1). Чрезмерная истощающая нагрузка в сочетании с необходимостью постоянного контроля своей деятельности приводит к декомпенсации психического состояния. Это свидетельствует о необходимости проведения психокоррекционной и психопрофилактической работы с сотрудниками в выделенное руководством время, а также коррекции нормативных документов по данному разделу. Одним из предложений может служить гибкий график работы, позволяющий служащим оказывать взаимопомощь на рабочих местах. Из проведенного анализа также следует, что страх совершения финансовой ошибки при выполнении профессиональных действий и следующих за этим штрафных санкций, является существенным стрессогенным фактором, вызывающим постоянное напряжение

защитных механизмов и тем самым значительно усиливает риск развития у сотрудников невротических расстройств. Снижение адаптационных возможностей, в свою очередь, приводит к эскалации внутренней напряженности и увеличению невротической симптоматики. При страхе, который оценивается как умеренно выраженный (v2) и значительно выраженный (v3), риск развития невротического состояния выше ($p < 0,05$), ОШ = 3,4 (95% ДИ 1,1 - 10,6) и ОШ = 7,9 (95% ДИ 2,3 - 27,3), соответственно, чем при незначительном. Существенное влияние данного фактора не только подтверждает необходимость проведения мониторинга этих лиц, но и свидетельствует о важности увеличения объема психотерапевтической психопрофилактической помощи, делает ее более этиологически направленной.

Для выявления наличия нелинейной связи 4-х выделенных факторных признаков с риском развития невротического состояния была построена нелинейная 4-х факторная нейросетевая модель прогнозирования. На рисунке 1 представлена архитектура этой нелинейной нейросетевой модели (модель типа многослойный персептрон MLP с сигмоидальной функцией активации нейронов скрытого слоя).

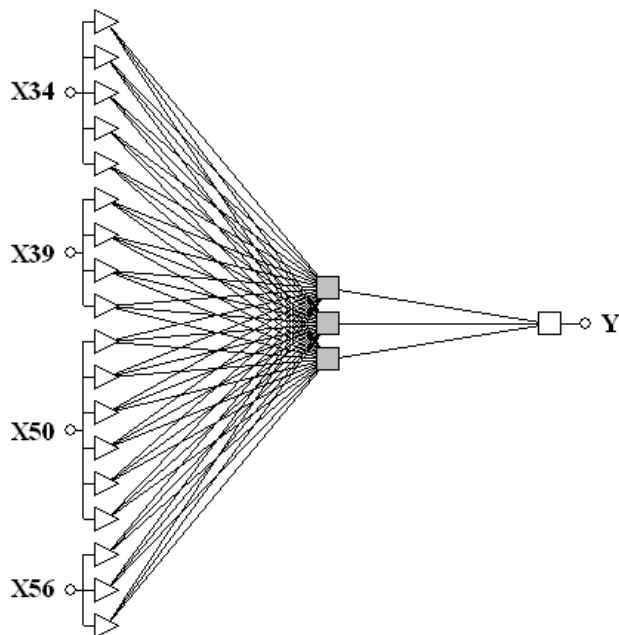


Рис. 1. Архитектура нелинейной 4-х факторной нейросетевой (MLP) модели прогнозирования риска развития невротического состояния (треугольниками обозначены нейроны входного слоя, серыми квадратами – нейроны скрытого слоя, белым квадратом – нейрон выходного слоя).

Результаты прогнозирования в этой модели, после ее обучения и выбора оптимального порога принятия/отвержения, приведены в таблице 5.4.

Прогностические характеристики этой модели на обучающем множестве были следующими: чувствительность 74,7% (95%ДИ 65,4% – 83,0%), специфичность 72,0% (95%ДИ 63,7% – 79,6%). На подтверждающем множестве чувствительность модели составила 76,9% (95%ДИ 48,8%–96,1%), специфичность 76,5% (95%ДИ 52,2%–93,9%).

Таблица 5.4

Результаты прогнозирования риска развития невротического состояния (нелинейная нейросетевая модель, построенная на наборе 4-х наиболее значимых признаков).

Результаты	Обучающее множество		Подтверждающее множество	
	Норма	Невротическое расстройство	Норма	Невротическое расстройство
Всего случаев	125	95	17	13
Верный прогноз	90	71	13	10
Неверный прогноз	35	24	4	3

При сравнении прогностических характеристик модели, полученных на обучающем и подтверждающем множествах, не выявлено статистически значимого различия показателей чувствительности ($p=0,866$) и специфичности ($p=0,923$), что является свидетельством отсутствия подгонки коэффициентов и возможности использования модели на новых данных.

Для оценки значимости отобранных 4-х факторных признаков прогнозирования риска развития невротического состояния был использован метод сравнения ROC-кривых трех моделей прогнозирования: линейной модели, построенной на всех 56 факторных признаках; линейной модели, построенной на 4-х выделенных факторных признаках; нелинейной нейросетевой модели

построенной на 4-х выделенных факторных признаках. На рисунке 2 представлены ROC-кривые для всех трех моделей прогнозирования риска развития невротического состояния.

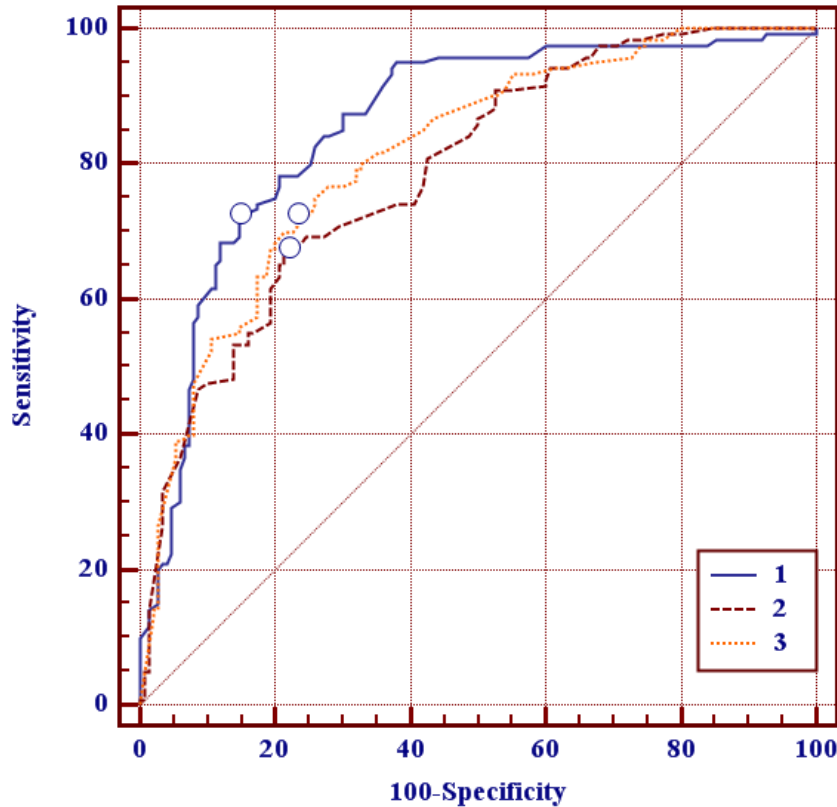


Рис.2. ROC-кривые (построены на всем множестве примеров) моделей прогнозирования риска развития невротического состояния 1– линейная модель, построенная на всех 56 факторных признаках; 2– линейная модель, построенная на 4-х выделенных факторных признаках; 3– нелинейная нейросетевая модель построенная на 4-х выделенных факторных признаках (о – обозначены оптимальные значения чувствительности и специфичности моделей).

Площадь под ROC-кривой модели (1) $AUC_1=0,86\pm0,02$, модели (2) – $AUC_2=0,79\pm0,03$, модели (3) – $AUC_3=0,81\pm0,03$. При проведении сравнения площади под ROC-кривыми моделей установлено, что AUC_2 статистически значимо ниже, чем AUC_1 ($p=0,048$), в то же время AUC_3 статистически значимо не отличается от AUC_1 ($p=0,185$). Следовательно, прогностичность нелинейной нейросетевой модели построенной на 4-х выделенных факторных признаках не отличается от эффективности линейной модели, построенной на всех 56 факторных признаках.

Таким образом, уменьшение числа факторных признаков от 56-и до 4-х не изменило ($p=0,185$) прогностические характеристики модели, что свидетельствует о значимости выделенных признаков.

Для практического использования полученной нелинейной 4-х факторной нейросетевой модели прогнозирования риска развития невротического состояния в среде табличного процессора Excel (файл «MLP4.xls») реализована экспертная система, на рисунке 3 приведен ее интерфейс.

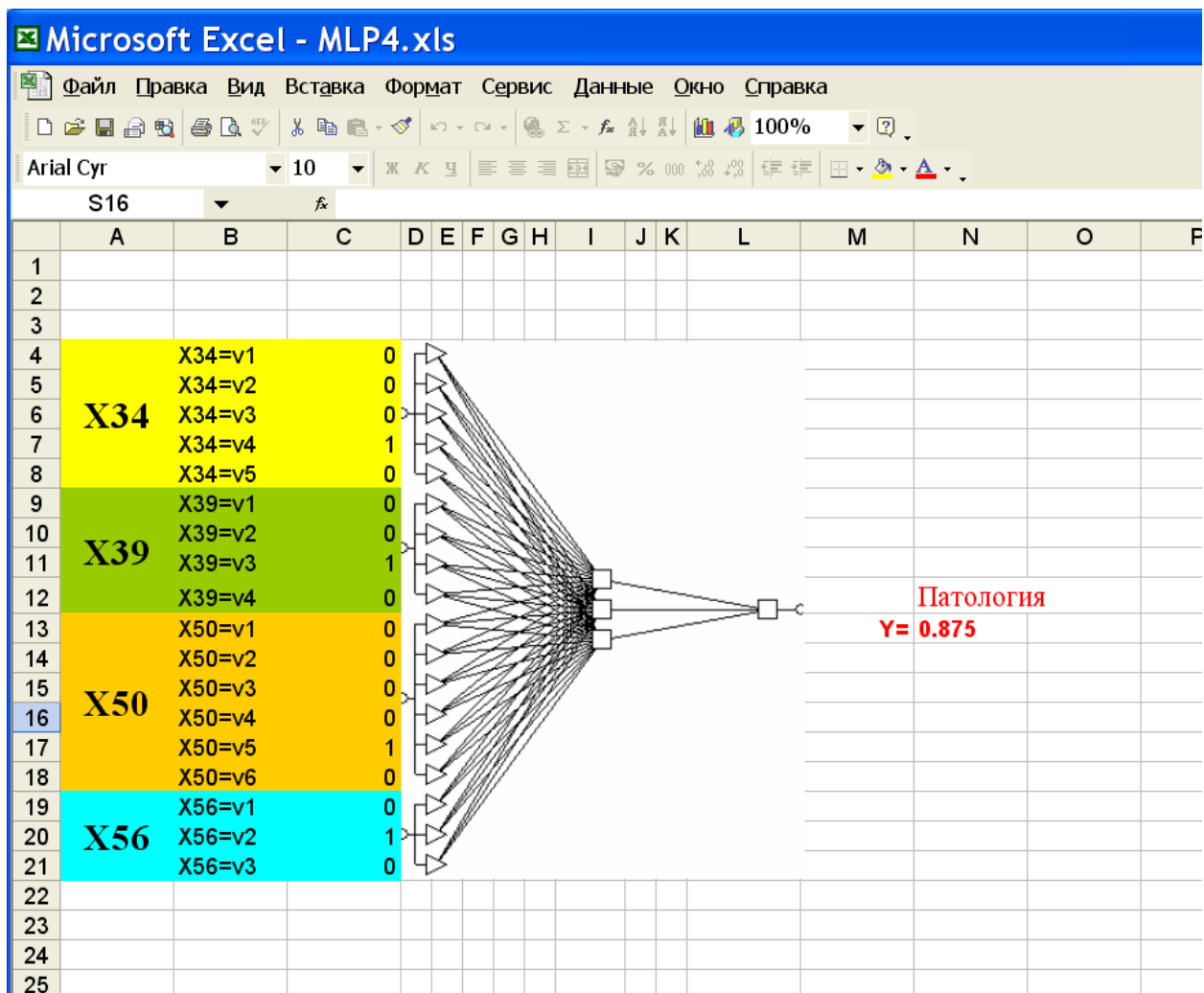


Рис. 3. Интерфейс экспертной системы прогнозирования риска развития невротического состояния (нелинейная 4-х факторная нейросетевая модель).

Для работы в программе необходимо ввести значения показателей для пациента в соответствующие ячейки табличного процессора. В экспертной системе будет выдан прогноз.

В качестве примера работы экспертной системы предлагается ее апробация у обследуемой А., карта № 22; 25 лет, экономист, общий стаж работы 2 года, незамужняя, проживает с родителями, отношения в семье рисует спокойными, доброжелательными. В начале работы ознакомлена с положениями законодательства о проведении исследования и дала согласие на участие в нем. При первичном обследовании клиника характеризовалась тревожно-депрессивным синдромом. Обследуемой была предложена индивидуальная работа с унифицированной картой. После выполнения задания данные из персональной унифицированной карты были перенесены в алгоритм. При этом был получен результат: **Патология $Y=0.603$.**

Обследуемая М., карта № 110; 36 лет, менеджер, общий стаж работы 13 лет, замужем, отношения в семье рисует спокойными, доброжелательными. В начале работы ознакомлена с положениями законодательства о проведении исследования и дала согласие на участие в нем. При первичном обследовании клиника характеризовалась депрессивной симптоматикой. Обследуемой была предложена индивидуальная работа с унифицированной картой. После выполнения задания данные из персональной унифицированной карты были перенесены в алгоритм. При этом был получен результат: **Патология $Y=0.875$.**

Обследуемая С., карта № 11; возраст 45 лет, кассир, проживает с родителями, имеет 2х детей, отношения в семье описывает как спокойные, доброжелательные. В начале работы ознакомлена с положениями законодательства о проведении исследования и дала согласие на участие в нем. При первичном обследовании клиника характеризовалась тревожной симптоматикой. Обследуемой была предложена индивидуальная работа с унифицированной картой. После выполнения задания данные из персональной унифицированной карты были перенесены в алгоритм. При этом был получен результат: **Патология $Y=0.618$.**

После обработки материала исследования обследуемым было предложено принять участие в психопрофилактических мероприятиях, после чего, с учетом

индивидуальных особенностей, они были введены в соответствующие психотерапевтические группы.

При сложном взаимодействии вышеперечисленных признаков между собой, особенностей их восприятия, происходило нелинейное потенцирование или же ослабление их влияния. В качестве подтверждения было обнаружено уменьшение площади под ROC-кривыми моделей (AUC_2 статистически значимо ниже, чем AUC_1 ($p=0,048$)). Таким образом, для практического применения особое значение приобретает нелинейная нейросетевая модель построенная на 4-х выделенных факторных признаках. Она учитывает сложный характер взаимодействий наиболее значимых факторов риска, доступна в применении и в то же время диагностически точна, что подтверждается соответствием площадей AUC_3 и AUC_1 ($p=0,185$).

Таким образом, в результате проведенного анализа, независимо от названия учреждения финансово-кредитной сферы, результаты в основных своих показателях оказались идентичными, в связи с чем, были отобраны признаки, позволяющие при статистической обработке выявить группу служащих с начальными проявлениями и высоким риском дальнейшего развития невротических расстройств. Учитывая то, что данная группа риска самая неустойчивая и динамичная, она нуждается не только в контроле, но и в своевременной квалифицированной помощи, начиная с психотерапевтических мероприятий, выполняющих задачу психопрофилактики.

Установлено, что риск развития невротического состояния связан ($p<0,001$) с стремлением к изменениям условий труда, при стремлении к более спокойным условиям труда в рамках нынешней профессии ($v3$), риск выше, ОШ = 3,5 (95% ДИ 1,9 – 6,5) чем при с стремлением сотрудника к совершенствованию квалификации и профессиональному росту ($v1$). Выявлено повышение риска развития невротического состояния при неравномерной с большей интенсивностью в начале месяца ($v3$) ($p=0,004$) и неравномерной нерегулярной нагрузке ($v5$) ($p<0,001$), ОШ = 9,5 (95% ДИ 2,0 – 44,6) и ОШ = 5,4 (95% ДИ 3,1 – 16,8), соответственно, по сравнению с равномерной нагрузкой ($v1$). Из

проведенного анализа также следует, что риск развития невротического состояния связан с страхом штрафных санкций. При страхе, который оценивается как умеренно выраженный (v2) и значительно выраженный (v3) он выше ($p < 0,05$), ОШ = 3,4 (95% ДИ 1,1 – 10,6) и ОШ = 7,9 (95% ДИ 2,3 – 27,3), соответственно, чем при незначительном.

В связи с тем, что при анализе работы 54-х факторной нейросетевой модели, при всей значимости отобранных признаков, было выявлено ухудшение качества прогноза в связи со сложным характером взаимодействия выделенных признаков в условиях реальных производственных ситуаций и возникавших в ответ на них эмоциональных ответов у служащих, была создана нелинейная нейросетевая модель (экспертная система) прогнозирования риска развития невротического состояния у служащих финансово-кредитных учреждений. В процессе дальнейшей работы данная модель продемонстрировала возможность прийти к более высокому уровню получения результатов с минимальными затратами времени. Чувствительность модели составила 74,7% (95%ДИ 65,4% – 83,0%), специфичность 72,0% (95%ДИ 63,7% – 79,6%). Для практической работы нелинейная нейросетевая модель оказалась наиболее приемлемой, так как она не требует специальной подготовки со стороны кадровой службы и позволяет оперативно получить данные о сотруднике, тем самым способствуя своевременности оказания психотерапевтических мероприятий и проведению психопрофилактики на ранней стадии расстройств. Данная форма модели получила одобрение со стороны администрации учреждений, где проводились данные виды исследований. Администрации были даны предложения по оптимизации условий труда в соответствии с реальными условиями учреждений.

ГЛАВА ШЕСТАЯ

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА К ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СЛУЖАЩИХ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Проблема разработки системы психогигиенических, психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий, специфичных для сотрудников финансово-кредитных учреждений является актуальной в мировом сообществе [21,23,53,69,86,115,118,133,138,152]. Ей уделяют внимание психологи и психиатры ряда стран Европы, Америки, СНГ, однако достаточно эффективных путей ее решения нет. В то же время эта проблема приобретает все большее значение, в связи с значительными экономическими потерями, обусловленными снижением уровня психического благополучия данного контингента.

С учетом повышенной стрессогенности профессиональной деятельности представляется целесообразной разработка системы психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий для данного контингента.

6.1 Особенности психотерапии, психопрофилактики и психогигиены невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений

Структуру профильных мероприятий первичной психопрофилактики в системе финансово-кредитных учреждений можно представить в виде уровней - государственного, административного, индивидуального.

Государственный уровень определяется законодательной базой, на административном уровне психопрофилактика проводится в объемах, согласованных с руководством учреждений.

Все психопрофилактические мероприятия можно разделить на социально-экономические, медико-психологические и психотерапевтические.

К социально-экономическим мерам можно отнести оптимальный социальный пакет, систему поощрений и мотивации (премии, карьерный рост, корпоративная значимость), регулируемое рабочее время и темп нагрузки, заблаговременное информирование об изменении должностных обязанностей с возможностью обучения и обратная связь о производительности труда [29,34,77,78,94,149].

Также в этот раздел можно отнести корпоративные ценности и этику как систему символов и ориентиров поведения по отношению к клиентам и во внутренних корпоративных отношениях, а также организационную культуру и практики управления, основанные на взаимоуважении, вежливости, соблюдении этических норм, принципов сотрудничества в командной работе [53,65,75,159].

К медико-психологическим относятся меры психологической диагностики и психокоррекции, направленной на уменьшение воздействия стрессовых факторов, улучшения межличностных отношений в коллективе и в работе с клиентами.

К психотерапевтическим мерам профилактики относится ряд методов групповой и индивидуальной психотерапии, направленных на уменьшение интенсивности восприятия действия стрессогенных факторов и повышение психологической резистентности. В настоящее время эти методы используются не в полном объеме, чему способствует закрытость финансовой системы. В связи с этим, своей задачей мы ставили разработать на основе анализа причин и условий возникновения расстройств невротического круга у служащих финансово-кредитных учреждений рекомендации и психотерапевтические мероприятия по их предупреждению.

Результаты проведенного клинико-психопатологического и психодиагностического исследований позволили сформулировать общие требования к организации комплексного подхода к психотерапии и профилактики невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений.

Целью проведения данных мероприятий являлось улучшение адаптивных возможностей работников за счет выработки оптимальных личностных стратегий по преодолению негативного воздействия психогенных факторов, лучшего понимания своей роли и задач в коллективе, принципов построения отношений между сотрудниками, сущности конфликта позиций, проявляющегося в устойчивых постоянных представлениях о целях, характере и значимости их деятельности. Снижению уровня психического напряжения способствовало улучшение самоконтроля эмоциональных переживаний, понимание сотрудником причин и механизмов возникновения конфликтных ситуаций как внутри коллектива, так и в работе с клиентами, его личностной позиции в конфликте, собственных целей интересов и приоритетов, установок и ожиданий от работы, особенностей взаимодействия с клиентами и коллегами.

Ведущими в этом комплексе являлись психотерапевтические методы, которые обеспечивали необходимую мотивацию и готовность к изменениям в психическом состоянии, достаточный уровень коррекции невротических симптомов. Выбор и сочетание методов оказания психотерапевтической помощи определялось структурой невротических расстройств (соотношения эмоционального, когнитивного, поведенческого и соматовегетативного компонентов).

Основные принципы, которых мы придерживались при разработке системы психотерапии, психопрофилактики и психогигиены невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений были следующие:

- Системность в использовании методов группового и индивидуального психотерапии;
- Этапность;
- Комплексность, что позволяет интенсифицировать достижения психотерапевтического эффекта за счет взаимного потенцирования при использовании различных методов психотерапии;
- Дифференцированное соединение патогенетической, симптоматической и профилактической направленности психотерапевтических мероприятий;

- Партнерство, установление паритетных отношений между психотерапевтом и сотрудником;
- Сочетание индивидуального и группового психотерапевтических воздействий.

Психотерапевтическое воздействие строилась на основе современных психотехнологий с использованием методов рациональной, когнитивно-поведенческой психотерапии, аутогенной тренировки, внушения и самовнушения, музыкотерапии, групповой психотерапии с элементами гештальт-терапии. Психопрофилактика состояла в раннем выявлении лиц с высоким риском развития невротических расстройств, в дальнейшем, это может осуществляться благодаря использованию нелинейной 4-х факторной нейросетевой модели прогнозирования, а также - проведении тематических занятий о причинах и механизмах формирования невротических расстройств, их клинической картины и течения, возможностей их предотвращения, с учетом клинико-патогенетических особенностей невротических расстройств у данного контингента. С целью восстановления оптимального уровня реактивности, повышения психологической устойчивости, использовалась аутогенная тренировка с акцентом на релаксации, обучение приемам саморегуляции, проведение разъяснительной психотерапии с использованием элементов когнитивной психотерапии.

Система психогигиенических мероприятий включала в себя: проведение групповых занятий со служащими (пропаганда здорового образа жизни, системы дозированных физических нагрузок, ознакомление с навыками формирования позитивного мышления); проведение тренинга, направленного на развитие актуальных социально-психологических качеств специалистов.

Особенностью проведения психотерапии был перенос акцента от поддерживающих методов к адаптивным и стабилизирующим, повышающим психическую продуктивность.

Мероприятия психотерапии и психопрофилактики у сотрудников финансово-кредитных учреждений проводились в три этапа: подготовительный, собственно лечебный и поддерживающий.

На первом (подготовительном) этапе (продолжительностью 2 недели) происходила установка доверительных отношений между психотерапевтом и сотрудниками, проводилось психопатологическое и психодиагностическое исследование, осуществлялся консультативный прием, сбор анамнеза, а также отбор сотрудников, которые дали информированное согласие, в разные группы. Терапию начинали с психотерапевтической беседы, основной целью которой было налаживание терапевтического контакта с пациентом, установления доверия и создания мотивации на участие в проведении психотерапевтических мероприятий. В беседе при необходимости использовали элементы рациональной психотерапии, разясняли причины, сущность и динамику развития невротических реакций, характер симптомов. Кроме этого использовались элементы внушения, эмоциональная поддержка, коррекция личностных реакций.

Рациональная психотерапия была применима у служащих, которые имели пониженную внутреннюю готовность к принятию информации и реконструкции «искаженной» внутренней картины психического неблагополучия. В результате снятия неопределенности, коррекции противоречивости и непоследовательности в представлениях сотрудника, становилось возможным мобилизовать адаптивные возможности личности, освободиться от ложных представлений сотрудника о своем состоянии. При работе с контингентом финансово-кредитных учреждений активно использовались следующие приемы рациональной психотерапии [6,30,37]:

1. Разъяснение, включающее толкование сущности болезненных изменений, причины их возникновения, содержание основных противоречий, возможность образования психосоматических связей, как правило, игнорируемых и не включенных во «внутреннюю картину болезни». В результате реализации этого этапа достигалась более ясная, определенная картина психического неблагополучия, возникала мотивация к действиям по улучшению своего состояния, а также, создавалась возможность более эффективного самоконтроля со стороны сотрудника.

2. Переориентация использовалась для достижения более стабильных изменений в установках сотрудника, прежде всего в его отношении к невротическим симптомам, которые были связаны с изменениями в системе его ценностей и давали возможность вывести его за пределы болезни.

4. Психагогика: применялась для переориентации широкого плана, создания положительных перспектив дальнейшего развития вне болезни.

На втором этапе (2 месяца) проводили дифференцированную психотерапевтическую, психопрофилактическую, психогигиеническую работу по отработке ошибочных убеждений и психологических установок, обучению приемам саморегуляции, аутотренинга и групповую психотерапию. Для этого использовались методы когнитивной психотерапии, аутогенной тренировки, музыкотерапии, групповой психотерапии с элементами гештальт-терапии [22,84,101]. Проводились психопрофилактические беседы и психогигиенические мероприятия.

Когнитивная психотерапия [11,16,35,48,49,56,57,58,83,96,97] позволяла существенно снизить степень негативного влияния на самочувствие служащих ложных интерпретаций причин и последствий стрессов, чувства чрезмерных вины и сожаления из-за сделанных ошибок, выводов и убеждений, приводящих к снижению самооценки, использованию неадекватных механизмов взаимодействия и психологической защиты, негативной субъективной оценки производственных отношений.

Проведение когнитивной психотерапии начиналось с постановки и формулировки центральной проблемы, подлежащей коррекции, средств ее преодоления и ориентировочной продолжительности терапии.

На первом этапе между психотерапевтом и сотрудником формировались паритетные отношения, происходило обсуждение круга проблем, их ранжирование, идентификация и группировка. При этом укрупнялись мишени психотерапевтического воздействия, а также происходила идентификация первого звена в ряде симптомов.

На следующем этапе проводилась работа над осознанием и вербализацией ошибочных или неэффективных когний, искажающих восприятия реальности. В частности, использовался экспериментальный метод для демонстрации ложных интерпретаций, которые возникали под влиянием сбоев и ошибок в течение когнитивных процессов при автоматическом включении в них оценочных когний. При отработке с сотрудником значимых ситуаций использовался возврат к психотравмирующей ситуации с последующим анализом установок и возникающих вследствие в этот момент переживаний и эмоций. Происходило обучение отслеживанию "автоматических мыслей", их вербализации и последовательного анализа своего восприятия объекта и связанных с ними эмоциональных реакций. После идентификации неадаптивных убеждений сотрудников обучали проводить разграничение между суждением, которое надо обосновать («я считаю»), и неопровержимым фактом («я знаю»), осуществлять дифференциацию между внешним миром и своим отношением к нему. При этом происходило дистанцирование данных суждений, формирование опыта работы с ними, более четкое понимание пути искажения в восприятии события. Также применялись методы идентификации, отвлечение, техника представления, метод трех колонок [49].

При проведении психотерапевтических мероприятий использовали элементы рационально-эмоциональной поведенческой терапии (РЭПТ) [50,67,91] с целью дальнейшего анализа эмоциональных реакций, обусловленных абсолютистскими взглядами. Сотрудников обучали, как определять связь между когнитивными детерминантами проблемы с вторичными и третичными конструктами - в мыслях, эмоциях и поведении, которые укрепляли и усложняли патологические проявления, например, возникающую у ряда работников тревоги по поводу испытываемой тревоги, чувство вины за свой гнев или раздражительность. С этой целью использовался метод «заполнение пустот». Сотрудник учился наблюдать за последовательностью внешних событий и эмоциональной реакцией на них, которая становилась для него понятной, когда пациент восстанавливал вытесненные убеждения в своем сознании.

Одновременно с процессом отработки неэффективных убеждений и связанных с ними поведенческих приемов шло формирование новых. С этой целью для сотрудников проводилось обучение новым поведенческим приемам, ориентированным на конкретные ситуации и действия. Они были направлены на создание успешных стратегий, а не на восприятие работником ситуации. Наиболее эффективными у данного контингента были приемы: «постановка цели», метод стоп-крана (триада самоконтроля), метод самоинструкций, техника "прошлые успехи". Обучение проводилось с группами в 5-7 человек продолжительностью 30-40 минут 1-2 раза в неделю. Общее количество занятий колебалось от 5 до 10. Ролевой тренинг, проводимый в каждой группе, проявлял не только типичные ситуации, способствующие формированию невротических расстройств, но и обеспечивал способы их разрешения [54,93].

Существенным методом помощи было овладение сотрудниками методом аутогенной тренировки [18,24,64,80,93]. Лечебное действие аутогенной тренировки, было связано с развитием в результате релаксации трофотропной реакции, которая характеризуется усилением тонуса парасимпатического отдела ВНС и способствует нейтрализации стрессового состояния, сопровождается снижением тревожности и установлением психоэмоционального равновесия и комфорта.

При работе со служащими финансово-кредитных учреждений применялся курс аутогенной тренировки в классическом варианте И.Г.Шульца. Перед началом тренировки с сотрудниками была проведена разъяснительная беседа о физиологических основах метода, механизмы воздействия упражнений на организм. Продолжительность обучения составляла 2 недели, упражнения выполнялись в течение 10-15 минут три раза в неделю. Переход от формулы к формуле осуществлялся после полного усвоения сотрудником предыдущего материала. Глубина аутогенного погружения обычно достигала 1-2 фазы. С целью усиления эффекта при аутогенной тренировке использовали музыкотерапию, в виде «невербальной суггестии». Она была направлена на снижение психоэмоционального напряжения, релаксацию и создание позитивного

настроения, а также коррекцию эмоционального состояния. На одном занятии прослушивали 2-3 законченных отрывка музыкального произведения. Фрагменты подбирались с целью формирования постепенного перехода внутреннего состояния от напряжения к расслаблению и дальнейшей активизации, оптимизации настроения.

Продолжительность каждого музыкального отрывка составляла от 4 до 6 минут. Согласно целей лечебного воздействия нами использовались следующие музыкальные отрывки: для уменьшения чувства тревоги и неуверенности: Шопен «Мазурка», «Прелюдии», Штраус «Вальсы»; для уменьшения раздражительности, гармонизации эмоционального тонуса: Бетховен «Лунная соната», Бах «Итальянский концерт», Гайдн «Симфония» № 1; для общего успокоения, удовлетворения: Брамс «Колыбельная», Шуберт «Аве Мария», Шопен «Ноктюрн соль-минор», Дебюсси «Свет луны»; для снятия симптомов внутреннего напряжения: Барток «Соната для фортепиано», «Квартет 5»; с целью уменьшения головной боли, связанной с эмоциональным напряжением: Моцарт «Маленькая ночная серенада», Лист «Венгерская рапсодия» № 1, для поднятия общего жизненного тонуса, улучшение самочувствия: Чайковский «Шестая симфония», 3 часть, Шопен «Прелюдия» № 1, опус 28, Лист «Венгерская рапсодия» № 2 [4,99].

В системе психотерапевтических мероприятий мы использовали суггестивную психотерапию [14], как в сочетании с рациональной психотерапией, так и отдельно в виде групповых занятий. Продолжительность занятия составляла 20-30 минут, во время занятия проводилось внушение с целью достижения гипнотического состояния 1-2 стадии и получения седативного и общеукрепляющего эффекта, гармонизации процессов возбуждения и торможения в нервной системе.

Также на отдельных занятиях проводилось обучение сотрудников приемам самогипноза с целью улучшения у них возможностей самозащиты от влияния негативных профессиональных факторов и уменьшение интенсивности их действия. Перед началом занятия мы проводили субъективную оценку сотрудниками своего уровня напряжения с учетом динамической составляющей:

1. «Как Вы себя чувствуете? - Как закипающая вода, как часы, как скоростная машина, как муха, как термометр, как печь под давлением и др. ... ».
2. "Как Вы можете представить стресс в движении?" (Сравнение стресса в деятельности) - как тигр в комнате, неуправляемая машина, полет на самолете, или как-то иначе.

Также проводилось «статистическое» измерение стресса: сотрудников просили описать свое состояние с помощью измерительных образов (шкала, мерный стакан, термометр, цвет).

С каждым участником группы заключали соглашение на лечение самогипнозом и выясняли, от какой степени стресса он хотел бы избавиться?

При проведении сеанса пациенты овладевали приемами введения в самогипноз, управления своим дыханием и сердцебиением, вызывания чувства расслабленности и психического комфорта в несколько этапов:

1. На первом этапе сотрудникам предлагалось концентрировать внимание на области сердца (для усиления эффекта можно было положить руку на область сердца).
2. На втором этапе формировалось представление образа «дыхание сердцем».
3. На третьем этапе формулировались положительные послы - как сотрудники хотели себя чувствовать (покой, контроль, расслабленность - "образ лежащей кошки»).
4. На четвертом этапе проводилась стимуляция воображения - образа воздушного шара в животе, которая по мере дыхания то надувается, то сдувается. Цвет шарика соответствовал цвету личного комфорта сотрудника.
5. На пятом этапе усиливалась концентрация на визуализации и ритмичном дыхании и проводилась представление в теле ритма волн. Формула внушения звучала следующим образом: "следуя ритму волн, дышите через сердце, внутрь сердца и из сердца".
6. На шестом этапе сотрудников просили сконцентрироваться на ощущении комфорта и тепла в сердце.

7. На седьмом этапе проводилась смена акцента с негатива к позитиву по следующей формуле: "Сфокусируйте свое внимание в области сердца. Продолжайте свободно дышать «через сердце». Сконцентрируйтесь на положительных чувствах, воспроизведите любой за последнее время положительный образ в воображении. Дыхание медленное, ритмичное, спокойное. Дышим «через сердце», продолжаем дыхание, прослеживаем ощущение дыхания в области солнечного сплетения. Сосредоточьтесь на ощущении благодарности, отдайте себе отчет насколько это важно для Вас и осознайте свой личный вклад в то хорошее, что произошло в мире вокруг Вас, вспомните свой вклад в общий позитив. Развивайте свое внимание на сердечной области, продолжайте испытывать благодарность и позитив в мыслях, чувствовать волны. Позвольте своей улыбке изменить мир. И улыбнитесь самому себе - почувствуйте особую "внутреннюю улыбку" ".

С целью развития внутренних компенсаторных механизмов и активизации адаптивных ресурсов мы предлагали пациентам методику «просмотра фильма» о самом себе в гипнотическом состоянии. Это позволяло стать сторонним наблюдателем своей системы, отстраниться от травмирующей ситуации и найти способ ее преодоления. Во время проведения сеанса использовали вопрос: «Как Вы можете помочь этой женщине? Может быть, у Вас есть какие-то идеи, решение по этому поводу?», «Что было бы для этой женщины лучше?», «Что бы Вы хотели почувствовать?», «Во что поверить?».

Также формировалось владения навыком воскрешать положительный результат (ресурс изменений) в больших подробностях. Пациенту предлагали войти в ситуацию, когда он чувствовал себя абсолютно уверенно, комфортно, легко находил решения и проверить хорошо ли это было чувство и вновь пережить его в деталях, а также закрепить жестом этот положительный опыт переживаний, то есть создать якорь, который можно было использовать дальше. С целью усиления эффекта формировались «Воспоминания о будущем», то есть пациента переносили в возможную стрессогенную ситуацию, в которой он

действовал вполне успешно, и закреплял положительный результат также с помощью якоря.

Групповую личностно-ориентированную психотерапию с использованием элементов гештальт-терапии проводили с целью улучшения адаптивных возможностей сотрудников в возникающих психотравмирующих ситуациях за счет лучшего понимания механизмов формирования невротических проявлений, дезактуализации переживаний, связанных со значимыми психогенными ситуациями в работе, обучения новым формам поведения вместо сложившихся ранее стереотипов.

При проведении групповой психотерапии учитывалось наличие сформировавшейся типологии конфликтов, связанных с производственными факторами, наличие сходных нарушений отношений личности [42,51,52,43,45,84].

Эта форма психотерапии не только способствовала выявлению типичных стрессогенных ситуаций, в которых возникали чувства тревоги и бесперспективности, подавленности, но и обеспечивала способы их разрешения. Гомогенность клинических проявлений и психологических конфликтов предоставляли возможность «получения обратной связи и поддержки от людей, имеющих общие проблемы и переживания с конкретным участником группы» [84]. Специфические феномены групповой динамики в наибольшей степени способствовали осознанию психологических проблем и конфликтов, конструктивной переработке переживаний, коррекции эмоциональных переживаний, формированию навыков самоконтроля, самоанализа и новых поведенческих реакций.

В когнитивной сфере личностно-ориентированная групповая психотерапия давала возможность осознать какие ситуации межличностного взаимодействия вызывают негативные эмоциональные реакции: сознавать различие между самооценкой своего поведения и ее оценки членами группы, «барьеры», мешающие реализации побуждений, эмоциональных установок, понять содержание внутренних психологических конфликтов, типологию повторяющихся конфликтных ситуаций.

В эмоциональной сфере групповая психотерапия обеспечивала возможность эмоциональной поддержки со стороны группы, формирования аутентичности в выражении своих чувств у участников группы, адекватной эмоциональной самооценки, изменения эмоциональных стереотипов, формирования лучшего понимания чувств других людей.

В поведенческой сфере групповое взаимодействие формировало навыки поведения направленного на максимально эффективное общение и сотрудничество, ответственности, адекватных поведенческих ответов при широком полиморфизме ситуаций.

Специфические возможности групповой психотерапии реализовались на базе таких механизмов как эмоциональная поддержка, воспринимаемая участником как признание группой его ценности, значимости, а также конфронтация с собственными проблемами, эмоциональными и поведенческими реакциями через обратную связь с группой.

Наиболее эффективными из гештальт-приемов, использовавшихся в качестве дополнительных упражнений, potenziрующих действие групповой терапии, оказались следующие:

- Отработка замены языковых конструкторов в процессе работы группы «Я должен ...» на слова «Я решил ...», «Я не могу ...» на «Я не хочу ...», «Мне нужно ... » на «Я хочу ... », «Я боюсь ... », на «Мне хотелось бы ... » с последующим обсуждением возникающих в процессе выполнения упражнения эмоциональных реакций.

- методика «Репетиция» - было проведено моделирование поведения в проблемных ситуациях вслух в психотерапевтической группе с привлечением других участников, что позволяло лучше осознать собственные стереотипы поведения и изменять их в сторону большей эффективности.

С целью улучшения самовосприятия использовались методика «отказа от самобичевания» и создания договоренности с самим собой; методика «тревожность», которая позволяла через лучшее понимание ситуации составить план реальных действий по выходу из нее и уменьшить ее стрессовое воздействие

на сотрудника; методика «проверка готовой мысли» использовалось нами в ситуации, когда надо было уточнить содержание сообщения, недосказанности, скрытого смысла поведения пациента. При этом создавалась возможность для сотрудника самостоятельно отследить скрытые переживания. Если гипотеза оказывалась плодотворной, пациент имел возможность ее сознательно развить и модифицировать в контексте собственной деятельности и опыта.

Групповая психотерапия проводилась в группах по 5-6 человек продолжительностью 30-40 минут 1 раз в неделю. Общее количество занятий колебалось от 10 до 12.

На первых двух занятиях происходило знакомство членов группы, обсуждение проблем, желаемого результата по их разрешению и внутреннего барьера, мешающего его достижению. В процессе знакомства психотерапевт добивался максимальной конкретизации в постановке проблемы, стимулируя по возможности максимальное самораскрытие членов группы. В дальнейшем в ходе обсуждения состоявшегося знакомства обнаруживалось подобие личностной проблематики. На этом этапе закладывались основы внутригрупповой солидарности, опирающиеся на общность проблематики.

На следующий раз из сформировавшегося набора проблем выбиралась та, что на текущий момент была наиболее актуальна. В ходе обсуждения происходило обучение коммуникативным навыкам – описанию, а не оценке поведения, активному эмпатическому слушанию. Подчеркивалось значение искренности, доверительности для установления позитивной атмосферы.

В дальнейшем обсуждение концентрировалось вокруг содержания основных интерперсональных конфликтов: между стремлением к личному успеху, самореализации, самоутверждению, имеющим место у сотрудников банков, упрочению своих позиций при нестабильности условий деятельности, преобладающее у сотрудников пенсионных фондов и противоположной тенденцией к стабильности и ограничению ответственности при выполнении часто изменяющихся требований.

Акцентировалось внимание на значении искренности при создании доверительной и благожелательной атмосферы.

Достаточно часто темой для обсуждения становился высокий уровень нервного напряжения при выполнении ответственных участков работы, взаимодействии с клиентами в формате, определяемом поставленными задачами. При этом дискуссия часто касалась конфликта между стремлением к активной деятельности, успешному выполнению порученного, профессиональному росту и укреплению социального статуса и стремлением избежать усиления нагрузок и роста персональной ответственности. При этом происходило постепенное более полное осознание и принятие существующих противоречий, формировались индивидуальные личностные стратегии выхода из внутренней конфликтной ситуации. Во время прохождения группы психотерапевт способствовал созданию атмосферы взаимного принятия, стимулировал активность членов группы, подчеркивал позитивные достижения группы в целом. Групповая динамика при этом определялась нарастанием эмпатии, сплоченности членов группы, их лучшему пониманию друг друга, развитием индивидуальности, личностным ростом участников. В итоге преодолевалось внутреннее напряжение, защитные установки в виде самоуверенной решимости, боязнь утратить свой общественный статус в процессе активного взаимодействия с окружающими. В целом групповая динамика соответствовала этапам терапевтической динамики развития самосознания [65], от идентификации с группой, через осознания своей индивидуальности к проживанию «близости».

Важным дополнением к системе психопрофилактических и психотерапевтических влияний было проведение психогигиенических мероприятий, как системы мер по укреплению психического и психосоматического здоровья сотрудников. Протяженность занятий составляла 30 – 40 минут, частота - 1 раз в неделю.

Система психогигиенических мероприятий включала в себя:

1. Проведение групповых занятий со служащими, включающих пропаганду здорового образа жизни, системы дозированных физических нагрузок, ознакомление с навыками формирования позитивного мышления.
2. Проведение тренинга, направленного на развитие социально-психологических качеств специалистов банка и пенсионного фонда, предопределяющих выбор стратегий поведения в стрессогенных ситуациях. Психогигиенический аспект данного тренинга заключался в том, что при понимании сотрудником взаимосвязи между присущими ему личностными чертами и характером психотравмирующих ситуаций в работе возникала возможность для их своевременной коррекции, формирование у сотрудников новых адаптивных форм поведения и таким образом предупреждения развития невротизации. Так при стремлении к самоутверждению возрастает возможность негативных последствий конфликтного взаимодействия, за счет усиления агрессии, настойчивости в достижении собственных целей. Нетерпимость к фрустрации, а также нетерпимость к неопределенности способствует развитию и усилению эмоционального напряжения в отношениях между сотрудниками и при работе с клиентами, снижению адаптивных возможностей. Стремление банковских специалистов к статусному росту определяет выбор стратегии соперничества в отношениях и при возникновении конфликтных ситуаций. Снижение профессиональной мотивации, редукция, формализм в выполнении профессиональных обязанностей сотрудниками, работающими с клиентами, способствует проявлению личной «удаленности», негативизма в общении, повышает фрустрационную нетерпимость и эмоциональный дискомфорт, в свою очередь способствует дальнейшей невротизации.

Чрезмерное стремление к конформности при снижении самооценки, напротив, связано со стратегиями избегания и приспособления, однако приводит к противоположным результатам за счет усиления чувства внешнего давления на личность сотрудника и ограничения возможностей самореализации.

При проведении тренинга в банке на первое место можно было отнести наличие в общении служащих повышенного стремления к самоутверждению,

статусному росту и проявлений нетерпимости к неопределенности. Косвенно эти качества потенцируются за счет проявлений банковской субкультуры. В профессиональной деятельности банковских специалистов это могут быть ситуации, связанные с продвижением банковских продуктов и привлечением клиентов, требующих инициативного общения, умение устанавливать контакт; ситуации, связанные с возникновением непредвиденных трудностей; ситуации предъявления претензий и критики со стороны клиентов банка.

За счет отработки дисгармоничных качеств и дезадаптивных стратегий и форм поведения, создание адекватного стереотипа реагирования на психотравмирующие и стрессовые ситуации, снижался уровень нервно-психического напряжения, улучшались адаптационные возможности при продолжении работы в прежних условиях, уменьшалось чувство тревоги и неуверенности за счет получения положительной обратной связи, улучшалось качество жизни.

6.2. Оценка эффективности психотерапии, психопрофилактики и психогигиены невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений

В результате проведенного исследования нами было выявлено наличие невротических расстройств у $46,3 \pm 3,0\%$ обследованных сотрудников финансово-кредитных учреждений. Для банковских служащих этот показатель составил $45,5 \pm 6,6\%$, для работников пенсионного фонда $49,2 \pm 3,6\%$ от общего числа служащих. При проведении анализа не выявлено статистически значимой разницы ($p = 0,08$ по критерию χ^2) распределения групп служащих банков и пенсионных фондов по частоте возникновения и структуре невротических расстройств.

Согласно цели диссертационной работы, нами были сформированы основная и две группы сравнения, в которые входили сотрудники банков и пенсионных фондов, которые непосредственно имели дело с клиентской базой. У

всех включенных в группы сотрудников были диагностированы невротические расстройства. Состав групп был идентичен по гендерным признакам, возрасту, характеру клинических проявлений. В основную группу входили 34 сотрудника банка, у которых были диагностированы неврастения (F48.0), расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция, в том числе с преимущественно тревожными симптомами (F43.22), расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция (F43.21). В первую группу сравнения входили сотрудники банка – 30 человек, во вторую группу сравнения - 27 сотрудников банка и 30 - ОПФ, у которых были выявлены аналогичные невротические расстройства.

В основной группе была реализована комплексная система психотерапевтических мероприятий, которая включала: рациональную психотерапию, когнитивно-поведенческую, обучение аутогенной тренировке, суггестивную психотерапию, музыкотерапию, в виде "невербальной суггестии", групповую психотерапию с использованием элементов гештальт-терапии, проведение психопрофилактических занятий с целью улучшения информированности сотрудников о причинах и механизмах формирования невротических расстройств, их клинической картины и течения, возможностей их предотвращения, а также психогигиенические мероприятия. В первой группе сравнения проводился комплекс психотерапевтических мероприятий, меньших по объему, включающих в себя рациональную психотерапию, обучение аутогенной тренировке, психопрофилактические и психогигиенические мероприятия. В группе сравнения проводилась только психогигиенические мероприятия.

С целью достоверной оценки динамики психического состояния в группах использовались данные повторного психодиагностического обследования, клинического интервью, информация от руководителей подразделений.

Данные сравнения результатов психодиагностического обследования сотрудников финансово-кредитных учреждений до начала проведения психотерапии, психопрофилактики и психогигиены представлены в таблице 6.1. При проведении сравнения использовался метод ANOVA (в случае нормального

закона распределения) либо критерий Крускала-Уоллиса (в случае отличия закона распределения от нормального).

При проведении анализа психодиагностических показателей мы определили, что их среднее значение в группах до проведения психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий статистически не отличались ($p > 0,05$), исключение составляли средние значения показателя невротизации методики экспресс-диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса. Для первой подгруппы он составил $20,2 \pm 1,0$ балла, для второй подгруппы - $24,1 \pm 0,5$ балла, для группы сравнения - $21,3 \pm 0,7$ балла. Разница между показателями была статистически значима ($p = 0,01$).

С целью оценки результатов проведения психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий у сотрудников финансово-кредитных учреждений было проведено повторное психодиагностическое обследование, результаты которого приведены в Таблице 6.2.

Согласно полученным результатам, при проведении полного комплекса мероприятий, отмечалось снижение значений всех показателей по сравнению с исходным состоянием (Таблица 6.2 значок \$). Для первой группы сравнения, где проводили сокращенный комплекс психотерапевтических мероприятий, также показатели снизились (Таблица 6.2 значок \$), кроме показателя личностной тревожности по методике самооценки тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (1978). Для второй группы сравнения статистически значимого снижения показателей в результате повторного обследования не выявлено.

После проведения комплекса мероприятий, среднее значение показателя невротизации методики экспресс-диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса в основной группе стало статистически значимо ($p < 0,05$) ниже ($17,0 \pm 0,8$ баллов), чем в первой группе сравнения ($22,8 \pm 0,5$ баллов) и ниже ($p < 0,05$), чем во второй группе сравнения ($21,0 \pm 0,6$ баллов). Статистически значимого отличия средних значений этого показателя между первой и второй группой сравнения не выявлено ($p > 0,05$) (Рис. 1). Таким образом, подтверждалась положительная

динамика психического состояния служащих в основной группе, снижение выраженности у них невротических расстройств.

Таблица 6.1

Сравнительные результаты психодиагностического обследования сотрудников основной группы, первой и второй групп сравнения до проведения психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий.

Значение показателя психодиагностической методики	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$			Уровень значимости и различия между группами, p
	Основная группа (n=34)	Первая группа сравнения (n=30)	Вторая группа сравнения (n=57)	
Показатель невротизации (методика К.Хека-Х.Хесса)	20,2±1,0*	24,1±0,5	21,3±0,7	0,01
Показатель стрессоустойчивости (методика Т.Холмса-Р.Раге)	157,3±20,5	171,6±12,5	167,6±13,9	0,38
Показатель реактивной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	43,9±0,8	46,0±0,7	45,2±0,6	0,18
Показатель личностной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	46,1±0,9	47,5±0,8	47,4±0,9	0,32
Показатель депрессии (методика В.Зунге)	48,3±1,9	51,5±1,0	51,5±0,8	0,50
Показатель тревоги (шкала HADS)	8,35±0,45	7,83±0,53	7,93±0,33	0,64
Показатель депрессии (шкала HADS)	7,88±0,43	7,77±0,50	8,05±0,26	0,89

* - отличие от второй группы статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий множественных сравнений).

Сравнительные результаты психодиагностического обследования сотрудников основной группы, первой и второй групп сравнения после проведения психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий.

Значение показателя психодиагностической методики	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$			Уровень значимости различия между группами, p
	Основная группа (n=34)	Первая группа сравнения (n=30)	Вторая группа сравнения (n=57)	
Показатель невротизации (методика К.Хека-Х.Хесса)	17,0±0,8*#	22,8±0,5\$	21,0±0,6	<0,001
Показатель стрессоустойчивости (методика Т.Холмса-Р.Раге)	121,5±11,4\$	145,7±11,0\$	163,0±12,6	0,06
Показатель реактивной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	41,4±0,6*#	44,5±0,6\$	44,8±0,5	<0,001
Показатель личностной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	44,5±0,7#	46,4 ±0,7	47,3±0,9	0,02
Показатель депрессии (методика В.Зунге)	47,0±0,9*\$	49,8±0,8\$	51,7±0,7	<0,001
Показатель тревоги (шкала HADS)	6,79±0,34\$	7,10±0,48	7,86±0,28	0,07
Показатель депрессии (шкала HADS)	6,82±0,34*\$	7,30±0,45\$	8,04±0,25	0,01

* - отличие от второй группы статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий множественных сравнений);

- отличие от группы сравнения статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий множественных сравнений);

\$ - отличие от показателей до лечения статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий сравнения для связанных выборок).

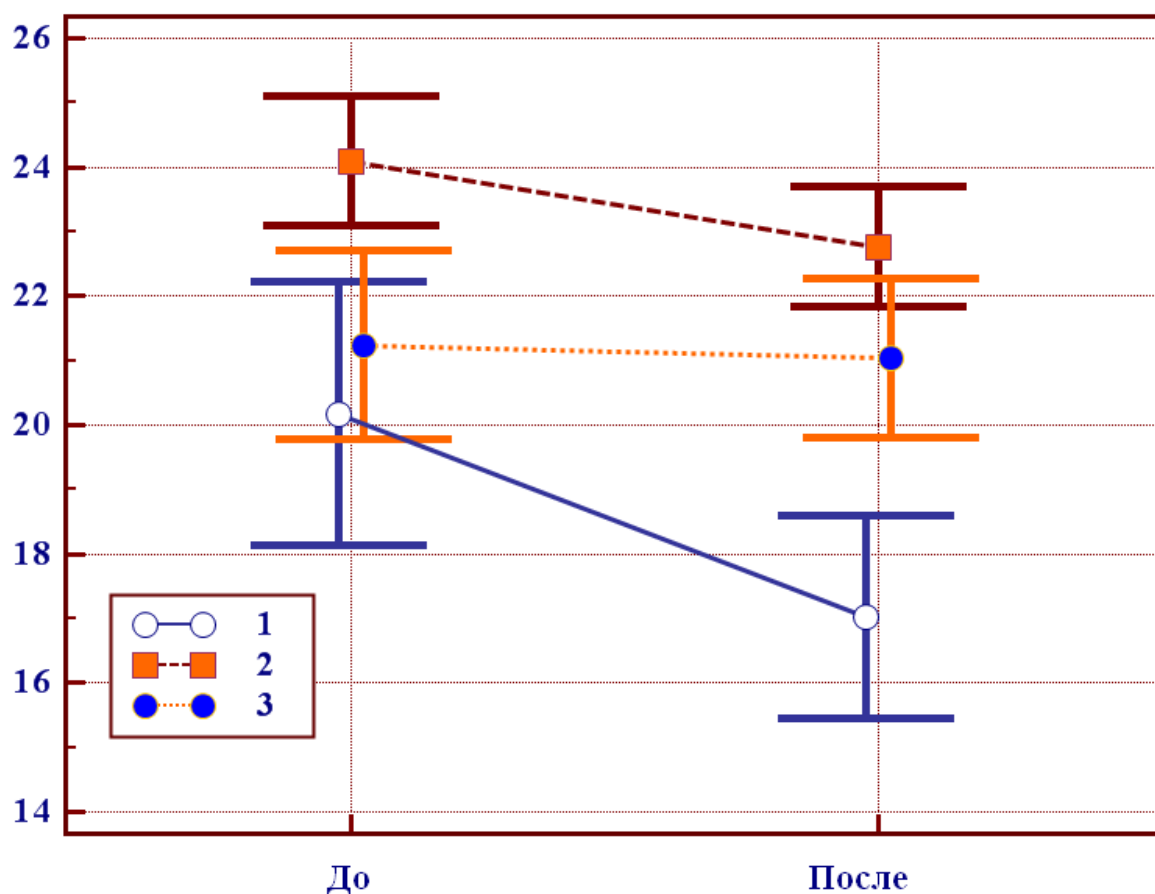


Рис.1. Динамика изменения показателя невротизации экспресс-диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса в трех группах: 1 – основная группа, 2 – первая группа сравнения, 3 – вторая группа сравнения (указано среднее значение, ошибка среднего и 95%ДИ).

После проведения комплекса мероприятий также отмечалось статистически значимое ($p=0,06$) улучшение среднего показателя стрессоустойчивости методики Т.Холмса-Р.Раге в основной группе ($121,5 \pm 11,4$ баллов) и первой группе сравнения ($145,7 \pm 11,0$ баллов) при отсутствии динамики в во второй группе сравнения ($163,0 \pm 12,6$ балла) (Рис.2). Данные изменения показателя свидетельствовали о росте повышении стрессоустойчивости, эмоциональной стабильности, адаптивных возможностей сотрудников, снижении восприимчивости к форустрирующим факторам.

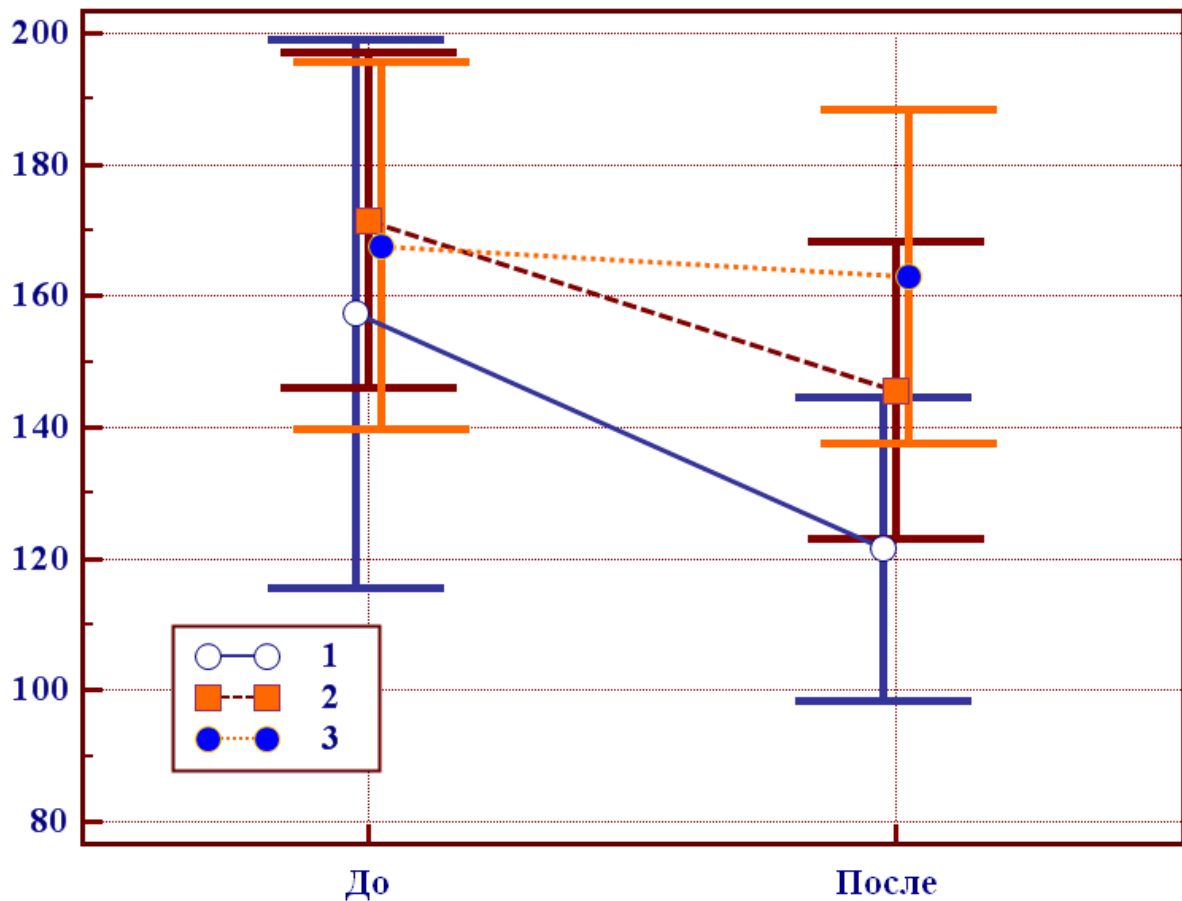


Рис.2. Динамика изменения показателя стрессоустойчивости методики «Определения стрессостойкости и социальной адаптации» Холмса-Раге (Holmes и Rahe, 1967) в трех группах: 1 – основная группа, 2 – первая группа сравнения, 3 – вторая группа сравнения (указано среднее значение, ошибка среднего и 95%ДИ).

Существенные результаты были отмечены при анализе показателя реактивной тревожности (Рис. 3). В основной группе отмечалось снижение данного показателя до пределов нормы ($41,4 \pm 0,6$ баллов), что статистически значимо ($p < 0,001$) отличалось от значений в первой группе сравнения ($44,5 \pm 0,6$ баллов) и второй группы сравнения ($44,8 \pm 0,5$ баллов). Данные результаты свидетельствуют о повышении адекватности эмоционального ответа, уменьшение субъективно переживаемого напряжения, беспокойства, озабоченности в момент проведения исследования, субъективно воспринимающегося как значимая стрессогенная ситуация. Данный результат соответствовал результатам повторного клинико-психопатологического обследования и клинического

интервью. В первой группе сравнения результаты были менее выражены за счет меньшего объема психотерапевтического вмешательства и большей глубины невротических проявлений до начала проведения мероприятий ($44,5 \pm 0,6$ баллов).

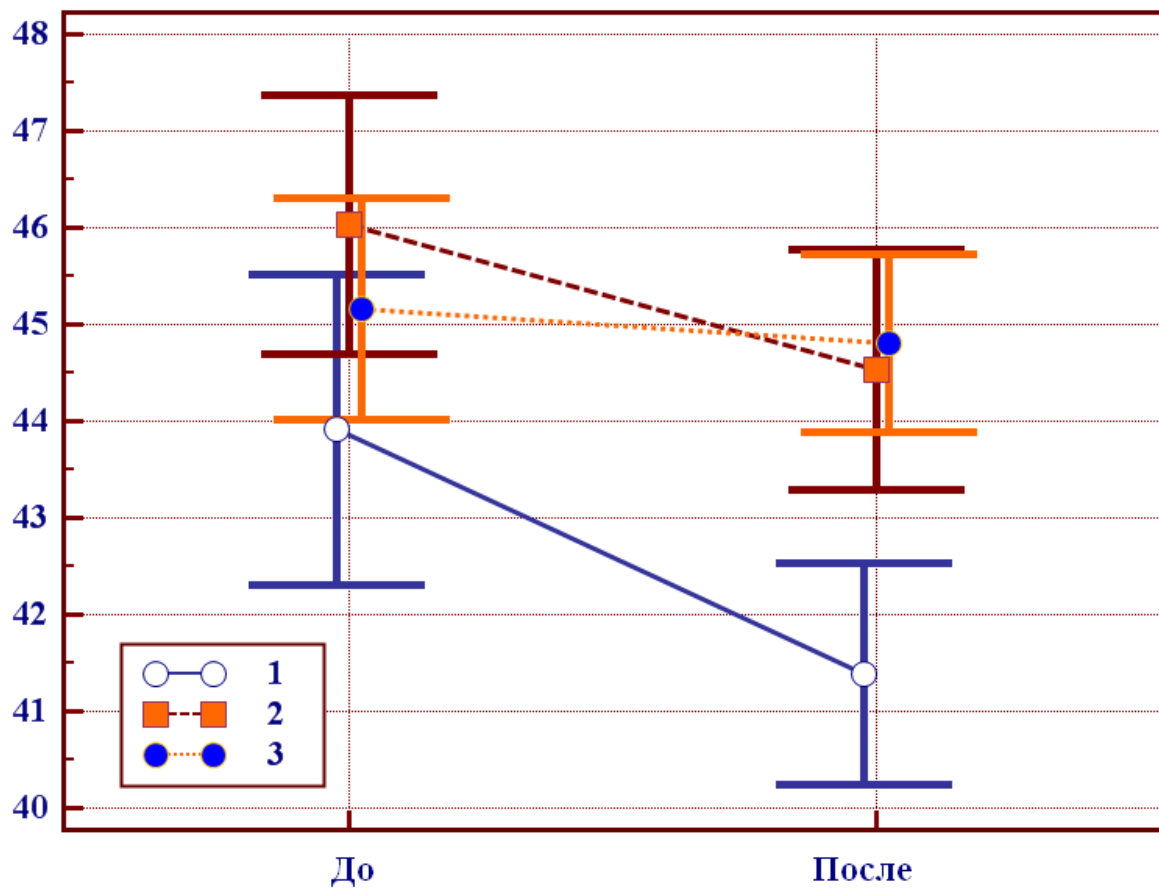


Рис.3. Динамика изменения показателя реактивной тревожности (РТ) методики самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (1978). Реактивная тревожность (РТ) в трех группах: 1 – основная группа, 2 – первая группа сравнения, 3 – вторая группа сравнения (указано среднее значение, ошибка среднего и 95%ДИ).

Показатель личностной тревожности методики самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (1978) снизился после проведения развернутой системы мероприятий только в основной группе и составил $44,5 \pm 0,7$ баллов (Рис. 4). Данное значение статистически значимо ($p=0,02$) отличалось от показателя в группах сравнения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что изменения в психическом состоянии сотрудников происходили на более глубоком, личностном уровне, затрагивали более глубокие механизмы невротического реагирования и требовали для позитивной трансформации

большого объема психотерапевтического вмешательства. Особенностью данного вмешательства было использование личностно-ориентированного подхода при проведении мероприятий.

Динамика показателя тревоги шкалы HADS позволяет сделать вывод о снижении уровня тревоги в основной группе ($6,79 \pm 0,34$ баллов), что статистически достоверно ниже ($p=0,07$), чем до проведения системы психотерапевтических, психопрофилактических мероприятий (Рис 5). В первой группе сравнения данный показатель снизился незначительно, что может быть объяснено большей выраженностью невротической симптоматики в сочетании с меньшим объемом психотерапевтического вмешательства. Во второй группе сравнения динамики показателя не было.

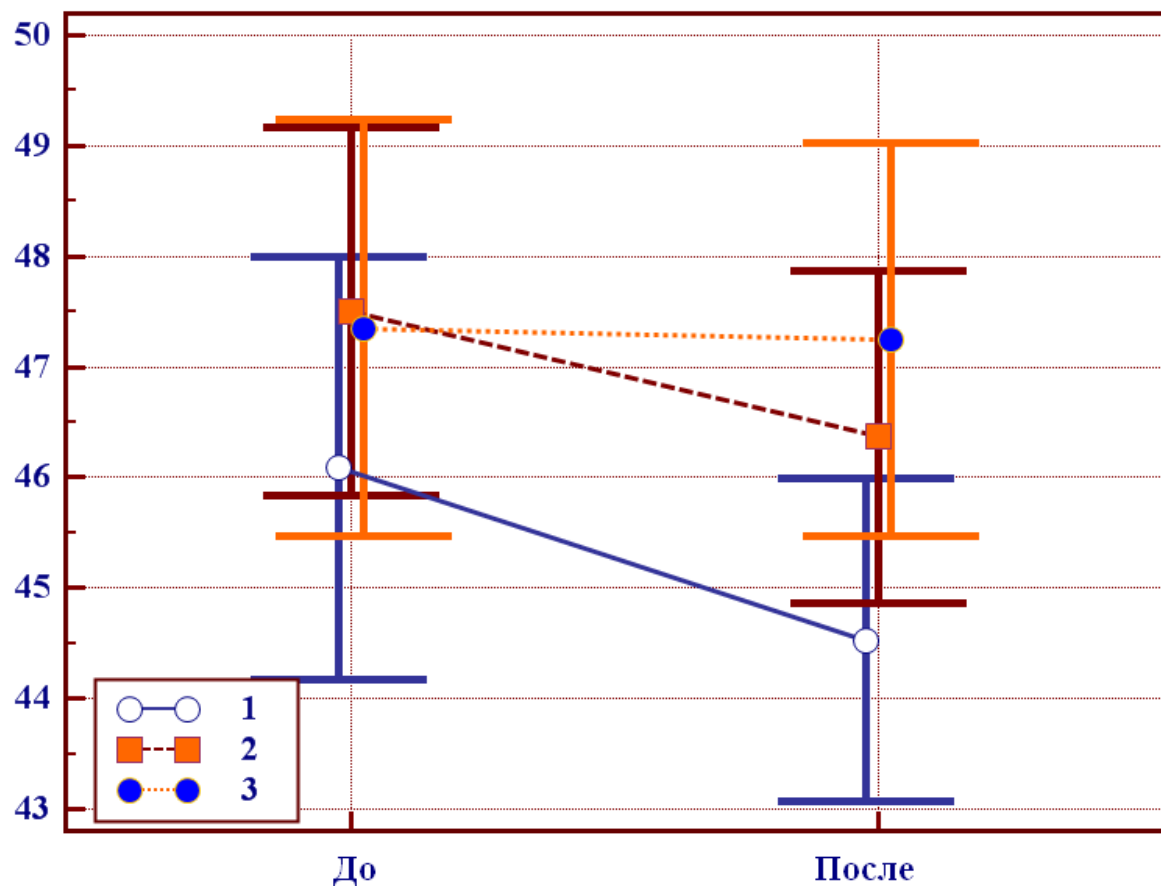


Рис.4. Динамика изменения показателя личностной тревожности методики самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (1978). Личностная тревожность (ЛТ) в трех группах: 1 – основная группа, 2 – первая группа сравнения, 3 – вторая группа сравнения (указано среднее значение, ошибка среднего и 95%ДИ).

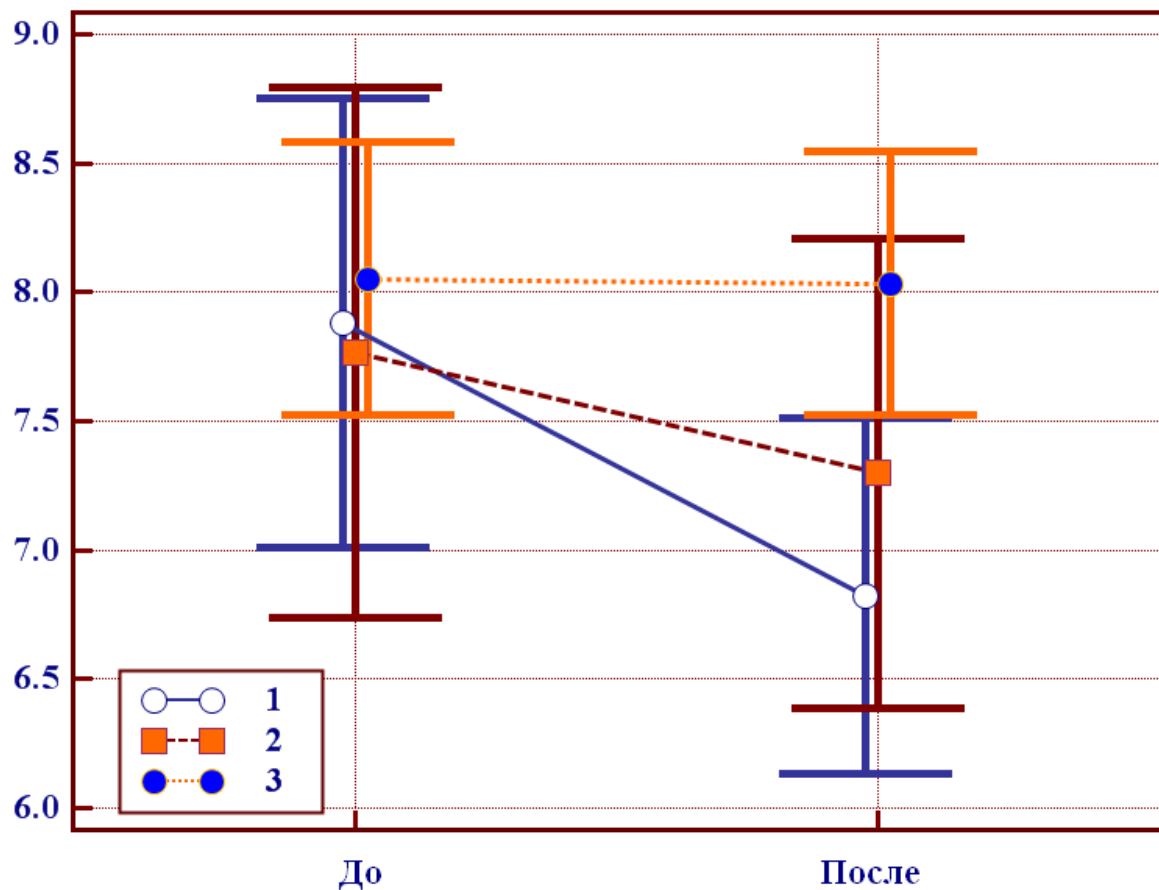


Рис.5. Динамика изменения показателя тревоги Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Шкала тревоги в трех группах: 1 – основная группа, 2 – первая группа сравнения, 3 – вторая группа сравнения (указано среднее значение, ошибка среднего и 95%ДИ).

При проведении анализа среднего значения показателя по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунге установлено его снижение после психотерапевтического вмешательства у пациентов, основной группы ($p < 0,001$) и первой группы сравнения, в то время, как у пациентов второй группы сравнения, изменения этого показателя не выявлено. При этом значение показателя депрессии у сотрудников, входящих в основную группу, снизилась до уровня нормы (Рис. 6). Аналогичная положительная динамика наблюдалась при анализе шкалы депрессии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Наибольшая положительная динамика наблюдалась в основной группе, где проводился максимальный объем психотерапевтического вмешательства (Рис. 7).

Важным моментом является отсутствие статистически значимого отличия средних значений этого показателя между первой и второй группой сравнения ($p > 0,05$). Таким образом, выявлена зависимость динамики данного показателя от объема психотерапевтического вмешательства.

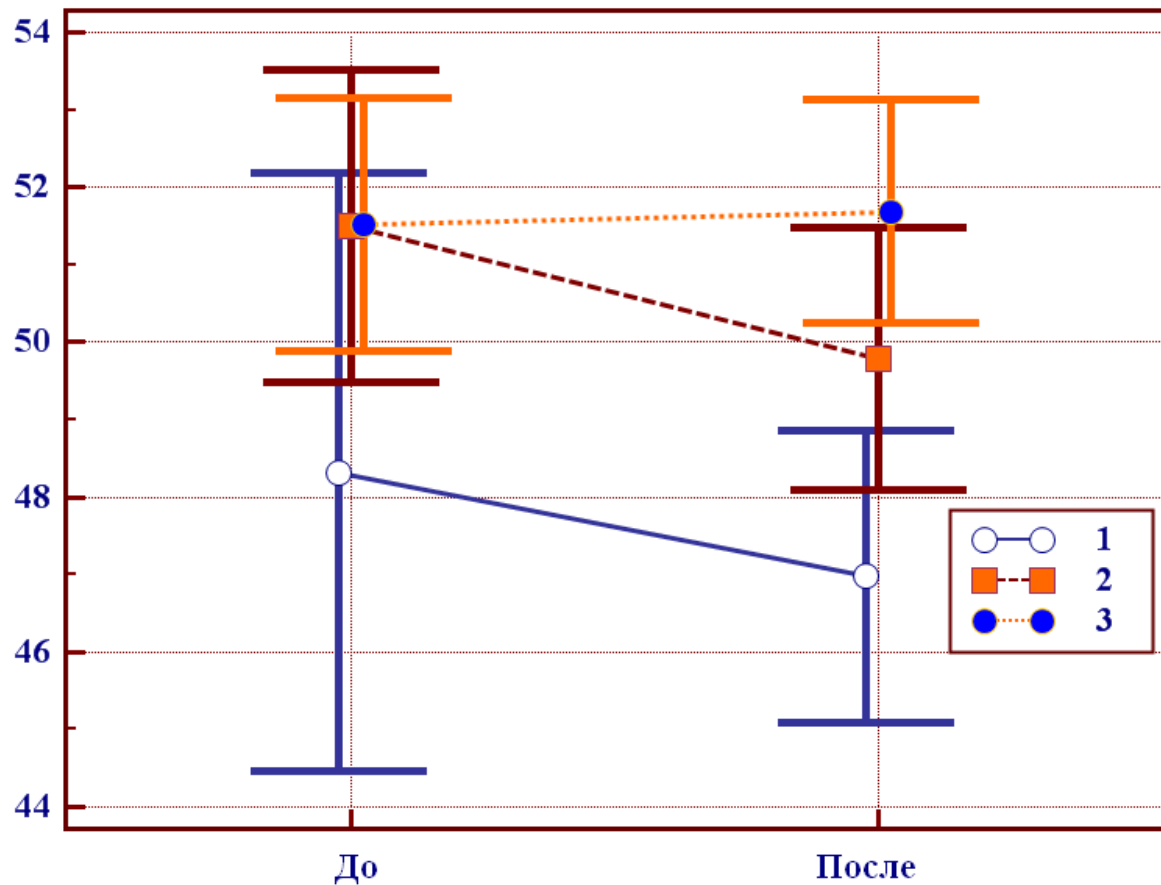


Рис.6. Динамика изменения показателя депрессии методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунге (в адаптации Т.И.Балашовой) в трех группах: 1 – основная группа, 2 – первая группа сравнения, 3 – вторая группа сравнения (указано среднее значение, ошибка среднего и 95%ДИ).

Таким образом, можно было говорить о статистически достоверном улучшении показателей психического состояния сотрудников в основной группе после проведения психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий. Уровень невротизации и депрессии в основной группе при повторном обследовании не превышал показателей нормы.

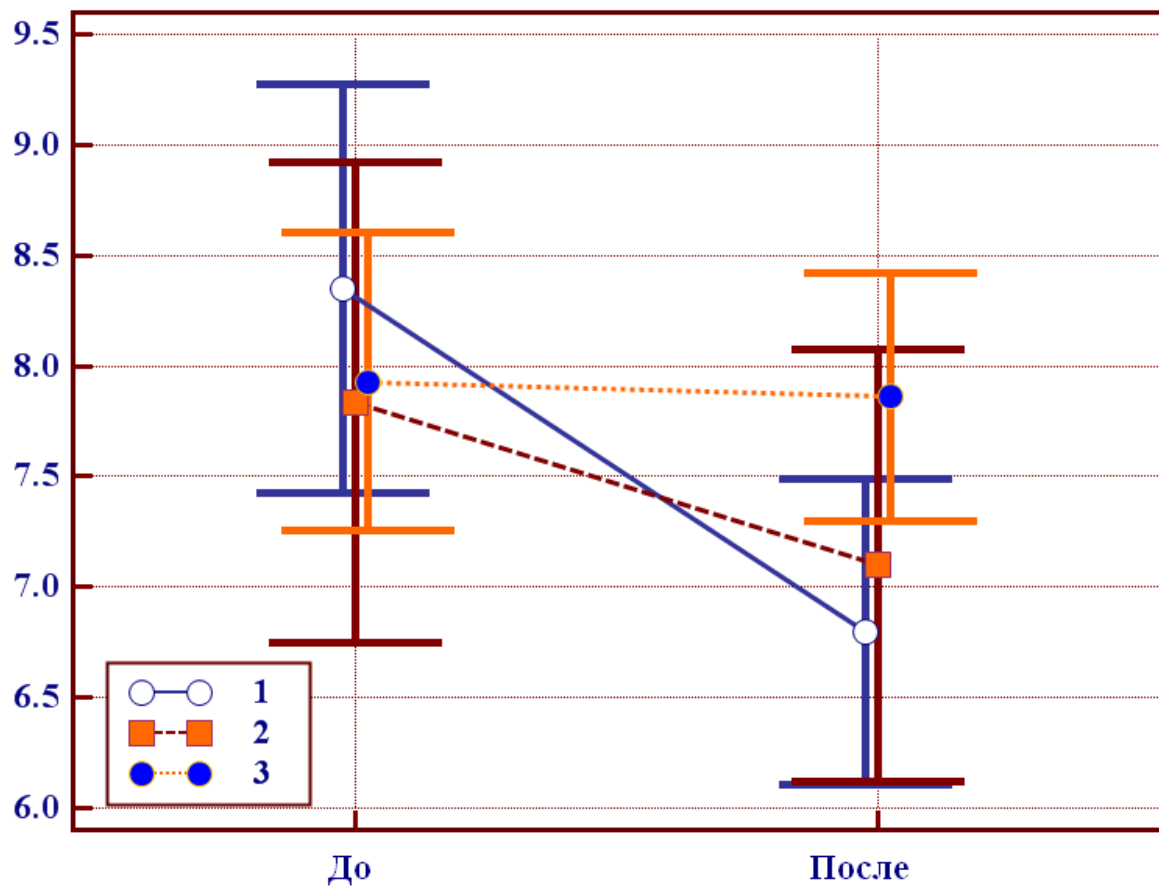


Рис.7. Динамика изменения показателя депрессии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Шкала депрессии в трех группах: 1 – основная группа, 2 – первая группа сравнения, 3 – вторая группа сравнения (указано среднее значение, ошибка среднего и 95%ДИ).

Субъективная оценка сотрудниками редукции невротических проявлений совпадала с результатами психодиагностического обследования. Клинический эффект в основной группе характеризовался улучшением настроения, снижением амплитуды эмоциональных колебаний и проявлений синдрома раздражительной слабости, улучшением сна, ростом уверенности в себе, повышением уровня производительности в повседневных делах и социальной активности, уменьшением выраженности тревоги и беспокойства, формированием новых адаптивных способов борьбы с психотравмирующими ситуациями, связанными с работой и интерперсональными отношениями. В первой группе сравнения определялось улучшение всех исследуемых показателей, но в меньшей степени. Это связано с меньшим объемом вмешательства и тем, что в данную подгруппу были отобраны сотрудники с более выраженными проявлениями невроза,

требующими более длительного лечения с акцентом на индивидуальных формах психотерапевтической работы. В группе сравнения существенных позитивных изменений не было выявлено, в связи с чем, можно сделать вывод о недостаточной эффективности проведения только психогигиенических мероприятий и рациональной психотерапии для предупреждения развития невротических состояний у сотрудников финансово-кредитных учреждений.

В результате проведения психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий значительно оптимизировался психологический климат в коллективах, улучшилось взаимодействие между сотрудниками, о чем говорили руководители подразделений, независимо друг от друга.

Таким образом, применение психотерапевтических методов в профилактике невротических расстройств у данного контингента служащих позволяет существенно уменьшить степень их проявлений, создать позитивное отношение к различным жизненным ситуациям. Использование психотерапевтических техник позволяет улучшить адаптационные механизмы сотрудников при их взаимодействии и общении в процессе производственной деятельности, позволяет каждому служащему создать оптимальную социальную нишу в коллективе, нормализовать рабочие отношения с руководством, что в свою очередь, приводит к улучшению качества их жизни и оказывает положительное влияние на производительность труда.

Разработанная и внедренная нами система психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий позволила повысить уровень психического здоровья сотрудников финансово-кредитных учреждений, уменьшить риск развития у них невротических расстройств, стабилизировать и уменьшить степень проявления тех расстройств, что были обнаружены. Это способствовало повышению эффективности их труда за счет оптимизации психологического климата в коллективах и улучшения взаимодействия между сотрудниками и при работе с клиентами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сохранение и укрепление здоровья сотрудников финансово-кредитных учреждений является не только актуальной медицинской, но и социально-экономической проблемой, определяемой участием данного контингента в развитии экономических общественных отношений их интенсивности и способах установления.

По сути, сотрудники финансово-кредитных предприятий находятся на ключевых позициях, обеспечивающих экономическую и социальную стабильность общества, поскольку являются движущей силой финансовой системы страны [29,36].

Таким образом, стабильность психического здоровья сотрудников данной сферы и уровень производительности их труда оказывает опосредованное влияние на распределение финансовых потоков, устойчивость и пропорциональность развития экономики, гибкость, своевременность реагирования и адаптацию к изменениям в финансовой системе; устранение излишней социальной напряженности, повышение качества жизни каждого индивидуума в обществе и др.

В связи с этим особое значение приобретает вопрос ранней диагностики, профилактики и психотерапевтической коррекции невротических расстройств у данного контингента. Учитывая то, что разные категории сотрудников внутри системы имеют существенно различающуюся специфику работы и могут нуждаться в разных видах психотерапевтической помощи мы взяли наиболее представленный, гомогенный круг сотрудников, непосредственно имеющих контакт с клиентской базой.

Объектом исследования являлись невротические расстройства у сотрудников финансово-кредитных учреждений. В исследовании принимало участие 270 служащих финансово-кредитных учреждений: двух коммерческих банков и двух отделений пенсионного фонда (ОПФ) г.Донецка. В связи с тем, что

подавляющее их большинство составляли женщины, в исследование были включены только они.

Впервые по материалам сплошного клинико-эпидемиологического обследования сотрудников были получены данные о реальной (или близкой к реальной) распространенности невротических расстройств в изучаемом контингенте населения, которая составила $46,3 \pm 3,0\%$ от общего числа обследованных. В структуре невротических расстройств у данного контингента было выявлено преобладание тревожно-депрессивного и астенического симптомокомплексов.

Проведенное исследование показало, что ведущими факторами, способствующими развитию невротических расстройств, являются психогении производственного характера. Среди них ведущую роль играют частые изменения единой платформы требований и режима функционирования сотрудников, обусловленные экономической и социально-правовой нестабильностью. Также, существенными факторами являются: снижение возможности контроля темпа работы; неравномерность и нерегулярность профессиональной нагрузки; конфликтные ситуации, связанные с непосредственным взаимодействием с клиентами, необходимостью выполнения часто изменяющихся профессиональных требований и нормативов; страх штрафных санкций за недостаточно качественное выполнение функциональных обязанностей и требований руководства. Воздействие этих факторов сопровождается ростом нервно-психического напряжения, снижением работоспособности, установкой на нормализацию условий работы или стремлением к смене профессии и места работы.

Для подтверждения вышесказанного, анализировалась необходимость быстрого реагирования на постоянно меняющиеся условия и перестройки деятельности в связи с новыми формами работы. Умеренный уровень влияния данного фактора на психическое здоровье отметили $46,4 \pm 3,4\%$ сотрудников банка и $59,0 \pm 6,3\%$ сотрудников ОПФ. При этом значимым показателем являлась возможность контроля темпа работы и автономии в решении производственных

вопросов. Темп работы, полностью определяемый руководством, в группе сотрудниц банков встречался в $27,3 \pm 3,1\%$ случаев, а в группе сотрудниц ОПФ не был отмечен ни разу ($p < 0,001$ по критерию χ^2). Ограничение возможности самостоятельного принятия решения приводило к сужению адаптационного коридора для сотрудников.

При изучении выраженности у сотрудников страха перед штрафными санкциями при совершении ошибки, его умеренной уровень отмечался у $65,1 \pm 3,3\%$ сотрудников банка и $54,1 \pm 6,4\%$ сотрудников ОПФ, значительно выраженный - у $22,0 \pm 2,9\%$ и $44,3 \pm 6,4\%$ соответственно.

При исследовании равномерности профессиональной нагрузки на протяжении недели и месяца определялось ее существенное колебание, периоды относительного спокойствия сменялись повышенными требованиями к темпам работы, в сочетании с высокой ответственностью за выполняемые действия. Неравномерность нагрузки на протяжении недели отметили $50,2 \pm 3,5\%$ сотрудников банка и $45,9 \pm 6,4\%$ ОПФ, месяца - $55,5 \pm 3,4\%$ и $50,9 \pm 6,4\%$ соответственно. Идентичные показатели были выявлены при анализе нагрузки на протяжении квартала.

Частота возникновения непредвиденных, критических ситуаций для группы сотрудниц банков ($4,59 \pm 0,35$ случаев в неделю) статистически значимо ($p < 0,001$) выше, чем для группы сотрудниц ОПФ ($1,46 \pm 0,09$ случаев в неделю). При проведении корреляционного анализа, выявлено наличие положительной корреляционной связи средней степени выраженности между показателями частоты возникновения критических ситуаций и частоты возникновения конфликтных ситуаций (показатель ранговой корреляции Спирмена, $\rho = 0,57$ и $\rho = 0,46$, $p < 0,01$, в группе сотрудниц банков и сотрудниц ПФ, соответственно). Таким образом, установлено, что сотрудники воспринимают конфликтные ситуации с клиентами как критические, несущие потенциальную угрозу их собственному благополучию.

При возникновении подобных ситуаций умеренный уровень психоэмоционального напряжения, отмечали 108 ($51,7 \pm 3,5\%$) сотрудниц банка и

29 ($47,5 \pm 6,4\%$) сотрудниц ОПФ. 34,0 \pm 3,3% и ОПФ - 47,5 \pm 6,4% говорили о возникновении в данных ситуаций чувства тревоги и беспокойства, но отмечали, что вынуждены скрывать свои чувства. Реакцию на критическую или конфликтную ситуацию в виде раздражения или гнева испытывают 39 сотрудников банка (18,7 \pm 2,7%) и 11 сотрудников ОПФ (18,0 \pm 4,9%). Характерно, что сотрудники банка, как правило, стремятся не обращаться за помощью при возникновении проблемных ситуаций, несмотря на готовность руководства в ряде случаев поддержать их. Наиболее часто это связано с желанием сохранить благоприятную профессиональную репутацию, способствующую карьерному росту или служащую определенной защитой при сокращениях и организационных перестановках.

Действие вышеперечисленных факторов проводило к повышению уровня нервно-психического напряжения, субъективно воспринимаемого сотрудниками. В группе сотрудников банков постоянное нервно-психическое напряжение отмечалось у 60,3 \pm 3,4% сотрудников, что статистически выше ($p = 0,01$ по критерию χ^2), чем у сотрудников ОПФ (41,0 \pm 6,3% случаев).

Вышеперечисленные негативные факторы профессиональной деятельности способствуют формированию специфических интраперсональных конфликтов. Основным вытесняемым смыслом конфликта у сотрудников банка являлось противоречие между стремлением к личному успеху, самореализации, самоутверждению, имеющее место в условиях частых перемен вводных при сохранении жесткой системы требований, высокой финансовой и психологической цены совершенных ошибок и отсутствия автономии.

Для сотрудников пенсионных фондов основной позитивной тенденцией служило стремление к упрочению своих позиций при противодействии аналогичных факторов. Эта противостояние могло усиливаться при стимулировании сотрудников посредством выплат премий, возможностью карьерного роста, сопровождающегося ростом заработной платы, престижности труда, что побуждало продолжать деятельность в стрессовых условиях, тогда как

отрицательные переживания, роль которых увеличивалась по мере адаптационного утомления, усиливали их значение.

При этом из сознания вытеснялись тревожные переживания, и могла появляться демонстрация самоуверенной решительности и компетентности в сочетании с неосознанной неуверенностью в себе, боязнью утратить имеющийся социальный статус в процессе взаимодействия с клиентами.

Также на интенсивность интерперсонального конфликта оказывало влияние то, что выбор линии поведения сотрудников, основанный на предшествующем опыте и полученном образовании, нередко не приводил к ожидаемым результатам, которые представлялись хорошо согласованными и между собой, и с выбранной линией поведения. Приходилось оперативно перестраивать свое понимание ситуации и деятельность в вышеописанных условиях. Этот диссонанс между прогнозируемым и реальным результатами служил дополнительной причиной интрапсихического конфликта, еще одним источником эмоционального стресса.

Таким образом, происходило формирование двойного конфликта: первый конфликт относился к типу «желаемое—нежелаемое» (аппетенция — аверсия), где стремление к цели реализуется в условиях связанного с ней же отрицательного стимула, достигающего в ряде случаев равноценного значения для индивида. Это приводило к конкуренции между двумя равно выраженными потребностями, и обуславливало внутреннюю потребность в изменении условий труда на более спокойные, при сохранении, в тоже время, настоящего места работы и профессии. Второй тип конфликта относился к типу «нежелаемое — нежелаемое» (аверсия — аверсия). При этом существующий риск увольнения противостоял дискомфорту стрессогенных условий деятельности, что приводило к формированию конкурирующих потребностей, стремлению избежать каждой из альтернатив.

Выраженность интраперсонального конфликта усиливала неудовлетворенность межличностным взаимодействием, степенью своей независимости, отсутствие гибкости в эмоциональных отношениях. Социальной

маской при этом выступала демонстрация самоуверенной решимости и автономности, за которой скрывалась отчасти неосознаваемая или активно вытесняемая неуверенность в себе, боязнь утратить свой общественный статус вследствие взаимодействия с окружающими.

Невозможность «канализировать» последствия рассогласования между требованиями производственной ситуации и когнитивными ресурсами, «когнитивной переоценки» без ущерба сохранению эффективности деятельности заставляла на этапе невроза еще больше нагружать контур «прямого когнитивного контроля» «выработкой напряжения». А это, в свою очередь, обуславливало максимальную включенность в адаптационный процесс психического и психофизиологического его аспектов.

Как результат психогенного действия вышеперечисленных воздействий были выявлены следующие психопатологические явления: эмоциональная лабильность, неустойчивый фон настроения ($40,7 \pm 3,4\%$ банковских сотрудников и $45,9 \pm 6,4\%$ сотрудников ОПФ) и тревожные предчувствия, постоянное беспокойство у ($10,0 \pm 2,1\%$ и $8,2 \pm 3,5\%$ соответственно). При этом межличностные отношения часто воспринимали как холодные и формализованные $50,7 \pm 3,5\%$ банковских сотрудников и $39,4 \pm 6,3\%$ сотрудников ОПФ. Повышенная истощаемость и утомляемость проявлялись в быстром нарастании чувства усталости, падении трудоспособности. Выявлено ее снижение к концу рабочего дня у $45,0 \pm 3,4\%$ сотрудников банка и $55,7\% \pm 6,4\%$ сотрудников ОПФ. Падение работоспособности к середине рабочего дня отмечали $12,9 \pm 2,3\%$ и $3,3 \pm 2,3\%$ респондентов соответственно. $23,0 \pm 2,9\%$ обследуемых в банке отмечали, что на протяжении дня работоспособность поддерживается с трудом, для ОПФ этот показатель составил лишь $3,3 \pm 2,3\%$ случаев. Приведенные данные свидетельствуют об умеренном уровне астенизации сотрудников. Это может быть обусловлено необходимостью постоянного контроля своих действий, большим объемом обрабатываемой информации, при частых переключениях внимания, дефиците времени, что оказывает неблагоприятное влияние на функциональное состояние центральной нервной системы.

Воздействие психогенных факторов приводило к формированию начальных проявлений невротических расстройств, среди которых наиболее представленным было «расстройство адаптации со смешанной тревожно-депрессивной реакцией» (F43.22). Клиническая картина характеризовалась сочетанием симптомов тревоги и депрессии, связанными с возникшей психотравмирующей ситуацией. Тревожность проявлялась чувством постоянного внутреннего напряжения, волнения, беспокойства по незначительным поводам, «ощущением, что в любой момент может произойти что-то плохое, случиться неприятность, возникнуть конфликт», чувством снижения контроля над ситуацией, переживанием возможной неспособности справиться с ситуацией. Незначительные ошибки в работе характеризовались как существенные проблемы, сопровождались усилением тревоги, снижением настроения, страхом критики со стороны руководства. Различные события приобретали однотипно негативную интерпретацию, появлялась оборонительная позиция, стремление обвинить окружающих в возможных неудачах, пессимистическая оценка будущего. Подчеркивалась рутинная сторона происходящего, сужался круг интересов. Быстро возникало чувство усталости, монотонности. Осознание неблагополучия усиливало чувство беспокойства, усиливалась раздражительность, возникало стремление скрыть свое состояние, приводились различные причины в оправдание происходивших изменений. Со стороны вегетативной системы характерны нарушения пищевого поведения (колебание аппетита, в том числе в течение суток), разнообразные нарушения формулы сна, дискомфорт в эпигастральной области, приступы сердцебиения.

Удельный вес данного расстройства в общей структуре невротических расстройств у сотрудников ОПФ составил $83,4 \pm 6,8\%$ случаев, что статистически выше, чем у сотрудников банка - $57,9 \pm 5,1\%$ и объясняется проведенной в банках оптимизацией условий работы и внедрением новых форм управления персоналом. При этом только у $5,7 \pm 1,6\%$ обследуемых в банке и $8,2 \pm 3,5\%$ в пенсионном фонде в клинической картине данного расстройства незначительно преобладали симптомы тревоги (F43.22). Таким образом, данные обследования

свидетельствуют о том, что чисто тревожные симптомы встречаются у сотрудников гораздо реже, чем сочетание тревоги и депрессии.

Неврастения (F48.0) была представлена на уровне первой стадии данного расстройства. Нарушения в эмоциональной сфере характеризовалась выраженной раздражительностью, эмоциональной лабильностью. Со стороны когнитивной сферы сотрудники отмечали затруднение при сосредоточении при начале работы, во время работы долго не выдерживали необходимого психического напряжения, напряжения активного внимания, отвлекались на посторонние раздражители, находили поводы, чтобы встать из-за стола, переключиться на выполнение других заданий, уходили с рабочего места. Они предъявляли жалобы на головную боль, затрудненность мышления, нехватку сил и энергии, различные нарушения сна. При этом, в структуре невротических расстройств у сотрудников банка она составляла $25,3 \pm 4,4\%$, что статистически значимо выше ($p=0,03$) чем в группе сотрудников ОПФ. Данные результаты могли свидетельствовать о более выраженном психическом напряжении и частоте переутомления у банковских работников.

Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) составляет $16,8 \pm 3,8\%$, и $3,3 \pm 3,3\%$ в структуре выявленных расстройств. Данный факт позволяет сделать вывод о меньшем удельном весе расстройств адаптации, проявляющихся только депрессивной симптоматикой, и подтверждает преимущественное сочетание в клинической картине симптомов депрессии и тревоги. Характерным является наличие жалоб на пониженное настроение, чувство подавленности, отсутствие ярко выраженных желаний, чувства удовлетворения от жизни и работы, рутинности происходящего, длящихся более месяца, и возникающих на фоне длительной стрессовой ситуации. Практически всегда возникновение данных переживаний сопровождалось снижением самооценки, возникновением растерянности по поводу будущего, мыслей о его бесперспективности, пессимизма, сопровождавшимся потерей веры в себя, свои силы, предчувствием неизбежных неудач и провалов. Частым было переживание несовпадения ожиданий от работы и профессиональных реалий. У ряда лиц

отмечалась повышенная утомляемость во время работы, особенно во второй половине дня, жалобы на нарушения сна: трудности при засыпании и ранние пробуждения или, наоборот, повышенную сонливость, постоянное чувство усталости, вялость и отсутствие энергии по утрам, раздражительность, беспокоили головные боли, ощущение перебоев в работе сердца, снижение аппетита.

Трудоспособность при вышеописанных расстройствах грубо не страдала, но выполнение профессиональных обязанностей требовало больших энергетических затрат, усиливало чувство постоянного внутреннего напряжения.

По данным психодиагностического обследования у лиц с невротическими расстройствами преобладали состояния эмоционального дисбаланса с повышением уровня невротизации до $21,89 \pm 0,45$ баллов, показателя личностной тревожности до $47,14 \pm 0,54$ баллов и показателя депрессии до $51,33 \pm 0,52$ баллов, что соответствует показателям ситуационной или реактивной депрессии, а также достоверное снижение уровня стрессоустойчивости по сравнению с здоровыми лицами до $167,9 \pm 9,0$ баллов ($p < 0,001$). Достоверных различий между группами сотрудников банка и ОПФ не выявлено ($p > 0,05$).

Исходя из вышеизложенного, актуальным является вопрос оказания помощи сотрудникам в виде проведения психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий. С целью наиболее раннего выявления лиц наиболее подверженных риску, был проведен статистический анализ и выявлены значимые связи между отдельными факторами профессиональной деятельности сотрудников финансово-кредитных учреждений и развитием у них невротических расстройств.

Для проведения отбора использовали генетический алгоритм (отбора значимых переменных). В результате применения алгоритма были отобраны четыре факторных признака: выраженность нервно-психического напряжения, стремление к изменениям (оптимизации) условий труда, равномерность нагрузки в течение месяца, страх штрафных санкций. Для оценки степени влияния выделенных факторных признаков на 4-х признаках была создана логистическая

регрессионная модель прогнозирования риска развития невротического расстройства (модель адекватна, $\chi^2 = 79,7$, $p < 0,001$). В дальнейшем, для выявления наличия нелинейной связи 4-х выделенных факторных признаков с риском развития невротического состояния была построена нелинейная 4-х факторная нейросетевая модель прогнозирования, которая позволила с минимальными затратами времени получать достаточно достоверные результаты.

При сравнении прогностических характеристик модели, полученных на обучающем и подтверждающем множествах, не выявлено статистически значимого различия показателей чувствительности ($p = 0,866$) и специфичности ($p = 0,923$), что является свидетельством отсутствия подгонки коэффициентов и возможности использования модели на новых данных.

Для практической работы нелинейная нейросетевая модель оказалась наиболее приемлемой, так как она не требовала специальной подготовки со стороны кадровой службы и позволяла оперативно выявлять группу риска развития невротических расстройств, тем самым способствуя своевременному оказанию одного из видов помощи в виде психотерапевтических мероприятий. Данная форма модели получила одобрение со стороны администрации учреждений, где проводились данные виды исследований.

После выявления лиц с невротическими расстройствами, количественной оценки симптоматики и верификации диагнозов в ходе клинического обследования, формировался контингент для проведения мероприятий психопрофилактики и психотерапии в условиях, предоставляемых администрацией учреждений на протяжении 1 часа 2 раза в неделю во время производственного перерыва и после окончания рабочего дня.

Нами была разработана и внедрена в практику система психотерапевтического, психопрофилактического и психогигиенического воздействия.

При ее разработке мы придерживались следующих установленных принципов: системность в использовании методов группового и индивидуального психотерапии; этапность; комплексность, взаимное потенцирование при

использовании различных методов психотерапии; взаимосвязь и преемственность патогенетической, симптоматической и профилактической направленности психотерапевтических мероприятий; партнерство, установление паритетных отношений между психотерапевтом и сотрудником; активная личностная позиция субъекта психотерапевтического воздействия; сочетание индивидуального и группового психотерапевтических воздействий.

Целью проведения данных мероприятий являлось улучшение адаптивных возможностей работников за счет выработки оптимальных личностных стратегий по преодолению негативного воздействия психогенных факторов благодаря лучшему пониманию своей роли и задач в коллективе, принципов построения отношений между сотрудниками, сущности конфликта позиций, проявляющегося в устойчивых постоянных представлениях о целях, характере и значимости их деятельности.

Ведущими в этом комплексе являлись психотерапевтические методы, которые обеспечивали необходимую мотивацию и готовность к изменениям в психическом состоянии. Выбор и сочетание методов оказания психотерапевтической помощи определялись структурой невротических расстройств (соотношения эмоционального, когнитивного, поведенческого и соматовегетативного компонентов).

Психотерапевтическое воздействие строилась на основе современных психотехнологий с использованием методов рациональной, когнитивно-поведенческой психотерапии, аутогенной тренировки, внушения и самовнушения, музыкотерапии, групповой психотерапии с элементами гештальт-терапии. Психопрофилактика состояла в раннем выявлении лиц с высоким риском развития невротических расстройств, в дальнейшем, благодаря использованию нелинейной 4-х факторной нейросетевой модели прогнозирования, а также в проведении тематических занятий о причинах и механизмах формирования невротических расстройств, их клинической картины и течения, возможностей их предотвращения, с учетом клинико-патогенетических особенностей невротических расстройств у данного контингента.

Система психогигиенических мероприятий включала в себя: проведение групповых занятий со служащими (пропаганда здорового образа жизни, системы дозированных физических нагрузок, ознакомление с навыками формирования позитивного мышления); проведение тренинга, направленного на развитие актуальных социально-психологических качеств специалистов.

Особенностью проведения психотерапии был перенос акцента от индивидуальных методов к групповым, от поддерживающих к адаптивным и стабилизирующим, повышающим психическую продуктивность.

Проведение психотерапии начиналось с индивидуальных форм работы, формирования доверительных отношений между сотрудником и психотерапевтом, определения круга проблем, с дальнейшим присоединением рациональной, когнитивной психотерапии. Практически одновременно проводилось обучение аутогенной тренировке, сеансы внушения с использованием музыкотерапии, способствующие релаксации и восстановлению психической активности. На этом этапе отмечалась незначительная положительная динамика за счет улучшения понимания сущности болезненных проявлений, уменьшения настороженности, ослабления механизмов сопротивления психотерапевтическому вмешательству, вследствие чего происходило уменьшение внутренней тревоги и напряжения. В дальнейшем происходило формирование групп и смещение акцента на групповые формы психотерапии (личностно-ориентированную психотерапию с элементами гештальт-терапии).

С целью оценки эффективности разработанного комплекса были сформированы три группы из числа лиц, имеющих невротические расстройства и репрезентативные гендерно-возрастные особенности: основная и две группы сравнения.

В основной группе была реализована комплексная система психотерапевтических мероприятий, которая включала: рациональную психотерапию, когнитивно-поведенческую, обучение аутогенной тренировке, суггестивную психотерапию, музыкотерапию, в виде «невербальной суггестии»,

групповую психотерапию с использованием элементов гештальт-терапии, проведение психопрофилактических занятий с целью улучшения информированности сотрудников о причинах и механизмах формирования невротических расстройств, их клинической картины и течения, возможностей их предотвращения, а также психогигиенические мероприятия. В первой группе сравнения проводился комплекс психотерапевтических мероприятий, меньших по объему, включающих в себя рациональную психотерапию, обучение аутогенной тренировке и психогигиенические мероприятия. В группе сравнения проводилась только психогигиенические мероприятия.

Критериями оценки эффективности вмешательства служили динамика клинических проявлений и данные психодиагностического обследования.

Среднее значение показателей в группах до проведения психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий статистически не отличались ($p > 0,05$).

Наибольшая эффективность предложенного комплекса наблюдалась при использовании полного объема лечебно-профилактических мероприятий. Об этом свидетельствовали данные, полученные в ходе проведения клинического интервью и в процессе индивидуальной психотерапевтической работы с сотрудниками. Положительный эффект проявлялся в добровольном посещении мероприятий, увеличении количества посещавших, их большей заинтересованности. В 2 отделениях банка и отделениях пенсионных фондов были открыты «комнаты доверия», где велся прием 1 раз в две недели с теми, кто имел проблемы, нуждающиеся в дополнительной индивидуальной коррекции.

Клинический эффект характеризовался снижением утомляемости, повышением психической продуктивности, улучшением сна. Положительные изменения сопровождались ростом уверенности в себе и своих силах, повышением уровня производительности в повседневных делах и социальной активности. Отмечалось снижение внутренней напряженности, уменьшение тревоги и беспокойства. Обследуемые отмечали улучшение настроения, уменьшение амплитуды эмоциональных колебаний и раздражительности,

усиление контроля эмоций. Лучшее понимание своих переживаний, способствовало уменьшению их значимости, формированию новых адаптивных способов преодоления психотравмирующих ситуаций, улучшению интерперсональных и производственных отношений, оптимизации психологического климата в коллективах, улучшения ритма работы предприятий в целом.

Рост качества взаимодействия в процессе производственной деятельности, гармонизация внутреннего состояния сотрудников оказывали положительное влияние на производительность труда, что выразилось в снижении частоты выдачи листов нетрудоспособности, уменьшении сроков временной нетрудоспособности, повышении качества обслуживания клиентов, что в свою очередь приводило к уменьшению общей социальной напряженности.

Данная положительная динамика была отражена в положительных отзывах руководства подразделений.

Положительная динамика психического состояния подтверждалась данными психодиагностического обследования и выражалась в статистически значимом ($p < 0,001$) снижении в основной группе показателей невротизации до $17,0 \pm 0,8$ баллов, реактивной и личностной тревожности до $41,4 \pm 0,6$ баллов и $44,5 \pm 0,7$ баллов, депрессии до $47,0 \pm 0,9$ баллов, а также повышении стрессоустойчивости, что соответственно отражалось в снижении показателя по шкале Холмса-Раге $121,5 \pm 11,4$ баллов.

Положительная динамика психического состояния подтверждалась данными психодиагностического обследования и выражалась в статистически значимом ($p < 0,001$) снижении в основной группе показателей невротизации до $17,0 \pm 0,8$ баллов, реактивной и личностной тревожности до $41,4 \pm 0,6$ баллов и $44,5 \pm 0,7$ баллов, депрессии до $47,0 \pm 0,9$ баллов, а также повышении стрессоустойчивости, что соответствовало снижению показателя по шкале Холмса-Раге до $121,5 \pm 11,4$ баллов.

Меньшая выраженность положительной динамики в первой группе сравнения была обусловлена меньшим объемом проводимых мероприятий. В

первой группе сравнения показатель невротизации снизился после проведения вмешательства до $22,8 \pm 0,5$ баллов, но был более высоким, чем в основной группе. Аналогичная динамика отмечалась в отношении показателей реактивной и личностной тревожности – определялось незначительное снижение показателя до $44,5 \pm 0,6$ и $46,4 \pm 0,7$ баллов, депрессии до $49,8 \pm 0,8$ баллов, умеренно выраженное повышение стрессоустойчивости – снижение показателя до $145,7 \pm 11,0$ баллов.

При проведении только психогигиенических мероприятий во второй группе сравнения положительной динамики не выявлено.

Таким образом, клиническая эффективность разработанной системы психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий позволяет рекомендовать ее для внедрения в практику работы финансово-кредитных и лечебно-оздоровительных учреждений.

ВЫВОДЫ:

1. В диссертационном исследовании с позиции системно-интегративного подхода представлено теоретическое обоснование и новое решение актуальной задачи современной психиатрии – разработки и внедрения системы ранней диагностики, психотерапии, психопрофилактики и психогигиены у сотрудников финансово-кредитных учреждений с невротическими расстройствами.

2. Распространенность невротических расстройств среди служащих финансово-кредитных учреждений составила $46,3 \pm 3,0\%$ от общего числа обследованных: $35,2 \pm 2,9\%$ сотрудники банка и $11,1 \pm 1,1\%$ сотрудники ОПФ. Среди банковских служащих удельный вес невротических расстройств составил $45,5 \pm 3,4\%$ среди сотрудников пенсионного фонда $49,2 \pm 6,4\%$, достоверных различий выявлено не было ($p < 0,05$).

3. Основными стрессогенными факторами профессиональной деятельности, сопряженных с риском формирования стойкого интрапсихического и психосоциального дисбаланса, формирования невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений являются:

- частые изменения единой платформы требований и режима функционирования, обусловленные экономической и социально-правовой нестабильностью;
- снижение возможности контроля темпа работы (у $41,6 \pm 3,4\%$ сотрудников банка и $49,2 \pm 6,2\%$ сотрудников ОПФ);

- неравномерность и нерегулярность профессиональной нагрузки: сотрудники банка статистически чаще воспринимали нагрузку в течение месяца как «неравномерную и нерегулярную» ($55,5 \pm 3,4\%$), сотрудники ОПФ - как «неравномерную с большей интенсивностью в конце месяца» ($50,9 \pm 6,4\%$);

- конфликтные ситуации, связанные с непосредственным взаимодействием с клиентами и с необходимостью выполнения часто изменяющихся профессиональных требований и нормативов ($4,59 \pm 0,35$ и $1,46 \pm 0,09$ случаев в неделю);

- страх штрафных санкций за недостаточно качественное выполнение функциональных обязанностей и требований руководства: умеренно выраженный

- у $65,1 \pm 3,3\%$ и $54,1 \pm 6,4\%$, значительно выраженный - у $22,0 \pm 2,9\%$ и $44,3 \pm 6,4\%$. Установлено, что $34,0 \pm 3,3\%$ и $47,5 \pm 6,4\%$ сотрудников испытывают при возникновении конфликтных ситуаций чувство тревоги и беспокойства, но вынуждены скрывать свои чувства и контролировать их проявление;

Воздействие этих факторов сопровождалось ростом нервно-психического напряжения ($60,3 \pm 3,4\%$ случаев у работников банка, что статистически чаще, чем в группе работников ПФ - $41,0 \pm 6,3\%$), умеренным ($62,2 \pm 3,4\%$ и $62,3 \pm 6,2\%$) или выраженным ($20,1 \pm 2,8\%$ и $16,4 \pm 4,7\%$) снижением работоспособности, установкой на нормализацию условий работы ($45,0 \pm 3,4\%$ и $50,8 \pm 6,4\%$) или стремлением к смене профессии и места работы ($9,6 \pm 2,0\%$ и $8,2 \pm 3,5\%$).

4. Структура невротических расстройств у сотрудников ФКУ характеризовалась нерезко выраженными состояниями субъективного дистресса в виде расстройства адаптации со смешанной тревожно-депрессивной реакцией - F43.22 ($25,8 \pm 3,0\%$ банковских сотрудников, $41 \pm 6,3\%$ сотрудников ОПФ), расстройства адаптации с пролонгированной депрессивной реакцией - F43.21 ($8,1 \pm 1,8\%$ и $1,6 \pm 1,6\%$) и начальной стадии неврастения F48.0 ($11,5 \pm 2,2\%$ и $6,6 \pm 3,2\%$). Выявленные невротические расстройства существенно не препятствовали профессиональному функционированию сотрудников финансово-кредитных учреждений, но обуславливали необходимость проведения психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий.

Клиническая картина невротических расстройств характеризовалась симптомами тревоги, неуверенности, переживания неспособности справиться в полном объеме с текущими ситуациями, беспокойства по поводу будущего, а также снижением продуктивности в текущих делах.

5. По данным психодиагностического обследования у лиц с невротическими расстройствами преобладали состояния эмоционального дисбаланса с повышением уровня невротизации до $21,89 \pm 0,45$ баллов, показателя личностной тревожности до $47,14 \pm 0,54$ баллов и показателя депрессии до $51,33 \pm 0,52$ баллов, а также достоверное снижение уровня стрессоустойчивости по сравнению с

здоровыми лицами до $167,9 \pm 9,0$ баллов ($p < 0,001$). Достоверных различий между группами сотрудников банка и ОПФ не выявлено ($p > 0,05$).

6. С целью наиболее раннего выявления контингента, нуждающегося в лечебно-профилактических мероприятиях, создана нелинейная нейросетевая модель (экспертная система) прогнозирования риска развития невротического состояния у служащих финансово-кредитных учреждений. Чувствительность модели составила 74,7% (95%ДИ 65,4% – 83,0%), специфичность 72,0% (95%ДИ 63,7% – 79,6%).

В результате отбора значимых переменных данной модели выявлены четыре факторных признака: выраженность нервно-психического напряжения, стремление к изменениям условий труда, оценка равномерности нагрузки в течение месяца, страх штрафных санкций.

При определении их значимости для прогнозирования риска развития невротического состояния и адекватности многофакторной математической модели рассчитывалась площадь под ROC-кривой (Area Under Curve – AUC).

7. Разработана, научно обоснована и оценена эффективность с позиций доказательной медицины комплексная система мер психотерапии, психопрофилактики и психогигиены невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений, базирующихся на принципах комплексности, дифференцированности и последовательности современных методов рациональной, когнитивно-поведенческой, суггестивной (внушение) психотерапии, музыкотерапии, в виде «невербальной суггестии» в сочетании с аутогенной тренировкой, групповой психотерапией с использованием элементов гештальт-терапии. При проведении психотерапии осуществлялся перенос акцента от поддерживающих методов, особенно в группе риска, к адаптивным и стабилизирующим, повышающим психическую продуктивность.

Психопрофилактика заключалась в раннем выявлении лиц с высоким риском развития невротических расстройств, благодаря использованию нелинейной 4-х факторной нейросетевой модели прогнозирования, проведении тематических занятий о причинах и механизмах формирования невротических

расстройств, их клинической картины и течения, возможностей их предотвращения, с учетом клинико-патогенетических особенностей невротических расстройств у данного контингента. С целью восстановления оптимального уровня реактивности, повышения психологической устойчивости, использовалась аутогенная тренировка с акцентом на релаксации, обучение приемам саморегуляции, проведение разъяснительной психотерапии с использованием элементов когнитивной психотерапии.

Система психогигиенических мероприятий включала в себя: проведение групповых занятий со служащими (пропаганда здорового образа жизни, системы дозированных физических нагрузок, ознакомление с навыками формирования позитивного мышления); проведение тренинга, направленного на развитие актуальных социально-психологических качеств специалистов.

8. Наибольшая эффективность предложенного комплекса с положительной динамикой клинического состояния и психодиагностических показателей наблюдалась при использовании полного объема лечебно-профилактических мероприятий. Это выражалось в статистически значимом ($p < 0,001$) снижении показателей невротизации ($17,0 \pm 0,8$ баллов), реактивной и личностной тревожности ($41,4 \pm 0,6$ баллов и $44,5 \pm 0,7$ баллов), депрессии ($47,0 \pm 0,9$ баллов), а также повышении стрессоустойчивости ($121,5 \pm 11,4$ баллов).

Клинический эффект характеризовался улучшением настроения, снижением амплитуды эмоциональных колебаний, раздражительности, уменьшением утомляемости, повышением психической трудоспособности, улучшением сна, ростом уверенности в себе, повышением уровня производительности в повседневных делах и социальной активности, уменьшением выраженности тревоги и беспокойства, формированием новых адаптивных способов преодоления психотравмирующих ситуаций, связанных с работой и интерперсональными взаимоотношениями.

При использовании редуцированного комплекса психотерапии, психопрофилактики и психогигиены в первой группе сравнения выраженность положительной динамики была ниже.

При проведении только психогигиенических мероприятий во второй группе сравнения положительной динамики не выявлено.

Разработанная и внедренная нами система психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий позволила повысить уровень психического здоровья сотрудников финансово-кредитных учреждений, снизить риск развития у них невротических расстройств. Это способствовало повышению эффективности их труда за счет оптимизации психологического климата в коллективах и улучшения взаимодействия между сотрудниками и при работе с клиентами.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абрамов В.А. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы [Текст]: монография / В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Г. Г. Путятин. - Донецк: Каштан, 2014. - 295 с.
2. Абрамов В.А. Стандарты моноосевой диагностики в психиатрии [Текст] / В.А. Абрамов. - Донецк, 2004. - 272 с.
3. Абрамов В.А., Табачников С.И., Подкорытов В.С. Основы качественной психиатрической практики [Текст] / В.А. Абрамов, С.И. Табачников, В.С. Подкорытов. - Донецк: Каштан, 2004. - 248 с.
4. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: Руководство для врачей-психиатров, психологов и социальных работников [Текст] / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. - Донецк: Каштан, 2006. - 268 с.
5. Абрамов А.В. Невротические и неврозоподобные расстройства у сотрудников милиции, увольняемых в запас [Текст] / А.В. Абрамов // Архів психіатрії.— 2004.— Т. 10. - № 3 (38).— С. 47–50.
6. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии [Текст]: [перевод с английского] / А. Адлер. - Москва: Академический проект, 2007. - 232 с.
7. Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. Серия "Практические руководства" [Текст] / Ю.А.Александровский. - М: Литтерра (Litterra), 2010. - 272 с.
8. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства [Текст] / Ю.А.Александровский. - М.: Медицина, 2000. - 496 с.
9. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства: клинико-социальная оценка и терапевтические возможности [Текст] / Ю.А.Александровский // XIV съезд психиатров России: материалы съезда, г. Москва, 15-16 нояб. 2005г. - М., 2005. - С. 155.
10. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация [Текст] / Ю.А. Александровский. — М.: Медицина, 1976. - 270 с.
11. Александров А.А. Интегративная психотерапия [Электронный ресурс]: учебное пособие / А.А. Александров. - СПб.: Питер, 2010. - 352 с. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/product.php?productid=21541&cat=1094&page=1>
12. Антипова О.С. Расстройства адаптации: Современные подходы к диагностике и терапии [Текст] / О.С. Антипова // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2012. - Т. 14. - № 6. - С. 22-27.
13. Артамонова Л.Н., Леонова А.Б. Организационный стресс у сотрудников банка [Текст] / Л.Н. Артамонова, А.Б. Леонова // Вестник Московского университета. - Сер. 14. Психология. - 2009. - N 1. - С. 39-52.
14. Ахмедов Т.И. Психотерапия в особых состояниях сознания /Т.И. Ахмедов, М.Е. Жидко - М.: АСТ; Харьков: Фолио, 2003. - 768с.

15. Барабанщикова В.В., Кузьмина Н.В. Анализ профессионального стресса банковских служащих [Текст] / В.В. Барабанщикова // Национальный психологический журнал. – Москва: Московский государственный университет им. Ломоносова. – 2010. – №1(3). – С. 118-121.
16. Бек Д.С. Когнитивная терапия: полное руководство [Текст] / Д.С. Бек; Пер. с англ. - М.: ООО "И.Д. Вильямс", 2006. - 400 с.
17. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека [Текст] / Ф.Б. Березин. - Л.: Наука, 1988. – 270 с.
18. Биик Дж.У. Тренинг преодоления социофобии. Руководство по самопомощи [Текст] / Дж.У. Биик; Пер. с англ. И. Рассказова, Н. Рассказовой. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. — 226 с.
19. Бодров В.А. Современные исследования фундаментальных и прикладных проблем психологии профессиональной деятельности [Текст] / В.А. Бодров // Психологический журнал. – 2008. – Т. 29, № 5. – С. 83–90.
20. Борисов Ю.А. Смысловая сфера сознания и самосознания успешных и неуспешных менеджеров среднего звена [Текст] / Ю.А. Борисов, И. Кудрявцев // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24, № 1. – С. 91–103.
21. Букин М. Новые технологии управления персоналом в российском банке [Текст] / М. Букин // Банк. технологии. - 2002. - №3. - С. 50-53.
22. Булюбаш И.Д. Руководство по гештальт-терапии [Текст] / Руководство по гештальт-терапии / И. Д. Булюбаш. - 2-е изд. - Москва: Психотерапия, 2008. – 765.
23. Бурцев А.К. Невротические расстройства у работников вычислительных центров (эпидемиология, клиника, динамика и профилактика) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Бурцев Александр Константинович. — Харьков, 1996.— 26 с.
24. Вахов В.П. Специфические особенности аутотренинга у лиц с различными реакциями адаптации [Текст] // Психотерапия: от теории к практике / Материалы Второй Всерос. учебно-практич. конференции по психотерапии (16- 21 июня 1997 г. - М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 1997. - С. 158-159.
25. Винокур В.А., Агапова Е.В. Аффективные расстройства и самооценка здоровья у государственных служащих в процессе профессионального «выгорания» [Электронный ресурс] / В.А. Винокур, Е.В. Агапова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 1 (18). – URL: <http://medpsy.ru>
26. Виттхен Г.-У. Энциклопедия психического здоровья [Текст] / Г.-У. Виттхен; пер. с нем. И.Я. Сапожниковой, Э.Л. Гушанского. — Москва: Алетейа, 2006. — 552 с.
27. Ведяев Ф.П., Воробьева Т.М. Модели и механизмы эмоциональных стрессов [Текст] / Ф.П. Ведяев. - Киев: Здоров'я, 1983. - 136 с.
28. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика [Текст] / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.

29. Волгина О.Н. Мотивация труда персонала финансово-кредитных организаций [Текст] / О.Н. Волгина, Ю.Г. Одегова. - М.: Экзамен, 2002. - 128 с.
30. Воробьев В.М., Коновалова Н.Л. О профилактике и терапии нарушений психической адаптации [Текст] / В.М. Воробьев // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 1993. - №1. - С. 71-72.
31. Воробьев В.М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии [Текст] / В.М. Воробьев // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. - 1993. - №2. - С.33-39.
32. Володина К.А. Профессионально-психологическое сопровождение резерва кадров системы пенсионного фонда Российской Федерации (на примере Тюменской области) [Текст] / К.А.Володина // Проблемы современного педагогического образования. – 2017. – 56(3). – С. 308-315.
33. Гаранян Н. Г., Юдеева Т.Ю. Структура перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами [Текст] / Н.Г. Гаранян, Т.Ю. Юдеева // Психологический журнал. - 2009. - № 6. - С. 93–102.
34. Гибсон Дж. Организации: поведение, структура, процессы [Текст] / Дж. Гибсон. – М.: Инфра-М, 2000. – 662 с.
35. Дауд Е.Т. Когнитивная гипнотерапия / Е.Т. Дауд. — СПб.: Питер, 2003. — 224 с.
36. Деева А.И.. Финансы: Учебное пособие [Текст] / А.И. Деева. - 2-е изд. перераб. и доп. - М.: Издательство «Экзамен», 2004. - 416 с.
37. Егоров Б.Е. Рациональная психотерапия: теория и практика: (Пособие для врачей) / Б.Е. Егоров; М-во здравоохранения Рос. Федерации. Рос. мед. акад. последиплом. образования. - М.: Рос. мед. акад. последиплом. образования, 2003. - 57 с.
38. Ильясов, С.М. О мотивации персонала коммерческого банка [Текст] / С.М. Ильясов // Банковское дело. - 2010. - № 4 . - С.68-71.
39. Кабаченко Т.С. Психология в управлении человеческими ресурсами: Учебное пособие / Т. С. Кабаченко. — СПб.: Питер, 2003. — 400 с.
40. Кабаченко Т.С. Ценностные ориентации персонала как отражение противоречивой организационной среды [Текст] / Т. С. Кабаченко // Современные проблемы психологии управления. – М., 2002. – С. 26–32.
41. Кайрова Ю.В. Социально-гигиенические и медико-психологические факторы риска нарушения здоровья работников умственного труда [Текст]: автореф. на соиск. ученой степ. канд. мед. наук: 14.00.33 / Кайрова Юлия Вадимовна. - М., 2007. - 31 с.
42. Капрара Дж. Психология личности / Дж. Капрара, Д. Сервон. - СПб: Питер. – 2003. – 640 с.
43. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учеб. для вузов / Под ред. Б. Д.Карвасарского. — 2-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Питер, 2002. — 672 с.
44. Карвасарский Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.

45. Карвасарский Б.Д. — Групповая психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского, С. Ледера. - М.: Медицина, 1990. — 384 с.
46. Картрайт С., Купер К. Стресс на рабочем месте / С.Картрайт, К.Купер; пер. с англ. - Харьков: Гуманитарный центр, 2004. - 236 с.
47. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов [Текст] / А. Карелин. — М. : Эксмо, 2007. — 416 с.
48. Кассинов Г. Психотерапия гнева: полное практическое руководство [Текст] / Г. Кассинов, Р.Ч. Тафрейт; Пер. с англ. М. Гневко, А. Никонова. — М.: АСТ; СПб.: Сова, 2006. — 477 с.
49. Когнитивно-бихевиоральный подход в психотерапии и консультировании: Хрестоматия [Текст] / Сост. Т. В. Власова. — Владивосток: ГИ МГУ, 2002. — 110 с.
50. Комер Р. Патопсихология поведения: Нарушения и патологии психики / Р. Комер; пер. с англ. - СПб.: Прайм-Еврознак: Изд. нева "Нева". - М.: Олма-пресс, 2002. - 604 с.
51. Кори Д. Теория и практика группового консультирования / Д. Кори; Пер. с англ. Е. Рачковой. - 5-е международное издание. - Москва: ЭКСМО, 2003. - 637 с.
52. Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: Теория и практика: Учебное пособие / Р. Кочюнас; пер. с литовского В. Матулявичене. - М.: "Академический Проект", 2000. - 240 стр.
53. Кузовков А.Д., Кубланов В.С. Профилактика дезадаптационных расстройств, обусловленных профессиональным стрессом [Электронный ресурс] / А.Д. Кузовков, В.С. Кубланов и др. // Педагогическое образование в России. - 2016. - № 6 - с. 199-205. — Режим доступа: journals.uspu.ru/attachments/article/1251/32.pdf
54. Куликов, Л.В. Психогигиена личности: вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учебное пособие / Л.В. Куликов. — Санкт-Петербург: Питер, 2004. — 464 с.
55. Леонова А.Б., Чернышева О.Н. Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития: хрестоматия [Текст] / А.Б. Леонова, О.Н. Чернышева. - М.: Радикс, 1995. - 448 с.
56. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии [Текст] / Р. МакМаллин; Пер. с англ. — СПб.: Речь, 2001. — 560 с.
57. Мейер М., Чессер Э. Методы поведенческой терапии / М. Мейер, Э. Чессер. - СПб.: «Речь», 2001. - 256 с.
58. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 960 с.
59. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні [Электронный ресурс] // «Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия» - 2010. - №5(24) - <http://neuronews.com.ua/page/stan-psihichnogo>
60. Менделевич Д.М., Орлов Г.В., Яхин К.К. Преклинические психические расстройства у банковских служащих [Текст] / Д.М.Менделевич, Г.В.

- Орлов, К.К. Яхин // Практическая медицина – Казань: Казанская государственная медицинская академия. – 2009. - №38. - С.60-62.
61. Мирошник Е. В. Психологические особенности и средства формирования антистрессорного поведения менеджеров банка в условиях финансового кризиса. [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук: 19.00.03. - Москва, 2010. – 27 с.
 62. МКБ – 10: Теория и практика психиатрии [Текст] / под общ. ред. проф. В.А.Абрамова. – Донецк: ОАО «УкрНТЭК», 2000. – 198 с.
 63. Мякотных В.С. Стресс-индуцированные расстройства [Текст] / В.С. Мякотных, М.Н. Торгашов. - СПб: ЗАО «Моби Дик», 2015. – 216 с.
 64. Незнанов Н.Г. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике: [практ. рук.] / Под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. - СПб.: Питер, 2008. – 528 с.
 65. Немиринский О.В., Федорус И.В. Принципы и методы интенсификации психотерапевтического процесса в группах [Текст] / О.В. Немиринский, И.В. Федорус // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. - № 1. – С.102-109.
 66. Овчинников, Б.В. Психическая предпатология: превентивная диагностика и коррекция [Текст] / Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, Л.В. Богданова. - Санкт-Петербург: ЭЛБИ-СПб, 2010. – 366 с.
 67. Овчинников Б.В. Технологии сохранения и укрепления психического здоровья [Текст] / Б. В. Овчинников, Г. П. Костюк, И. Ф. Дьяконов. - 2010. – 304 с.
 68. Орлов Г.В. Влияние условий труда банковских служащих на состояние их психического здоровья [Текст] / Г.В. Орлов // Практическая медицина. – Казань: Казанская государственная медицинская академия. - 2009. - № 06. – С.37-39.
 69. Орлов Ю.М. Оздоровляющее (саногенное) мышление [Текст] / Ю.М. Орлов. - М.: Слайдинг, 2007. – 96 с.
 70. Паттерсон С. Теории психотерапии / С. Паттерсон, Э. Уоткинс; Пер. с англ. - 5-е изд. - СПб.: Питер, 2003. - 544 с.
 71. Положий Б.С. Стрессы социальных изменений и расстройства психического здоровья [Текст] / Б.С. Положий // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 1996. - №1-2. - С. 136-149.
 72. Пионтковская Ю.А. Проблема эмоционального выгорания банковских работников [Электронный ресурс] / Ю.А. Пионтковская // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. - Электрон. журн. – Курск, 2011. - 11. - режим доступа к журн.: <http://www.jurnal.org/articles/2011/psih10.html>.
 73. Пинчук И.Я. Распространенность психических расстройств в Украине [Текст] / И.Я. Пинчук (Представлено чл.-кор. АМН Украины В. В. Безруковым) // “Журн. АМН України”. – 2010. - т. 16 № 1. — С. 168–176.
 74. Пінчук І.Я. Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2008-2012 р.р. [Текст] / Богачев Р.М., Хобзей М.К., Петриченко О.О. / І.Я. Пінчук // Архів психіатрії. - 2013. – Т.19, №1(72). – С. 11-17.

75. Полякова О.Б. Психогигиена и профилактика профессиональных деформаций личности [Текст] / О.Б.Полякова. - М.: МПСИ, 2008. - 304 с.
76. Психическое здоровье населения Российской Федерации в период 1992-2010 гг. (эпидемиологический аспект) [Текст] / И.А. Митихина, В.Г. Митихин и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2013. - № 9. - С. 4-13.
77. Практика управления человеческими ресурсами [Текст] / М.Армстронг; Пер. с англ. – 10 изд. - СПб.: Питер, 2010. - 400 с.
78. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности: учебное пособие [Текст] / С.А. Боровикова, Т.П. Водолазская, М.А. Дмитриева, Л.Н. Корнеева; Ред. Г.С. Никифоров; Санкт - Петербургский государственный университет. - СПб: Изд-во СПбГУ, 1991. - 152 с.
79. Пыжик Г. Психологическое сопровождение деятельности банковских служащих [Текст] / Г. Пыжик // Банковский вестник. – Минск: Национальный банк республики Беларусь. - 2007 - № 6. - с. 29-31.
80. Радченко В.Г. Вопросы стратегии и тактики профилактики дозоналогических состояний и заболеваний внутренних органов: руководство для врачей [Текст] / В.Г. Радченко, В.К. Козлов [и др.] / под ред. В.Г. Радченко. – М.: 4 ТЕ Арт, 2011. – 400 с.
81. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие / Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Бахрах-М, 2001. — 672 с.
82. Райхлина Н.А. Внутриличностные конфликты работников бюджетной сферы [Электронный ресурс] / Н.А. Райхлина // Отдел кадров бюджетного учреждения. – 2008. – № 2. – Режим доступа: <https://www.lawmix.ru/bux/43655/>
83. Роджерс, К. Клиент-центрированная терапия [Текст] / К. Роджерс ; пер. с англ. Т. Рожковой. - М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2002. - 512 с.
84. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика [Текст] / К.Э. Рудестам; пер. с англ. А. Голубева. – К.: PSYLIB, 2004. – 384 с.
85. Самоукина Н.В. Искусство управления персоналом банка [Текст] / Н.В. Самоукина. — М.: Русская Деловая литература, 1997. — 208 с.
86. Стрепетова А.Д. Особенности мотивации персонала государственных учреждений (на примере пенсионного фонда России) [Электронный ресурс] / А.Д. Стрепетова // Электронный вестник Ростовского социально-экономического института. – 2014. - № 4 (октябрь - декабрь). – С. 177-184. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-motivatsii-personala-gosudarstvennyh-uchrezhdeniy-na-primere-pensionnogo-fonda-rossii>
87. Старыгина В. Адаптация к новому функционалу [Текст] / В. Старыгина // Кадровик. – 2009. - № (33)8. - С. 14-17.
88. Сандомирский М.Е., Белгородский Л.С. Типология личности и периодизация психического развития в социально-профессиональной адаптации / М.Е.Сандомирский // Некоторые вопросы совершенствования профориентации учащейся молодежи в условиях перехода к рыночной

- экономике: сб. науч. трудов. - Уфа: Башкирский пед. институт, 1996. - С. 12-15.
89. Сандомирский М.Е. Защита от стресса. Физиологически-ориентированный подход к решению психологических проблем (Метод РЕТРИ) [Текст] / М.Е. Сандомирский. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. - 336 с.
 90. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги [Текст] / Ч.Д. Спилбергер // Стресс и тревога в спорте. - М.: Спорт, 1983. - С. 55-70.
 91. Сидоров П. Синдром эмоционального выгорания [Текст] / П. Сидоров // Медицинская газета. - 2005. - 8 июня (№ 43). - с 2.
 92. Сукиасян С.Г. Стресс и постстрессовые расстройства: личность и общество [Текст] / С.Г. Сукиасян, А.С. Тадевосян и др. - Ер.: Асогик, 2003. - 348 с.
 93. Табачников С.И., Первый В.С. Фобии: клиника, диагностика, лечение, профилактика: Монография [Текст] / С.И. Табачников, В.С. Первый. - Д.: Арт-пресс, 2005. - 348 с.
 94. Управление человеческими ресурсами (современные подходы к пониманию социальных условий как факторов мотивации) [Текст] / Н.Л. Захаров, Б.Т. Пономаренко, М.Б. Перфильева // Управление настроением персонала в организации: учеб. пособие. - М., 2009. - Гл.2.3. - С. 125-138.
 95. Управление персоналом организации: Учебник [Текст] / Государственный Университет Управления; Под ред. А.Я. Кибанова. - 3-е изд., доп. и перераб. - М.: ИНФРА-М, 2008. - 638 с.
 96. Харитонов С.В. Руководство по когнитивноповеденческой психотерапии [Текст] / С.В. Харитонов. — М.: Психотерапия, 2009. — 176 с.
 97. Цай П.А. Система методов недирективного подхода в психотерапии [Текст]: руководство по косвенной психотерапии / П.А. Цай. - Х.: Ритм плюс, 2006. - 267 с.
 98. Чермянин С.В. Методологические аспекты диагностики нервно-психической неустойчивости у специалистов экстремальных видов деятельности [Текст] / С.В. Чермянин, В.А. Корзунин, В.В. Юсупов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. - 2008. - № 4. - С. 49-53.
 99. Шушарджан С.В. Руководство по музыкотерапии [Текст] / С.В. Шушарджан. - М.: Медицина, 2005 (ППП Тип. Наука). - 478 с.
 100. Щербатых Ю.В. Психология стресса [Текст] / Ю.В. Щербатых. — М.: Эксмо, 2008. — 304 с.
 101. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции: Монография [Текст] / Ю.В. Щербатых. — СПб.: Питер, 2007. — 256 с.
 102. Эпидемиологические модели влияния социально-экономических факторов на показатели психического здоровья населения Российской Федерации в период 1992-2008 гг. [Текст] / И.А. Митихина, В.Г. Митихин и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2012. - №4. - С. 4-10.

103. Ambrosi L., Zefferino R., Fischetti F. Attività lavorativa in ambito bancario e rischio psichico, studio dell'organizzazione del lavoro e della tipologia delle mansioni ("Work activities in banks and psychic risks, organization study and type of tasks") [Electronic resource] / L. Ambrosi, R. Zefferino, F. Fischetti. – Electron. text data. - ISPESL, Università di Foggia, 2006. - Access mode: - http://www.csspd.it/download/ALLEGATI CONTENUTI/310706_Ambrosi_Zefferino_Fischetti_studio.pdf
104. Balestro S., M. Ciani, D. Ferrazza Stress in ambiente bancario ("Stress in banking environment") [Electronic resource] / S. Balestro, M. Ciani, D. Ferrazza et al. – Electron. text data. - 2005. - Access mode: <http://www.fiba.it/iniziativa-documenti/ricerche/indagine-stress/stress-in-ambiente-bancario.pdf>
105. Barbier M, Peters S, Hansez I. Measuring positive and negative occupational states (PNOSI): Structural confirmation of a new Belgian tool [Text] / M. Barbier, S. Peters, I. Hansez. - Psychologica Belgica. - 2009. - № 49(4). – p.p. 227-247.
106. Beler D., Yanat Z. L'éthique manageriale : responsabilité sociale et enjeu de performance durable pour l'entreprise [Text] / D. Beler, Z. Yanat // Responsabilité sociale de l'entreprise. Pour un nouveau contrat social. - De Boeck Supérieur, 2006. – P. 169-184.
107. Broughton A. Work-related stress [electronic resource] / Andrea Broughton. - European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010. - Access mode: <https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/comparative-information/work-related-stress>
108. Caillard J.F. Malaise au travail / Le point de vue de la médecine du travail [Texte] / J.F. Caillard. - Trouville : AMEDOC, 2006. - 95 p.
109. Chapman L. Stress in the City [Electronic resource] / L. Chapman. - Therapy Today. - 2012 – № 2. - Vol. 23. - Iss. 1. – p.p. 14–18. - Access mode: http://www.bacp.co.uk/docs/pdf/15271_therapy%20today%20february%202012%20.pdf
110. Commission of the european communities. WHITE PAPER Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013 (2008-2013) [Electronic resource] / Brussels, 2007 - Access mode: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf
111. Cox T., Leka S. Work, employment and mental health in Europe [Text] / T. Cox, S. Leka et al. // Work & Stress. – 2004. - Vol.18 – № 2. - PP. 179-185.
112. Davis M., Eshelman E.R., McKay M. The relaxation and stress reduction workbook [Text] / M. Davis, E.R. Eshelman, M. McKay. — Oakland, USA: New Harbinger Publications Inc., 2008. — 294 c.
113. Deriot G. Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action [Texte] / G. Deriot. - Senat session extraordinaire № 642 de 2009-2010 (rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales par la mission d'information sur le mal-être au travail). - Tome I. - Access mode: <http://www.senat.fr/rap/r09-642-1/r09-642-11.pdf>

114. Dewa C.S., McDaid D. Investing in the mental health of the labour force: epidemiological and economic impact of mental disorders in the workplace [Text] / C.S. Dewa, D. McDaid // Work Accommodation and Retention in Mental Health / Schultz I.Z., Rogers E.S. - New York: Springer, 2011. - pp. 33-52.
115. Direction de SRM Consulting LIVRE BLANC: Stress au travail Comment l'appréhender, comment le mesurer? [Text] / Etudes de performance sociale. - Paris: SRM Consulting, 2008. - 109 p.
116. Lisbon Strategy: EU goal for economic growth and competitiveness. Targets towards full employment and greater social inclusion [Electronic resource]
http://europa.eu/legislation_summaries/regional_policy/review_and_future/g24_246_en.htm
117. Domenighetti G., Quaglia J., Fahrlander A., M. Health Effects of Stress and Insecurity among Employees in the Banking Sector - Comparison with Employees in other Sectors [Electronic resource] / Université de Lausanne, Faculté des HEC, DEEP in its series Cahiers de Recherches Economiques du Département d'Econométrie et d'Economie politique (DEEP) with number 04.14., 2004 – 16 p. <http://www.hec.unil.ch/deep/publications/cahiers/series>
118. European Agency for Safety and Health at Work. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health [Text] / Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007. — 127 p.
119. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound), Report: Work-related stress [Electronic resource] Dublin, Publications Office of the European Union, 2010 - Access mode: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/docs/ewco/tn1004059s/tn1004059s.pdf
120. European Social Partners (ETUC, BUSINESSEUROPE, UEAPME, CEEP) (2007) [Electronic resource] / Framework Agreement on Harassment and Violence at Work - Access mode: <https://drive.google.com/file/d/0B9RTV08-rjErYURTckhMZzFETEk/view>
121. European parliament (2009). The Lisbon strategy 2009 – 2014 Briefing note for the meeting of the EMPL Committee 5 October 2009 regarding the exchange of views on the Lisbon Strategy and the EU cooperation in the field of social inclusion [Electronic resource] - Access mode: http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/empl/dv/lisbon_strategybn_/lisbonstrategybn_en.pdf
122. The European framework agreement on harassment and violence at work (ETUC, BUSINESSEUROPE, UEAPME, CEEP). (2007) Community strategy on health and safety at work (2007-2012) Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions of 21 February 2007, entitled «Improving quality and productivity at work: Community strategy 2007-2012

- on health and safety at work» [Electronic resource] - Access mode:<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=LEGISSUM:110114>
123. The European Communities (2008). Consensus Paper: Mental Health in Workplace Settings [Electronic resource] / Directorate-General for Health. - Luxembourg: services of the European Commission (OIL), 2008. - Access mode:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_workplace_en.pdf
 124. Giaccone M. Italy: EWCO car on work-related stress [Electronic resource] / M. Giaccone. – Electron. text data. - European Foundation for improvement of Living and Working Conditions. - [European Observatory of Working Life](http://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/comparative-information/national-contributions/italy/italy-ewco-car-on-work-related-stress), 2010. - Access mode: -
<https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/comparative-information/national-contributions/italy/italy-ewco-car-on-work-related-stress>
 125. Gilardi L., Fubini L. Fattori di rischio occupazionale nei call centres (Occupational risk factors in call centres) [Electronic resource] / L. Gilardi, L. Fubini. - Electron. text data. - Spoleto: Tipografia Spoletina, 2007. - Access mode: <http://www.dors.it/alleg/0201/reportmaggio2007.pdf>
 126. Gilioli R, Palmi S. Nuovi aspetti delle conseguenze della new economy sulle funzionineuropsichiche. La patologia stress correlata nei bancari che hanno subito rapina, Consorzio per il Centro di collaborazione con l'OMS, per la medicina del lavoro e l'igiene industriale [Text] / R. Gilioli, S. Palmi. - Roma: ISPESL, 2003. – 123 p.
 127. Hansez I., Mahy A., Grisard A. Le WOCCQ, un outil de diagnostic des risques psychosociaux liés au travail. Création de normes et développement d'une base de données [Text] / I. Hansez, A. Mahy, A. Grisard. - Médecine du Travail et Ergonomie. – Vol. 41. – Iss. 2. – P. 79 – 84.
 128. Hansez I, Bertrand F, Barbier M. Évaluation des pratiques de diagnostic de stress au sein d'entreprises belges: facteurs bloquants et facteurs stimulants [Text] / I. Hansez, F. Bertrand, M. Barbier. - Travail Humain (Le). – 2009. - № 72 (2). - 127-153.
 129. Hassard J., Cox T., Murawski S., Meyer S., Muylaert K. Mental health promotion in the workplace – a good practice report [Text] / J. Hassard, T. Cox, S. Murawski, K. Muylaert. - Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011. - 41 p.
 130. Hollan Haykin S. Neural networks. A Comprehensive Foundation [Text] / S. Haykin. - 2nd ed. Prentice Hall: Upper Saddle River, 1999. – 842 p.
 131. Hollands G.J., Shemilt I. Altering micro-environments to change population health behaviour: towards an evidence base for choice architecture interventions [Text] / G.J. Hollands, I. Shemilt et al. // BMC Public Health. – 2013. - Vol. 13. –p. 1218.
 132. Imran M. Job stress among employees at state bank of pakistan (SBP), an exploratory study, in Karachi [Text] / M. Imran, N. Shan, S.A. Raza, W.M. - Khan: Hamdard Institute of Management & Sciences BRP, 2010 – 72 p.

133. Knifton L., Watson V. European Network for Workplace Health Promotion. A guide to promoting mental health in the workplace: Employer's Resource [Text] / L. Knifton, V. Watson et al. // Essen: BKK Bundesverband / ENWHP Secretariat Kronprinzenstraße, 2009. – 14 p.
134. Kumar D. A Study on Job Stress of Nationalized and Non-Nationalised Bank Employees. [Electronic resource] – 2006. - Access mode: http://www.indianmba.com/Faculty_Column/FC231/fc231.html
135. Macciocu L., Rossi I. Rischi psicosociali, partecipazione attiva e prevenzione Ricerca nazionale nel settore del credito Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro [Text] / L. Macciocu, I. Rossi et al. - Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, Studio Centrone S.r.l., 2009. – 105 p.
136. Macciocu L., Rossi I., Nardella C., Stella M., Brizio L. La partecipazione attiva del lavoratore nella prevenzione dei rischi psicosociali nel settore del credito: elemento prioritario per l'attuazione di un'impresa socialmente responsabile [Text] / L. Macciocu, I. Rossi, C. Nardella, M. Stella, L. Brizio. - Prevenzione Oggi. – 2008. - Vol. 4. - № 2. – p. 17- 40.
137. Malik N. A study on occupational stress experienced by private and public banks employees in Quetta City [Text] / N. Malik. - African Journal of Business Management. – 2011. - Vol. 5 (8). - pp. 3063-3070.
138. Mageswari S.U., Prabhu N.R .V. Occupational Stress - A Study With Reference To Selected Bank Employees in Chennai Region [Text] / S.U. Mageswari, N.R .V. Prabhu. - Journal of Business and Management (IOSR-JBM). – 2014. - Vol. 16. – Iss. 5. Ver. II – p.p. 115-125.
139. McDaid D., Parsonage M., Park A. Tackling medically unexplained symptoms [Text] / D. McDaid, M. Parsonage, A. Park // Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: the Economic Case / Knapp M., McDaid D., Park A., Parsonage M. – London: Department of Health, 2011. – p. 33-35.
140. Michailidis M., Georgiou Y. Employee occupational stress in Banking [Text] / M. Michailidis, Y. Georgiou // Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation. - 2005. - V. 24. - № 2. – p. 123-137.
141. Mello P., Caminha R.M. Clinical considerations about cognitive-behavioral psychotherapy of bank employees with Post-Traumatic Stress Disorder [Text] / P. Mello, R.M. Caminha et al. // Contextos Clínic. – 2011. - vol. 4. – № 1. - pp. 1-7.
142. Mencarelli D., Di Bisceglie M., Castiglioni F. Benessere lavorativo e rischi psicosociali nella professione bancaria: una indagine in Lombardia. (Well-being at work and psychosocial risks in banking occupations: a survey in Lumbardy”) [Electronic resource] / D. Mencarelli, M. Bisceglie. Electron. text data. – 2006. - Access mode: <http://www.uilca.it/genfile.php?id=794>
143. Merkur S., McDaid D., Sassi F. Promoting Health, Preventing Disease: The Economic Case. UK higher education humanities & social sciences health &

- social welfare [Text] / S. Merkur, D. McDaid, F. Sassi. - Maidenhead: Open University Press, 2015. – 18 p.
144. Nithyanandan D.V., Subramanyam S. Occupational Stress and Mental Health of Cardiac and noncardiac Patients [Text] / D.V. Nithyanandan, S. Subramanyam. - Industrial Psychiatry Journal. – 2009. - Vol. 18. - No.2. -p.p. 108–112.
 145. Petrie A., Sabin C. Medical Statistics at a Glance / A. Petrie, C. Sabin. 2nd ed. - Malden, MA: Blackwell Publishing, 2005. – 157 p.
 146. Pappone P., Garofalo E. Valutazione dello stress organizzativo nel settore del credito [Electronic resource] / P. Pappone, E. Garofalo. - Electron. text data. - Dipartimento di Salute Mentale ASL NA1, 2008. - Access mode: <http://www.fisac.it/documenti/salute/InterventoValutazionerischiostresscreditoPappone.pdf>
 147. Pappone, P., Indagine conoscitiva per la valutazione dello stress e del disagio organizzativo in alcuni istituti bancari operanti in Puglia. Analisi d'insieme dei risultati [Survey to assess stress and organisational risk factors in banks in Puglia: an overall analysis of results] [Electronic resource] / P. Pappone. - Electron. text data. - Bari, FISAC-CGIL, 2006. - Access mode: <http://www.fisacpuglia.it/Stress/relazionePAPPONE%20BARI06%20corr.pdf>
 148. Pignoloni L. Sicurezza e salute dei lavoratori nella grande distribuzione organizzata [Electronic resource] / L. Pignoloni. – Electron. text data. - 2006. - Access mode: <http://www.iresmarche.net/attivita.htm>
 149. Sauter S.L., Colligan M.J. The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People [Text] / S.L. Sauter, W.S. Brightwell, M.J. Colligan // Department of health and human services (NIOSH), Centers for Disease Control and Prevention National Institute for Occupational Safety and Health Publication, 2002. – № 116. – 43 p.
 150. Scholar Ph.D., Gani S.H. Job Stress among Bank Employees: A Case Study of Selected Banks [Text] / Ph.D. Scholar, S.H. Gani // International Journal of Business and Management Tomorrow, 2012, Vol. 2 No. 3 – p. 1-9.
 151. Silva L.S., Pinheiro T.M., Sakurai E. Economic restructuring and impacts on health and mental distress: the case of a state-owned bank in Minas Gerais State, Brazil [Text] / L.S. Silva, T.M. Pinheiro, E. Sakurai // Cad Saude Publica. – 2007. - 23(12). – p. 2949-2958.
 152. Silva L.S., Barreto S.M. Adverse psychosocial working conditions and minor psychiatric disorders among bank workers [Electronic resource] / L.S. Silva, S.M. Barreto. - Electron. text data. - BMC Public Health. - 2010 - Access mode: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/686>
 153. Sinclair M. Fear and self-loathing in the City: a guide to keeping sane in the Square Mile [Text] / M. Sinclair. - London: Karnac Books, 2010. -246 p.
 154. Spielberger C.D., Vagg P.R., Wasala P.R. Occupational stress: job pressures and lack of support in JC Quick and L. Tetrick [Text] / C.D. Spielberger, P.R. Vagg, C.F. Wasala // Handbook of Occupational Health Psychology. - Washington: American Psychological Association, 2002. - pp. 185–200.

155. Swift P., Cyhlarova E., Goldie I., O'Sullivan C. Living in anxiety [electronic resource] / P. Swift, E. Cyhlarova, I. Goldie, C. O'Sullivan. – London, Mental Health Foundation Colechurch House 1. - Access mode: <https://www.mentalhealth.org.nz/assets/A-Z/Downloads/Living-with-anxiety-report-MHF-UK-2014.pdf>
156. Taylor L., Taske N. Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults. Evidence briefing [electronic resource] / L. Taylor, N. Taske with support from E. Barnett-Page and L. Seymour. - National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007 - Access mode: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150116154742/http://www.foodwm.org.uk/resources/mental_health_EB_FINAL_18_01_07.pdf
157. Uutela A. Economic crisis and mental health [Text] / A. Uutela // Current Opinion in Psychiatry. – 2010. - № 23 (2). – pp. 127-130.
158. Vivek M., Janakiraman S. A survey on occupational stress of bank employees [Text] / M. Vivek, S. Janakiraman. – International Journal of Management. – 2013. – Vol. 4. – Iss. 6. – p.p. 36 – 42.
159. Uustalu A., Kerstiäns B., Krepelkova K. Innovative solutions for preventing and treating mental illness [Text] / A. Uustalu, B. Kerstiäns, K. Krepelkova // Eurohealth. – 2015. - 21 (3). – pp.19-22.
160. Wahlbeck K.A. Impact of economic crises on mental health [Electronic resource] / K.A. Wahlbeck. - Copenhagen: World Health Organization, 2011. - 30 p. <http://www.euro.who.int/en/home>
161. Wassenhove W., Guarnieri F. Le WOCCQ une methode de diagnostic des risques psycho-sociaux au travail [Electronic resource] / W. Wassenhove, F. Guarnieri. - RSE Risque Sécurité Environnement. - 2010. - № 5 - p. 16-21. - Access mode: <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-00752021>
162. Work-Related Stress in the Banking Sector: A Review of Incidence, Correlated Factors, and Major Consequences [Electronic resource] / G.Giorgi,¹ G. Arcangeli. - Front Psychol. – 2017. - 8:2166. - Published online 2017 Dec 12. - doi: [10.3389/fpsyg.2017.02166](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02166)
163. World Health Organization, Regional Office for Europe Data and statistics: Prevalence of mental disorders [electronic resource] / Access mode: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>
164. Yanat Z., Daniel B. L'éthique manageriale : responsabilité sociale et enjeu de performance durable pour l'entreprise [Texte] / Z. Yanat, B. Daniel // Responsabilité sociale de l'entreprise. Pour un nouveau contrat social: Méthodes et recherches / sous la direction de J.-J. Rosé – Bruxelles: De Doeck Supérieur, 2006. – P. 169-184.
165. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale [Text] / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatr Scandinavia. 1983. – Vol. 67 (6). – P. 361-370.

Унифицированная карта исследования

Уважаемый участник исследования! Пусть Вас не смущает необходимость подробно ответить на вопросы настоящей карты. К ней никто, кроме стоящих перед вами врачей, не будет иметь доступа (врачебная тайна гарантируется). От Вашей откровенности и честности зависит объективность рекомендаций, которые будут разработаны на основе исследования.

Заполнить карту несложно: внимательно прочитайте вопросы и или напишите свой, или обведите номер предложенного Вам ответа, который считаете верным. Спасибо за понимание и сотрудничество!

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ.

« ____ » _____ 20__ г.

1. Я согласен/а принять участие в исследовании _____ (подпись)
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Дата рождения _____ (полных лет _____)
4. Место работы _____
5. Должность _____

Раздел 1. Медико-демографическая и социально-бытовая характеристика

6. Образование

6.1 - среднее	6.3 - незаконченное высшее
6.2 - средне специальное	6.4 - высшее

7. Семейное положение:

7.1 - первый брак	7.3 - гражданский брак
7.2 - повторный (и более) брак	другое:

8. Состав семьи:

8.1 - муж/жена	8.4 - постоянный партнер в гражданском браке
8.2 - дети	8.5 - другое (вписать)
8.3 - родители	

9. Число детей:

9.1 - детей не имею	9.4 - трое
9.2 - один	9.5 - больше трех
9.3 - двое	

10. Взаимоотношения в семье:

10.1 - спокойные, доброжелательные	10.4 - конфликты эпизодические
10.2 - спокойные, холодные (формализованные)	10.5 - конфликты систематические

11. Стаж супружеской жизни в настоящем браке

11.1 - 1 – 10 лет	11.3 - свыше 20 лет
11.2 - 11 – 20 лет	

12. Давность возникновения супружеских конфликтов и ухудшения взаимоотношений в семье

12.1 - до 1 года	12.3 - 6 – 10 лет
12.2 - 1 – 5 лет	12.4 - свыше 10 лет

13. Материально-бытовые условия

13.1 - высокое	13.3 - низкое
13.2 - средние	

Раздел 2. Социально-профессиональная характеристика

14. Отношение к категории работающих

14.1 – руководящие работники	14.3 - инженерно-технический персонал
14.2 - служащие	14.4 - другие категории работающих:

15. Общий стаж трудовой деятельности

15.1 - до 5 лет	15.4 - 21-30 лет
15.2 – до 10 лет	15.5 - свыше 30 лет
15.3 - 11-20 лет	

16. Профессиональные и санитарно-технические условия

16.1 – эмоциональное напряжение	16.5 – монотонный труд
16.2 – повышенная ответственность за результат	16.6 – недостаточная двигательная активность
16.3 – неблагоприятный микроклимат (холод, сырость, сквозняки, шум, пыль и др.)	16.7 – вынужденные нарушения режима труда и отдыха
16.4 – физические нагрузки (динамические, статические)	16.8 – (свой вариант)

17. Конфликты на производстве

17.1 - систематические	17.3 - редкие
17.2 - периодические	17.4 - не бывает конфликтов

Раздел 3. Особенности профессиональной деятельности на нынешней работе по субъективной оценке и объективным данным

18. Частота критических, острых и непредвиденных ситуаций в неделю _____

19. Реакция на критическую ситуацию

19.1 - безразличен	19.4 – испытываю тревогу, но скрываю свои чувства
19.2 - быстро нахожу нужное решение	19.5 - теряюсь и вынужден обращаться за посторонней помощью
19.3 – испытываю раздражение или гнев	19.6 – другое: _____

20. Выраженность нервно-психического напряжения

20.1 - отсутствует	20.4 – умеренно выраженная
20.2 - адекватная нагрузке	20.5 – значительная
20.3 - незначительная	

21. Преобладающее настроение

21.1 - безразличное	21.4 – тревожное
21.2 - душевный покой	21.5 – приподнятое
21.3 - неустойчивое	

22. Наличие социальной поддержки со стороны руководства

22.1 - постоянно	22.3 – отсутствует
22.2 - эпизодически	22.4 – другое:

23. Отношения с коллегами по работе

23.1 – доброжелательные	23.3 – конкурентные
23.2 - холодные (формализованные)	23.4 - дискриминационные
	23.5 - другое

24. Работоспособность на протяжении рабочего дня

24.1 - не меняется	24.3 - падает к завершению рабочего дня
24.2 - поддерживается с трудом	24.4 – падает к середине рабочего дня

25. Стремление к изменениям условий труда

25.1 - совершенствование	25.4 – более легкая работа
--------------------------	----------------------------

- | | |
|--|---------------------|
| квалификации | |
| 25.2 - смена профессии | 25.5 – другое _____ |
| 25.3 - более спокойные условия в рамках нынешней профессии | |
26. Привлекательность профессии
- | | |
|--------------------|--------------------|
| 26.1 - безразлична | 26.3 - не нравится |
| 26.2 - нравится | |
27. Автономия в работе, возможность маневра:
- | | |
|--|--|
| 27.1 – полностью контролирую свой темп работы | 27.5 – требования к работе часто меняются |
| 27.2 – контролирую частично | 27.6 – имеются возможности для профессиональной реализации и роста |
| 27.3 – темп работы полностью определяется руководством | 27.7 – профессиональный рост ограничен |
| 27.4 – работа предсказуема, достаточная свобода в принятии решений по работе | 27.8 – другое: |
28. Конфликт между личностными ценностями и организационной ответственностью:
- | | |
|--------------------|---------------------|
| 28.1 – отсутствует | 28.3 - значительный |
| 28.2 - умеренный | |
29. Равномерность нагрузки в течение недели
- | | |
|--------------------------------|---|
| 29.1 - равномерная безразлична | 29.3 - неравномерная, зависит от организации производства |
| 29.2 - неравномерная | 29.4 - неравномерная, зависит от желания работника |
30. Равномерность нагрузки в течение месяца
- | | |
|---|---|
| 30.1 - равномерная | 30.4 – неравномерная с большей интенсивностью в середине месяца |
| 30.2 - неравномерная с большей интенсивностью в конце месяца | 30.5 – неравномерная, нерегулярная |
| 30.3 - неравномерная с большей интенсивностью в начале месяца | 30.6 – чрезмерная |
31. Равномерность нагрузки в течение квартала
- | | |
|---|---|
| 31.1 - равномерная | 31.4 – неравномерная с большей интенсивностью в середине квартала |
| 31.2 - неравномерная с большей интенсивностью в конце квартала | 31.5 – неравномерная, нерегулярная |
| 31.3 - неравномерная с большей интенсивностью в начале квартала | |
32. Частота конфликтных ситуаций при работе с клиентами в неделю _____
33. Изменение работоспособности после работы с конфликтным клиентом
- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 33.1 - не выражена | 33.3 - значительная |
| 33.2 - умеренно выраженная | |
34. Влияние организационных изменений на самочувствие
- | | |
|--------------------|--|
| 34.1 - не влияет | 34.3 - значительно влияет |
| 34.2 - мало влияет | 34.4 - вызывает очень сильное волнение |
35. Адаптация к новым формам работы
- | | |
|----------------------------------|---|
| 35.1 - не влияет на самочувствие | 35.3 - влияет умеренно |
| 35.2 - влияет незначительно | 35.4 - выраженное влияние на самочувствие |
36. Страх сделать финансовую ошибку, попасть под штрафные санкции

36.1 - незначительный	36.3 - значительный
36.2 - умеренно выраженный	

37. Монотония в работе

37.1 - практически отсутствует	37.3 - значительная
37.2 - умеренная	

Раздел 4. Вредные привычки

38. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?

38.1 - не курю	38.3 - 11-20
38.2 - меньше 10	38.4 - 21 или больше

39. Употребление алкоголя (0 - не принимает)

39.1 - не употребляю	39.3 – употребляю каждый день
39.2 – употребляю раз в неделю	39.4 – другое _____

Раздел 5. Психологический

Опросник Шмишека предназначен для диагностики типа акцентуации личности.

Инструкция: Прочитав каждое утверждение, зачеркните квадратик «Да», если Вы согласны с утверждением. Зачеркните «Нет», если не согласны

№	ВОПРОСЫ:	Да	Нет
1.	Является ли ваше настроение в общем веселым и беззаботным?		
2.	Восприимчивы ли вы к обидам?		
3.	Случалось ли вам иногда быстро заплакать?		
4.	Всегда ли вы считаете себя правым в том деле, которое делаете, и вы не успокоитесь, пока не убедитесь в этом?		
5.	Считаете ли вы себя более смелым, чем в детском возрасте?		
6.	Может ли ваше настроение меняться от глубокой радости до глубокой печали?		
7.	Находитесь ли вы в компании в центре внимания?		
8.	Бывают ли у вас дни, когда вы без достаточных оснований находитесь в угрюмом и раздражительном настроении и ни с кем не хотите разговаривать?		
9.	Серьезный ли вы человек?		
10.	Можете ли вы сильно воодушевиться?		
11.	Предприимчивы ли вы?		
12.	Быстро ли забываете, если кто-то вас обидит?		
13.	Мягкосердечный ли вы человек?		
14.	Пытаетесь ли вы проверить после того, как опустили письмо в ящик, не осталось ли оно висеть в прорези?		
15.	Всегда ли вы стараетесь быть добросовестным в работе?		
16.	Испытывали ли вы в детстве страх перед грозой или собаками?		
17.	Считаете ли вы других людей недостаточно требовательными друг к другу?		
18.	Сильно ли зависит ваше настроение от жизненных событий и переживаний?		
19.	Всегда ли вы прямодушны со своими знакомыми?		
20.	Часто ли ваше настроение бывает подавленным?		
21.	Был ли у вас раньше истерический припадок или истощение нервной системы?		
22.	Склонны ли вы к состояниям внутреннего беспокойства или страстного стремления?		

23.	Трудно ли вам длительное время просидеть на стуле?		
24.	Боретесь ли вы за свои интересы, если кто-то поступает с вами несправедливо?		
25.	Смогли бы вы убить человека?		
26.	Сильно ли вам мешает косо висящая гардина или неровно настланная скатерть, настолько, что вам хочется устранить эти недостатки?		
27.	Испытывали ли вы в детстве страх, когда оставались одни дома?		
28.	Часто ли у вас без причины меняется настроение?		
29.	Всегда ли вы старательно вы относитесь к своей деятельности?		
30.	Быстро ли вы можете разгневаться?		
31.	Можете ли вы быть бесшабашно веселым?		
32.	Можете ли вы иногда целиком проникнуться чувством радости?		
33.	Подходите ли вы для проведения увеселительных мероприятий?		
34.	Высказываете ли вы обычно людям свое откровенное мнение по тому или иному вопросу?		
35.	Влияет ли на вас вид крови?		
36.	Охотно ли вы занимаетесь деятельностью, связанной с большой ответственностью?		
37.	Склонны ли вы вступить за человека, с которым поступили несправедливо?		
38.	Трудно ли вам входить в темный подвал?		
39.	Выполняете ли вы кропотливую черную работу так же медленно и тщательно, как и любимое дело?		
40.	Являетесь ли вы общительным человеком?		
41.	Охотно ли вы декламировали стихи в школе?		
42.	Убегали ли вы ребенком из дома?		
43.	Тяжело ли вы воспринимаете жизнь?		
44.	Бывали ли у вас конфликты и неприятности, которые так изматывали нервы, что вы не выходили на работу?		
45.	Можно ли сказать, что вы при неудачах не теряете чувство юмора?		
46.	Сделаете ли вы первым шаг к примирению, если кто-то вас оскорбит?		
47.	Любите ли вы животных?		
48.	Уйдете ли вы из дома или с работы, если у вас там что-то не в порядке?		
49.	Мучают ли вас неопределенные мысли, что с вами или с вашими родственниками случится какое-нибудь несчастье?		
50.	Считаете ли вы, что настроение зависит от погоды?		
51.	Затрудняет ли вас выступать на сцене перед большим количеством народа?		
52.	Можете ли вы выйти из себя и дать волю рукам, если вас кто-то умышленно грубо рассердит?		
53.	Много ли вы общаетесь?		
54.	Если вы будете чем-либо разочарованы, придете ли вы в отчаяние?		
55.	Нравится ли Вам работа организаторского характера?		
56.	Упорно ли вы стремитесь к своей цели, даже если на пути встречается много препятствий?		
57.	Может ли вас так захватить кинофильм, что слезы выступят на глазах?		
58.	Трудно ли вам будет заснуть, если вы целый день размышляли над своим будущим или какой-нибудь проблемой?		
59.	Приходилось ли вам в школьные годы пользоваться подсказками или списывать у товарищей домашнее задание?		
60.	Трудно ли вам пойти ночью на кладбище?		
61.	Следите ли вы с большим вниманием, чтобы каждая вещь в доме лежала на		

	своем месте?		
62.	Приходилось ли вам лечь спать в хорошем настроении, а проснуться в удрученном и несколько часов оставаться в нем?		
63.	Можете ли вы с легкостью приспособиться к новой ситуации?		
64.	Есть ли у вас предрасположенность к головной боли?		
65.	Часто ли вы смеетесь?		
66.	Можете ли вы быть приветливыми с людьми, не открывая своего истинного отношения к ним?		
67.	Можно ли вас назвать оживленным и бойким человеком?		
68.	Сильно ли вы страдаете из-за несправедливости?		
69.	Можно ли вас назвать страстным любителем природы?		
70.	Есть ли у вас привычка проверять перед сном или перед тем, как уйти, выключен ли газ и свет, закрыта ли дверь?		
71.	Пугливы ли вы?		
72.	Бывает ли, что вы чувствуете себя на седьмом небе, хотя объективных причин для этого нет?		
73.	Охотно ли вы участвовали в юности в кружках худ. самодеятельности, в театральном кружке?		
74.	Тянет ли вас иногда смотреть вдаль?		
75.	Смотрите ли вы на будущее пессимистически?		
76.	Может ли ваше настроение измениться от высочайшей радости до глубокой тоски за короткий период времени?		
77.	Легко ли поднимается ваше настроение в дружеской компании?		
78.	Переносите ли вы злость длительное время?		
79.	Сильно ли вы переживаете, если горе случилось у другого человека?		
80.	Была ли у вас в школе привычка переписывать лист в тетради, если вы поставили на него кляксу?		
81.	Можно ли сказать, что вы больше недоверчивы и осторожны, нежели доверчивы?		
82.	Часто ли вы видите страшные сны?		
83.	Возникала ли у вас мысль против воли броситься из окна под приближающийся поезд?		
84.	Становитесь ли вы радостным в веселом окружении?		
85.	Легко ли вы можете отвлечься от обременительных вопросов и не думать о них?		
86.	Трудно ли вам сдерживать себя, если вы разозлились?		
87.	Предпочитаете ли вы молчать (да), или вы словоохотливы (нет)?		
88.	Могли бы вы, если пришлось бы участвовать в театральном представлении, с полным проникновением и перевоплощением войти в роль и забыть о себе?		

Экспресс-диагностика невроза Хека-Хесса.

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

№	Вопрос	Да	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 признаки озноба.		
21.	Часто ли меняется Ваше настроение в зависимости от серьезной причины или без нее?		
22.	Испытываете ли Вы 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, о чем приходится раскаиваться.		
29.	Большей 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.		

Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге
 Определяет степень стрессовой нагрузки (высокая – пороговая – низкая).

Инструкция: Вспомните все события, случившиеся с вами в течении последнего года, и обведите необходимые баллы.

№	Жизненные события	Баллы
1.	Смерть супруга (супруги).	100
2.	Развод.	73

3.	Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером.	65
4.	Тюремное заключение	63
5.	Смерть близкого члена семьи	63
6.	Травма или болезнь.	53
7.	Женитьба, свадьба	50
8.	Увольнение с работы	47
9.	Примирение супругов.	45
10.	Уход на пенсию.	45
11.	Изменение в состоянии здоровья членов семьи.	44
12.	Беременность партнерши.	40
13.	Сексуальные проблемы.	39
14.	Появление нового члена семьи, рождение ребенка.	39
15.	Реорганизация на работе.	39
16.	Изменение финансового положения.	38
17.	Смерть близкого друга.	37
18.	Изменение профессиональной ориентации, смена места работы	36
19.	Усиление конфликтности отношений с супругом	35
20.	Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома).	31
21.	Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги.	30
22.	Изменение должности	29
23.	Сын или дочь покидают дом.	29
24.	Проблемы с родственниками мужа (жены)	29
25.	Выдающееся личное достижение, успех.	28
26.	Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26
27.	Начало или окончание обучения в учебном заведении.	26
28.	Изменение условий жизни.	25
29.	Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения	24
30.	Проблемы с начальством, конфликты.	23
31.	Изменение условий или часов работы.	20
32.	Перемена места жительства.	20
33.	Смена места обучения.	20
34.	Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска.	19
35.	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием.	19
36.	Изменение социальной активности	18
37.	Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора).	17
38.	Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна.	16
39.	Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи.	15
40.	Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т. п.).	15
41.	Отпуск.	13
42.	Рождество, встреча Нового года, день рождения.	12

43.	Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил уличного движения).	11
-----	--	----

Тревожность Спилберга-Ханина.

Инструкция:

№ 1 Прочитайте внимательно каждое из перечисленных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа и зависимости от того, как вы чувствуете себя в данное время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№	Предложения	Вовсе нет	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16	Я не полон	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

№ 2. Прочитайте внимательно каждое из перечисленных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы чувствуете себя обычно. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№	Предложения	Вовсе нет	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
21	Я испытываю удовлетворение	1	2	3	4
22	Я обычно быстро устаю	1	2	3	4
23	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен, собран	1	2	3	4
28	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я вполне счастлив	1	2	3	4

31	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяк» отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Дифференц. д-ка депрессивных состояний Зунга.

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ В ДАННЫЙ МОМЕНТ. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Предложения	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1. Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2. Утром я чувствую себя лучше всего	1	2	3	4
3. У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4. У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5. Аппетит у меня не хуже обычного	1	2	3	4
6. Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом	1	2	3	4
7. Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8. Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9. Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10. Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11. Я мыслю также ясно как всегда	1	2	3	4
12. Мне легко делать то, что я умею	1	2	3	4
13. Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14. У меня есть надежды на будущее	1	2	3	4
15. Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16. Мне легко принимать решения	1	2	3	4
17. Я чувствую, что полезен и необходим	1	2	3	4
18. Я живу достаточно полной жизнью	1	2	3	4
19. Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20. Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1	2	3	4

Шкала тревоги и депрессии HAD

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из предложений и обведите кружком тот из приведенных ниже ответов, который наиболее соответствует Вашему состоянию.

1. Я испытываю напряжённость, мне не по себе
 - всё время
 - часто
 - время от времени, иногда
 - совсем не испытываю
2. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство
 - определённо это так
 - наверное, это так
 - лишь в очень малой степени это так
 - это совсем не так
3. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться
 - определённо это так, и страх очень сильный
 - да, это так, но страх не очень сильный
 - иногда, но это меня не беспокоит
 - совсем не испытываю
4. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
 - определённо это так
 - наверное, это так
 - лишь в очень малой степени это так
 - совсем не способен
5. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове постоянно
 - большую часть времени
 - время от времени и не так часто
 - только иногда
6. Я испытываю бодрость
 - совсем не испытываю
 - очень редко
 - иногда
 - практически всё время
7. Я легко могу сесть и расслабиться
 - определённо это так
 - наверное, это так
 - лишь изредка это так
 - совсем не могу
8. Мне кажется, что я стал всё делать очень медленно
 - практически всё время
 - часто
 - иногда
 - совсем нет
9. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь
 - совсем не испытываю
 - иногда
 - часто
 - очень часто
10. Я не слежу за своей внешностью
 - определённо это так
 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно

- может быть, я стал меньше уделять этому внимания
- я слежу за собой так же, как и раньше

11. Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться

- определённо это так
- наверное, это так
- лишь в некоторой степени это так
- совсем не испытываю

12. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения

- точно так же, как и обычно
- да, но не в такой степени, как раньше
- значительно меньше, чем обычно
- совсем так не считаю

13. У меня бывает внезапное чувство паники

- очень часто
- довольно часто
- не так уж часто
- совсем не бывает

14. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы

- часто
- иногда
- редко
- очень редко

Клинико-патопсихологический раздел

Прочитайте внимательно каждое утверждение и в пустых графах слева отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали в течение последнего месяца.

	Интенсивность			Частота		
	Не беспокоит	Беспокоит умеренно	Беспокоит сильно	Несколько раз в месяц	Несколько раз в неделю	Практически постоянно
повышенная утомляемость						
ощущение внутренней тревоги или напряженности						
Общая физическая слабость						
Нежелание начинать работу						
Чувство усталости после минимальных усилий						

Невозможность сосредоточиться на задании						
Ухудшение внимания, что нарушает адекватное выполнение задания						
Проблемы с памятью						
Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки						
Снижение результатов работы при тех же, что и раньше затратах времени						
Потребность проверять несколько раз то, что Вы делаете						
Легко возникающая досада или раздражение						
Обидчивость						
Слезливость, то что Вы легко можете заплакать						
Чувство недовольства другими						
Чувство, что люди Вас утомляют						
Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать						
То, что Вам трудно уснуть						
То, что Вы легко просыпаетесь даже от легкого шума						
То, что Вы спите больше обычного						

То, что утром вы встаете без чувства отдыха						
Тревога и неуверенность в себе даже среди небольшого количества людей Тревожность, когда вы остались одни						
Ощущение, что с Вами или Вашими близкими случится что-то плохое						
Чрезмерное беспокойство по разным поводам						
Суестьливость						
Тревога при мыслях о работе, страх неудачи, критики						
Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они Вас пугают						
Беспомощность						
Острое чувство сильной тревоги или беспокойства						
То, что Вам мешают заснуть беспокойные мысли						
Кошмарные сновидения						
Повторяющиеся неотвязные мысли, мелодии						
Трудности в принятии решений, постоянные						

сомнения						
Боязнь езды в автобусах, лифтах, другие виды страхов						
Ощущение, что люди недружелюбны или вы им не нравитесь						
Чувство подавленности, хандра						
Чувство, что вы сами во многом виноваты						
Ощущение, что жизнь потеряла смысл, растерянность по поводу будущего						
Отсутствие удовольствия от жизни и работы						
Неуверенность в себе						
Желание отложить принятие решений на потом						
Отсутствие интереса к своей внешности						
Отсутствие интереса к окружающему, скука						
плохой аппетит						
Потливость при волнении						
головные боли, тяжесть в голове						
головокружение						
Невозможность полностью расслабиться						
Дрожь в теле						

Подергивания мышц						
Мышечные боли в различных частях тела						
Покраснение лица, дрожь в руках при волнении						
Сухость во рту						
Тошнота, неприятные ощущения «под ложечкой»						
Диспепсия (расстройство желудка)						
Учащенное мочеиспускание						
Затрудненное дыхание						
Приступы сердцебиения						
Ощущение жжения в теле или озноб						
Отсутствие удовольствия от половой жизни						
Ощущение, что другие не понимают вас и не сочувствуют вам						
Ощущение, что люди злоупотребит Вашим доверием, если вы им позволите						

Благодарим за сотрудничество!