

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М.Бехтерева

---

**УТВЕРЖДЕНО**

**СТАТС-СЕКРЕТАРЬ**

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

\_\_\_\_\_ **Е.Д.ДЕДКОВ**

**МЕТОДИКА ДЛЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ  
УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ФРУСТРИРОВАННОСТИ  
И ЕЁ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург 2004

Методические рекомендации подготовлены в лаборатории клинической психологии СПб психоневрологического института им. В.М.Бехтерева в соответствии с планом НИР и договором с МЗ РФ на 2001-2005 гг.

Авторы-составители: доктор мед. наук, профессор Л.И.Вассерман, к.м.н., вед.н.сотр. Б.В.Иовлев, к.м.н., доцент М.А.Беребин.

Методические рекомендации посвящены технологии конструирования и опыту научно-практического применения новой психолого-диагностической методики "Уровень социальной фрустрированности" (УСФ). Методика является оригинальным инструментом для медико-социальных исследований, направленных на выявление содержательных критериев и оценочных параметров нарушений личностно-средового взаимодействия, которые можно рассматривать как факторы риска нарушений психической адаптации и изменений качества жизни обследуемых. Методика пригодна для массовых профилактических (скрининговых) исследований, создания компьютерного "банка" данных на многомерной психолого-социальной основе.

Предназначена для врачей, психологов и социальных работников различных учреждений здравоохранения и других ведомств.

© Психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева Лаборатория клинической психологии

Санкт-Петербург

2004

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время одними из наиболее приоритетных направлений медико-социальных исследований во многих странах мира, включая Россию, становятся проблемы нарушений психической адаптации и качества жизни (КЖ) больных и условно здорового контингента лиц, испытывающих проблемы в сфере здоровья.

КЖ - сложная личностная переменная, которая должна изучаться на междисциплинарном уровне с привлечением многих наук о человеке, и, прежде всего, медицинской и социальной психологии, поскольку речь идет о механизмах формирования сферы здоровья, потребности в здоровье и отношения к нему, как к жизненной ценности. Понимание КЖ как системного явления предполагает изучение не только уровня здоровья и благополучия, но и его личностные смыслы в реальной жизненной ситуации человека. По-существу, КЖ следует рассматривать в контексте более общего и концептуально более сложного понятия адаптация, современная биопсихосоциальная модель которой все чаще и конструктивнее используется при реализации многих исследовательских проектов в службах психического и соматического здоровья.

В связи с этим очевидно, что и концептуальная модель КЖ должна изучаться на основе единой (общепризнанной в настоящее время) парадигмы психической адаптации (в том числе и адаптации к болезни).

Как известно, биопсихосоциальный подход к изучению нарушений психической адаптации и изменениям КЖ в связи с нарушениями здоровья (или потенциальной угрозой для здоровья) предполагает анализ взаимосвязей не только биологических и психологических характеристик, но и социальных (лично-средовых) компонентов. Каждый из этих компонентов, отличаясь своеобразием, вносит свой вклад в общий механизм адаптации и определяет, в конечном итоге, КЖ. Разумеется, прорыв "адаптационного барьера" связан с расстройством целостной системы, а не изолированных ее компонентов, но определение патогенности различных ее уровней - важная медицинская и медико-психологическая задача, особенно в связи с решением психопрофилактических и лечебно-реабилитационных задач.

Нарушения лично-средового взаимодействия, социальные конфликты, несомненно, играют существенную роль в психогенезе пограничных нервно-психических, психосоматических расстройств и саморазрушающего поведения. Поэтому выделение и квалификация социальных факторов как факторов риска нарушения здоровья является важной медико-психологической задачей, решению которой может способствовать оценка содержания и выраженности социальной фрустрированности (СФ).

СФ рассматривается как следствие невозможности реализации личностью (здоровой или, тем более, больной) своих актуальных социальных потребностей. Значимость этих потребностей для каждой личности индивидуальна, зависит от самосознания (самооценки), системы жизненных целей и ценностей, индивидуальных способностей и опыта решения проблемных и кризисных ситуаций. Поэтому СФ, являясь следствием реальной социальной ситуации, носит личностный характер, определяя стрессогенность социальных фрустраторов, таких, например, как неудовлетворенность отношениями в семье и на работе, образованием, социально-экономическим статусом, положением в обществе, физическим и психическим здоровьем, работоспособностью и др. Оценка конкретных параметров СФ позволяет наполнить конкретным внутренним содержанием и понятие КЖ с позиций социального функционирования личности и ее адаптивных возможностей. Иными словами, СФ можно рассматривать как специфический комплекс переживаний и отношений личности, возникающий в ответ на действие фрустрирующих факторов. Весьма вероятно, что длительное дестабилизирующее действие социально-фрустрирующих факторов формирует напряженность адаптивных механизмов и парциальную дезадаптацию (предболезнь), а при малоэффективной психологической защите и отсутствии социальной поддержки - тотальную психическую дезадаптацию (болезнь), и как следствие, снижение КЖ. Такая схема развития психической дезадаптации приложима к любой форме патологии, поскольку речь идет о роли психосоциальных факторов в формировании внутренней картины болезни и оценке ее прогноза. Отсюда возникает актуальная задача диагностики именно социального компонента в многомерной системе патогенеза нарушений психической адаптации, в особенности при скрининговых исследованиях в целях первичной психопрофилактики.

## ОПИСАНИЕ МЕТОДА

### **Формула метода**

Разработанная методика "Уровень социальной фрустрированности" (УСФ) для экспресс-психологической диагностики сферы личностно-средовых взаимоотношений, оценки риска стрессогенности социальных факторов-фрустраторов и риска нарушений психической адаптации и качества жизни отличается сопряженным применением медико-социологической анкеты с субъективным шкалированием, направленным на выявление зон наиболее отчетливой социальной фрустрированности, которая определяется, в свою очередь, на основе двух вариантов тестирования и технологии обработки полученных результатов: собственно шкалирования с оценкой выраженности каждой из переменных,

заложенных в опроснике, с выведением итогового индекса СФ, и ранжированной оценки, позволяющей показать на соответствующем профиле место каждого из 20 потенциальных факторов-фрустраторов (по убывающей их субъективной значимости) среди других.

### **Показания и противопоказания к применению метода**

Показания. Основными показаниями применения методики УСФ являются массовые скрининговые и плановые психопрофилактические исследования различных контингентов испытуемых, в том числе и организованных популяционных групп населения (педагогов, врачей, рабочих-вахтовиков, военнослужащих и т.п.). В этих случаях применение УСФ в батаре с другими методами исследования необходимо для уточнения факторов риска нарушений психической дезадаптации в связи со сложными, подчас стрессогенными и патогенными условиями внешней среды или профессиональной деятельности (экологически неблагоприятные или суровые в климато-географическом отношении регионы, напряженная или опасная для здоровья работа и др.).

В этих случаях особенно необходимо создание компьютерного банка психодиагностической информации, отвечающего задачам организации, так называемого, психогигиенического (психопрофилактического) мониторинга за состоянием здоровья лиц, функционирующих в сложных условиях личностно-средового взаимодействия.

Методика УСФ может с успехом использоваться в клинко-психологической практике на разных этапах: амбулаторной, стационарном, реабилитационно-восстановительном. Основная задача методики при этом - уточнение уровней и содержания социальных факторов (социальных фрустраторов), затрудняющих адаптацию больных различного профиля не только к болезни (ее последствиям), но и социальному прогнозу, оценке перспектив. УСФ также может быть полезной для оценки эффективности лечения и качества жизни больных в зависимости от уровней притязаний и субъективной оценки ценности здоровья больными, наличия (или отсутствия) социальной поддержки.

Следует подчеркнуть, что для применения методики УСФ (как и других психодиагностических методик) требуется информированное согласие испытуемых (здоровых и больных), что отвечает современным (международным) этическим принципам психологической диагностики.

Противопоказания. Принципиальных противопоказаний к применению методики УСФ нет. Условными ограничениями могут быть: испытуемые детско-подросткового возраста и пожилые люди, лица, не владеющие русским языком (требуется адекватный перевод, например, для исследования мигрантов из "горячих точек"). К ограничениям

использования УСФ также относятся все традиционные для опросников (и ряда других методик) ограничения, такие как: низкая степень понимания смысла вопросов или утверждений, наличие отчетливых установок на симуляцию или диссимуляцию, острые психотические расстройства, расстройства сознания и т.п.

### **Материально-техническое обеспечение метода**

Методика УСФ включает 4 бланка, представленные в приложениях 1, 2, 3 и 4:

- бланк медико-социологической анкеты, состоящий из 20 позиций, отражающих формально-демографические характеристики обследуемых, специфику и условия их занятости; анкета пригодна для кодирования и архивирования в банке психодиагностической информации; она может быть дополнена в соответствии с потребностями конкретного исследования в соответствии с теми правилами, которые обозначены разработчиками (приложение 1);

- инструкция испытуемому и регистрационный бланк к основному варианту методики – собственно шкале УСФ (УСФ-1) с оценочной системой в баллах (приложение 2);

- регистрационный бланк к этой же шкале, только ее краткий вариант, предназначенный для массовых экспресс диагностических (скрининговых исследований) (приложение 3);

- инструкция испытуемому и список 20 тем, касающихся "неудовлетворенности" разными сферами личностно-средовых взаимоотношений (УСФ-2). Этот список предлагается испытуемому либо на одном бланке в порядке от №1 до №20, либо на отдельных карточках в случайном порядке для ранжированной оценки в порядке убывания субъективной значимости указанных сфер отношений в реальной (актуальной) жизненной ситуации (приложение 4).

### **Описание метода**

Методика УСФ разработана на основе предварительного экспертного выделения и ранжирования тех сфер системы социальных отношений, которые представляются наиболее значимыми для любой личности в контексте ее взаимодействия с микро- и макросоциальным окружением. При этом, несомненно, учитывался и опыт создания других известных шкал для медико-психосоциальных исследований, таких, например, как реабилитационная карта института им. В.М.Бехтерева, шкала ВОЗКЖ-100, Ланкаширская шкала КЖ и др. Этот психологический инструмент адекватен для

использования в комплексе с другой формализованной информацией, в частности, в батарее психодиагностических методик (преимущественно тестов) и создания компьютерного банка данных не только о контингентах риска, но и больных. В последнем случае речь идет о возможности проспективных наблюдений и катamnестической оценке.

Социальная фрустрированность, как сложная по структуре психологическая переменная, в методике УСФ определяется уровнем "удовлетворенности – неудовлетворенности" в 20 сферах отношений личности, выделенных экспертами как наиболее гипотетически значимые для любого взрослого, преимущественно трудоспособного человека, жизнедеятельность которого проходит в социуме и данной культуре. Разумеется, для отдельных индивидов некоторые сферы отношений могут быть не актуальными, например отношения с родителями (нет родителей), детьми (нет детей) и т.п. Поэтому оценка уровня "удовлетворенности - неудовлетворенности" в этих сферах испытуемым не фиксируется.

Данные методики УСФ могут анализироваться в двух планах или с помощью двух методических подходов. В первом варианте оценивается условно "абсолютная" степень выраженности "удовлетворенности - неудовлетворенности" в сфере отдельно рассматриваемого отношения вне общего контекста опросника. При этом мера удовлетворенности субъективно шкалируется по 5-балльной системе: 1 – полностью удовлетворен, 2 – скорее удовлетворен, 3 – затруднение в ответе, 4 – скорее неудовлетворен и, наконец, 5 – полностью неудовлетворен (приложение 2).

Выделяются 5 основных направлений или блоков шкалы по 4 позиции в каждом:

- удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими (с женой, мужем, родителями, детьми);

- удовлетворенность ближайшим социальным окружением (друзьями, коллегами, начальством, противоположным полом);

- удовлетворенность своим социальным статусом (образованием, уровнем профессиональной подготовки, сферой профессиональной деятельности, работой в целом);

- социально-экономическим положением (материальным положением, жилищно-бытовыми условиями, проведением свободного времени и отдыха, своим положением в обществе);

- своим здоровьем и работоспособностью (физическим здоровьем, психо-эмоциональным состоянием, работоспособностью, своим образом жизни в целом).

Большой балл соответствует, таким образом, большей неудовлетворенности, как по отдельным градациям признаков, так и по шкале в целом.

Таким образом, каждый испытуемый, заполнивший шкалу УСФ-1, может быть охарактеризован условным профилем оценок 20 обозначенных сфер отношений, что позволяет определить зоны наибольшей и наименьшей социальной фрустрированности и, тем самым, конфликтных отношений.

Обработка результатов исследования по шкале УСФ и их качественная (содержательная) интерпретация на основе уровневой оценки проводится следующим образом. 1.

Подсчитывается число заполненных строк-п по всем градациям шкалы:

$$n=a+b+c+d+e$$

где: а - число пунктов шкалы, по которым опрошенные оценили свою удовлетворённость различными сферами социального функционирования в настоящий момент как полную ("удовлетворён полностью");

б - число пунктов шкалы, по которым опрошенные оценили свою удовлетворённость как неполную ("скорее удовлетворён");

с - число пунктов шкалы, по которым опрошенные затруднялись дать конкретную оценку ("трудно сказать");

д - число пунктов шкалы, по которым опрошенные "скорее неудовлетворены" различными сферами социального функционирования;

е - число пунктов шкалы, по которым опрошенные "совершенно неудовлетворены"

различными сферами своего социального функционирования.

2. Подсчитывается сумма баллов по всей шкале УСФ:

где: 1, 2, 3, 4, 5 - балльные коэффициенты, присваиваемые соответствующим градациям шкалы УСФ.

3. Определяется индекс общего уровня удовлетворённости или социальной фрустрированности -  $Q_{сф}$ :

который, по существу, является интегральной оценкой феномена СФ.

4. На основании величины индекса социальной фрустрированности ( $P_{сф}$ ) определяется её интегральный уровень, который в содержательном плане интерпретируется следующим образом:

$Q_{сф} < 1,5$  - определённое полное отсутствие социальной фрустрированности (высокий уровень удовлетворённости);

$1,5 \leq Q_{сф} < 2,5$  - социальная фрустрированность отчётливо не декларируется ("скорее удовлетворён");

$2,5 \leq Q_{сф} < 3,5$  - так называемая "зона" неопределённой оценки;



$3,5 \leq Q_{cf} < 4,5$  - умеренный уровень социальной фрустрированности (неудовлетворённости), которую опрошенные считают необходимым отметить;

$4,5 \leq Q_{cf}$  - определённая и вполне отчётливая высокая социальная фрустрированность ("полная неудовлетворённость").

Аналогичным образом производится технология обработки и анализа результатов по обозначенным выше 5 подшкалам методики УСФ-1.

При содержательном анализе результатов исследования индивида по шкале УСФ-1 следует учитывать всю совокупность информации: данные мини социологической анкеты, оценочные и уровневые параметры отдельных субшкал методики ("зоны" конфликтных отношений), а также возможные мотивационные искажения результатов - сознательные или мало осознаваемые. В последнем случае, вероятно, речь может идти о своеобразии психологической защиты личности, например, вытеснении, отрицании, гиперкомпенсации и т.п. Определённое суждение об этом, очевидно, может быть высказано при сопряжённом исследовании УСФ, стратегий совладающего со стрессом поведения и механизмов психологической защиты.

Оценка индекса социальной фрустрированности (общей удовлетворённости-неудовлетворённости) в обследованных популяционных группах (например, при скршнговых исследованиях) определяется по формуле:

где:  $m$  - число опрошенных;

$n$  – суммарное число заполненных пунктов шкалы УСФ у  $m$  опрошенных;  $\sum$

$\Sigma\Sigma$  –сумма баллов всех  $m$  опрошенных.

Таким образом анализируются групповые закономерности обследуемых контингентов, например, с разными особенностями профессиональной деятельности, среды обитания и т.п. с определением достоверности различий "напряженности" социальной фрустрированности как по шкале в целом, так и по отдельным ее блокам.

При анализе групповых закономерностей обследованного контингента могут быть вычислены средние величины шкальных оценок в сравниваемых группах, например с разными особенностями профессиональной деятельности, среды обитания и т.п., с определением традиционным математическим методом сравнения достоверности различий "напряженности" социальной фрустрированности как по шкале в целом, так и по 5 отдельным ее блокам. Анализ целостной системы СФ, как уже говорилось, проводится в соотношениях с данными медико-социологической анкеты и, как правило, с результатами

клинико-психологических (при обследовании больных) и экспериментально-психологических исследований (например, тревоги, уровня невротизации, психической ригидности, стратегий преодоления стрессовых состояний и др.). В настоящее время совершенно очевидно, что при популяционных исследованиях в целях психопрофилактики и выявления групп риска нарушений психической адаптации наиболее целесообразным и эффективным является использование новых информационных технологий и, прежде всего, компьютерных психодиагностических методик (в том числе, возможно, и компьютерный вариант шкалы УСФ-1). Всё это позволит не только автоматизировать анализ результатов исследования, но и создавать "банки" комплексной психосоциальной информации, важной не только для конкретных специалистов (врачей, психологов), но и организаторов здравоохранения, социальных служб, работодателей, руководителей регионов и т.п.

Второй план анализа методики УСФ (УСФ-2) направлен на получение целостной структуры социальной фрустрированности по 20 сферам опросника путем ранжирования испытуемым каждой из них в порядке убывания "неудовлетворенности" от первого до двадцатого места (последнего по значимости) (приложение 4). При этом от испытуемого не требуется оценивания "абсолютной" степени неудовлетворенности той или иной сферой отношений. Ранжирование позволяет указать только место (ранг) каждой обозначенной в методике позиции среди других и, тем самым, отметить ее субъективную значимость. Возможны варианты, когда степень неудовлетворенности определенной сферой отношений (например, взаимоотношениями с коллегами по работе и др.) может быть значительной, но занимать не самое высокое место в ранговом ряду, так как другие показатели окажутся еще выше.

Если в 1-м варианте тестирования ключевым понятием оценки является "удовлетворенность" (отношениями в семье, социальным статусом, работоспособностью и т.п.), то во 2-м варианте ранжированию подлежит дифференцированное понятие "неудовлетворенность", имеющее несколько иной эмоционально-семантический оттенок и в отличие от прямого шкалирования с ее 5-балльной биполярной оценкой в этом случае испытуемый "работает" фактически с более дифференцированной 20 градационной шкалой, акцентированной на понятие "неудовлетворенность". Ранжирование технологически может осуществляться двумя способами. При первом на бланке (приложение 4) с перечнем сфер неудовлетворенности против каждого из 20 пунктов проставляются номера от 1 до 20, обозначающие места конкретной сферы неудовлетворенности в ранговом ряду, далее подсчитываются соответствующие частоты. Этот способ удобен с точки зрения архивирования "протоколов". Второй способ более

рационален для обследования. Ранжирование проводится путем раскладывания 20 карточек с обозначениями сфер неудовлетворенности (на обороте каждой пишется №, соответствующий тому порядку, который приводится на бланке (приложение 4) в порядке убывания их актуальности для испытуемого. Таким образом каждой из сфер неудовлетворенности присваивается соответствующий ранговый номер.

Результатом ранжирования может быть индивидуальный профиль, наглядно отражающий уровень социальной фрустрированности.

С помощью усредненного профиля СФ может быть охарактеризована и группа испытуемых, если речь идет о сравнительных исследованиях. Возможно определить статистическую достоверность различий средних рангов неудовлетворенности отдельными сферами отношений в сравниваемых группах, а сравнение ранговых структур с целью определения их сходства (или различия) между двумя испытуемыми (двумя группами испытуемых) может осуществляться путем вычисления коэффициентов ранговой корреляции. Положительный статистически значимый коэффициент корреляции означает сходство структур неудовлетворенности, отрицательный - их различия. В последнем случае можно говорить о "зеркальном" характере социальной фрустрированности при сходстве ее общей структуры. Коэффициент корреляции, близкий к 0 свидетельствует об отсутствии сходства структур неудовлетворенности различными сферами социального функционирования у сравниваемых испытуемых (или групп).

Количественные оценки характеристик социальной фрустрированности позволяют также определять их взаимосвязи с данными других экспериментально-психологических методик с помощью известных методов математической статистики.

Валидность шкалы УСФ, по-существу, критериально-субъективная, синтетическая (содержательная, текущая и т.п.). Основой для такого заключения служит выделение экспертами различных сфер отношений личности, которые можно рассматривать в качестве социальных факторов-фрустраторов. Поэтому критерий валидности - экспертная оценка репрезентативности содержания "заданий" методики или тех свойств и параметров личности, которые необходимо оттенить и измерить, исходя из теоретических представлений. Валидность методики УСФ можно также рассматривать с критериально-экологических позиций, позволяющих интерпретировать результаты применения измеряющего инструмента в контексте определенных жизненных ситуаций испытуемых и оценивать изменения в самооценках (например, удовлетворенности -неудовлетворенности) в зависимости от изменения самой ситуации, в нашем случае -социальной.

Надежность методики - ретестовая. Она определялась по результатам повторного

(в течение 3-4 недель) тестирования одной и той же группы испытуемых (89 человек) - однородной в профессиональном плане выборки.

Коэффициент надежности методики УСФ - 81-87%, т.е. в пределах 81%-87% наблюдений уровни социальной фрустрированности практически совпадают. Это говорит о том, что сама социальная фрустрированность может рассматриваться как социально детерминированная личностная переменная, относительно стабильная в тех отрезках времени, когда социальное функционирование исследованных не претерпевает заметных (с их точки зрения) изменений.

Таким образом, конструкция методики УСФ и технология ее применения позволяют утверждать, что это адекватный инструмент для оценки и квалификации изучаемого психосоциального феномена, обозначаемого как социальная фрустрированность.

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА

Для определения эффективности шкала УСФ широко апробировалась при проведении скрининговых профилактических исследований организованных популяционных групп для выявления факторов риска нарушений психической адаптации, в клиничко-эпидемиологических и собственно клинических исследованиях в связи с изучением качества жизни и оценки эффективности восстановительного лечения.

Всего было исследовано более 1600 человек.

#### **Исследование УСФ у педагогов массовых школ**

Масштабное скрининговое исследование на основе компьютерного опроса 7300 педагогов Челябинска и Челябинской области показало, что 61,5% опрошенных указали на наличие проблем со здоровьем. Преобладали расстройства предболезненного уровня или начальные проявления сердечно-сосудистой патологии, патологии желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, неврозоподобные нарушения настроения, сна, работоспособности и др. 29,4% опрошенных находились на диспансерном учете.

Более детальное медико-психосоциальное обследование 450 педагогов показало, что 95% из них считают свою работу эмоционально и интеллектуально напряженной, причем 32% полагают, что эти нагрузки значительные и постоянные. 51% опрошенных отмечает и физические перегрузки. 62,4% педагогов связывали свой соматический и психический дискомфорт, снижение работоспособности и с общей профессиональной и социальной неудовлетворенностью.

Выделены профессиогенные и социогенные факторы, представляющие потенциальную угрозу для психического и соматического здоровья педагогов. К основным из них относятся: сверхнормативные нагрузки, неадекватная социальная и материальная оценка труда; низкий престиж профессии, социальная незащищенность и отсутствие перспектив при высоких требованиях общества к труду учителя; интеллектуально- и эмоционально напряженная профессиональная деятельность, информационные и коммуникативные перегрузки; низкие психогигиенические условия труда, наличие конфликтных и проблемных ситуации и др.

Таким образом, труд учителя можно отнести к категории напряженной, стрессогенной по характеру профессиональной деятельности на фоне сочетанного действия многих социально-фрустрирующих факторов.

Комплексное психолого-диагностическое исследование с включением методики УСФ-1, показало, что 47,3% отмечают неудовлетворенность оценкой труда со стороны общества, 93,4% - неудовлетворенность материальным положением и нерегулярностью выплаты заработной платы. Более 60% отмечают падение интереса к профессии, связанное с неудовлетворенностью материальным и социальным положением. 52,9% опрошенных неудовлетворены своими жилищно-бытовыми условиями, а 60,7% - своим социальным статусом и престижем профессии, а 47% опрошенных неудовлетворены (частично или полностью) своим образованием и повышением квалификации, причем это учителя со стажем работы от 10 до 20 лет. Примечательно, что более 60% педагогов частично или полностью удовлетворены взаимоотношениями с учащимися, коллегами, администрацией.

Общий индекс УСФ -  $3,06 \pm 0,27$  балла (выше среднего), при этом индекс фрустрированности социальными условиями, влияющими на профессиональную деятельность и качество жизни  $3,71 \pm 0,49$  (материальное и социальное положение, жилищно-бытовые условия), а работой в целом -  $3,35 \pm 0,28$ . Умеренно выражены параметры неудовлетворенности здоровьем и образом жизни в целом.

У педагогов с предболезненными и инициальными проявлениями пограничной нервно-психической или психосоматической патологии параметры УСФ статистически значимо выше, чем в группе практически здоровых. Характерно, что у исследованного контингента в целом отмечаются повышенные уровни ситуативной тревоги и личностной тревожности как проявления тревожного типа реагирования на нарушения личностно-средового взаимодействия. Эти характеристики наиболее отчетливо проявляются в группе педагогов с проблемами в сфере здоровья преимущественно высоким уровнем тревожной оценки перспектив, эмоциональным дискомфортом и астеническими компонентами.

Отмечены статистически достоверные положительные корреляционные связи с общим индексом СФ.

Высокий уровень социальной фрустрированности также сопряжен с высокими параметрами психической ригидности, преимущественно в когнитивной и эмоциональной сферах. Эти показатели отражают личностно-типологические характеристики испытуемых, которые, по видимому, препятствуют конструктивному и гибкому решению проблемных и стрессогенных (фрустрирующих) ситуаций, особенно при низких ресурсах совладающего поведения при недостаточной социальной поддержке.

Возможно, именно с этими факторами связаны психологические механизмы формирования синдрома психического "выгорания" и эмоциональной истощаемости у педагогов, требующих психологической коррекции.

### **Исследование УСФ у сотрудников налоговой полиции\***

В целях профилактики нарушений психической адаптации (в рамках диспансеризации) было проведено многомерное обследование 306 сотрудников налоговой полиции в разных регионах РФ. Работа выполнялась с ведома и одобрения Федерального управления НП. Контингент обследованных представлял разные регионы РФ.

Профессиональная деятельность налоговых полицейских относится к физически, интеллектуально и эмоционально напряженному труду с риском для здоровья и жизни. В связи с этим выявлением факторов риска нарушений здоровья у обследуемого контингента было предпринято комплексное медико-психологическое и психосоциальное исследование, включающее оценку УСФ по шкале УСФ-1.

На первом этапе было проведено медико-социологическое анкетирование 306 сотрудников налоговой полиции - мужчин в возрасте от 23 до 45 лет, имеющих высшее образование (юридическое, финансово-экономическое, военное и т.п.). Большая часть обследованных ранее служили в различных силовых ведомствах и систематически проходили соответствующую диспансеризацию. 52% опрошенных имели стаж работы в органах налоговой полиции от 5 и более лет.

Цель анкетирования - выявление профессиональных факторов риска нарушений психической адаптации. На основе частотного анализа были отобраны и проранжированы по убывающей значимости 20 факторов. В качестве основных факторов выделены: "нестабильность экономической ситуации" - 70,5% опрошенных, "несовершенство налогового законодательства" - 61,7%, "многоплановая профессиональная деятельность"

---

\* Диссертационная работа Т.В.Синявской, выполненная при участии и под руководством профессора Л.И. Вассермана (1999). Методология исследования может быть адекватно перенесена и на контингенты других силовых ведомств.

и "наличие нештатных ситуаций" - 60,7%, "напряженные семейные отношения", "напряженные отношения в коллективе", "недостаточный медицинский контроль за здоровьем" - 34,4-30,2%. К наиболее личностно-значимым факторам для группы здоровья опрошенных относятся: "наличие нештатных ситуаций" (угроза для жизни и здоровья) -3,7 балла и "высокий моральный износ" - 3,5 балла. Остальные были существенно ниже. Примечательно, что указанные высокие оценки (свидетельство высокого риска профессиональной и социальной фрустрированности) существенно не зависели от стажа и опыта работы респондентов. Параметры указанных факторов положительно коррелировали с умеренно выраженным уровнем личностной тревожности (с тревожными реакциями в социально значимых ситуациях). Практически здоровые налоговые полицейские демонстрировали преимущественно "гармоничный" стиль поведенческой активности (тест ТПА) и высокую готовность к активным стратегиям разрешения проблемных и стрессовых ситуаций (по методике "индикатор копинг-стратегии"). Уровень социальной фрустрированности в этой группе испытуемых -  $2,5 \pm 0,1$ . Это средний уровень УСФ, находящийся в интервале между умеренно выраженной удовлетворенностью и умеренно выраженной неудовлетворенностью. Полная неудовлетворенность сферой социальных отношений отмечена только у 5% опрошенных.

По результатам диспансеризации выделена группа налоговых полицейских, состоящих на учете в ведомственной поликлинике по поводу различных хронических заболеваний, преимущественно психосоматического профиля: ишемической болезнью сердца, язвенной болезнью желудка и нейроциркуляторной дистонией.

В этой группе оказалась значительно выше личная значимость таких профессиональных факторов, как (в порядке убывания): "многоплановая профессиональная деятельность", "высокий моральный износ" ("выгорание личности"), "наличие нештатных ситуаций", "отсутствие профессионального консультирования и контроля за состоянием здоровья" и "напряженные отношения в семье" (конфликтные семейные отношения в связи с ненормированным рабочим днем и недостаточным материальным стимулированием за напряженную и опасную профессиональную деятельность).

Указанные факторы в их субъективной интерпретации можно с полным основанием отнести к профессиональным и социальным факторам риска нарушений психической адаптации и развития пограничных нервно-психических или психосоматических расстройств. Следствием влияния указанных факторов также является "синдром профессиональной "деформации" или "выгорания" личности, как одной из форм хронического дистресса у лиц с трудноконтролируемой и трудноограничиваемой властью.

"Выгорание личности" может рассматриваться, с одной стороны, как форма психологической защиты, а с другой — как проявление постоянного нервно-психического напряжения, не находящего должной социальной поддержки. Больные сотрудники налоговой полиции чувствуют это особенно остро, так как отсутствие должного контроля за их здоровьем повышает угрозу потери места службы, усиливает тревожные ожидания и конфликтные отношения.

Исследование с помощью методики УСФ показало, что социальная и, так называемая, профессиональная фрустрированность взаимопересекаются и являются взаимодополняющими компонентами одной общей системы. Так в группе больных налоговых полицейских существенно выше как индекс общего уровня социальной фрустрированности, так и ряда отдельных блоков, таких как "неудовлетворенность своим физическим и психическим здоровьем", "работоспособностью", "неудовлетворенность сферой профессиональной деятельности", "неудовлетворенность своим положением в обществе" и т.п. Это говорит о том, что социальная фрустрированность в различных своих содержательных проявлениях и оценках является вполне определенным фактором в формировании механизмов нарушения психической адаптации в форме пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств. Последнее важно подчеркнуть, так как патогенная роль социальной и профессиональной фрустрированности становится вполне реальной при "прорыве" механизмов психологической защиты личности и неконструктивных стратегиях совладания со стрессом. Вместе с тем у налоговых полицейских с психосоматической патологией, в особенности с нейроциркуляторной дистонией и ИБС существенно выше, чем у здоровых коллег поведенческая активность по типу "соперничества" и стратегия преодоления стрессовых состояний по типу "решения проблем" и "поиска социальной поддержки". Это обстоятельство может рассматриваться как копинг-ресурсы личности, позволяющие преодолевать проблемные и стрессовые ситуации, в частности, в профессиональной деятельности.

#### **Исследование УСФ у больных эпилепсией**

Проводилось с целью изучения психологической структуры качества жизни (КЖ) в рамках исследовательского проекта ВОЗ. Известно, что у больных эпилепсией проблема КЖ связана не только с клиническими проявлениями болезни, но и, в значительной мере, с отношением к болезни, с необходимостью постоянно принимать лекарства, с отношением общества к больным, ограничением их социальной активности и стремления к самореализации. Диагноз "эпилепсия" является мощным фрустрирующим фактором и для больных, и для их ближайшего социального окружения. Несмотря на урежение, (а, нередко, и исчезновение) припадков под влиянием терапии, значительная часть больных



испытывает страх их возврата. У них в межпараксизмальный период наблюдаются аффективные, астенические, вегетативно-соматические и личностно-поведенческие расстройства. Актуальны проблемы с обучением, трудоустройством, созданием семьи и т.п. Известно, что социальная поддержка (семья, друзья, коллеги по работе) создает у больных ощущение большей защищенности, благополучия и интегрированности с социумом. Вот почему необходима оценка роли и влияния социально-средовых факторов на формирование КЖ у больных эпилепсией. В этом контексте оценка параметров СФ позволяет наполнить понятие КЖ конкретным содержанием с позиций социального функционирования личности, что имеет психопрофилактическое и психотерапевтическое значение.

Исследование социальной фрустрированности больных эпилепсией проводилось по двум направлениям: в рамках клинико-эпидемиологического исследования больных эпилепсией в среднепромышленном городе (Киров)\* (1073 человека) и более прицельно, с применением большой батареи психодиагностических методик в СПб городском эпилептологическом центре. Носителем информации являлась формализованная история болезни для компьютерной обработки и анализа.

Результаты эпидемиологического исследования позволили установить, что в целом у больных эпилепсией имеет место умеренный уровень СФ. Индекс общей СФ -  $2,6 \pm 0,1$ .

Вместе с тем, выявлены достоверные различия по отдельным субшкалам методики УСФ (шкала УСФ-1). Взаимоотношения с родными, близкими и с ближайшим социальным окружением в целом удовлетворяют больных. Социальный статус, социально-экономическое положение, здоровье и работоспособность - не удовлетворяют. Иными словами у больных эпилепсией наиболее выраженными фрустраторами являются блоки социального статуса, социально-экономического положения, здоровья и работоспособности.

Оценивая содержание социально-фрустрирующих факторов у больных эпилепсией необходимо учесть "сферы субъективного приоритета" и "гиперсоциальность" больных, которые, вероятно, определяют большую значимость для них (в контексте системы жизненных ценностей) социального положения, интересной работы, материального благополучия. Между тем стремление следовать устойчивым социальным нормам блокируется не только болезнью, но и многочисленными социальными ограничениями, а также, в ряде случаев, изменениями личности больных, не располагающих необходимыми ресурсами для преодоления стресса болезни даже без интеллектуального снижения.

---

\* Диссертационная работа А.А.Стародумова, выполненная под руководством В.И.Багаева и Л.И.Вассермана (1999).

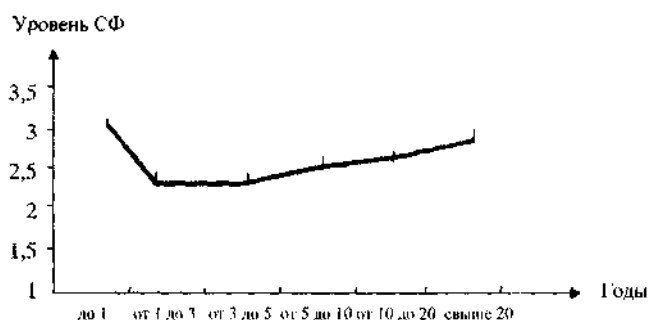
Анализ взаимосвязей социальных и клинических характеристик показал, что наиболее высокая СФ наблюдается у больных с последствиями ЧМТ, особенно при сочетании ЧМТ с алкогольной зависимостью.

СФ достоверно выше также у лиц, не состоящих в браке, у инвалидов и безработных, у больных с изменениями личности, с завышенной самооценкой и выбором недостижимой социальной роли и цели самореализации.

У больных с судорожным компонентом в формуле припадка общая социальная фрустрированность достоверно выше, чем у пациентов с бессудорожными пароксизмами. В наибольшей степени она определяется повышением фрустрированности состоянием здоровья и взаимоотношениями с ближайшим социальным окружением, в то время как при бессудорожных припадках в структуре социальной фрустрированности наиболее высок индекс неудовлетворенности социальным статусом, здоровьем и социально-экономическим положением.

К повышению уровня СФ ведут частые и серийные пароксизмы.

Зависимость УСФ от длительности заболевания носит сложный характер. Вначале (до 1 года) отмечается самый высокий уровень общей неудовлетворенности, что может отражать фрустрирующую реакцию на констатацию эпилепсии. С этим диагнозом связано крушение многих планов и надежд больных в различных сферах жизнедеятельности. Начало лечения и его эффект у больных укрепляет веру в выздоровление и перспективу реализации актуальных потребностей, что отражается в снижении уровня СФ в интервале от 1 до 5 лет. Однако, если полное купирование припадков не наступило или появляются личностные изменения, СФ вновь нарастает.



Корреляционный анализ результатов многомерного медико-психологического исследования показал, что социальная фрустрированность как феномен наиболее тесно положительно связана с показателями уровня ригидности, с уровнем нервно-психической дезадаптации (выявляемым по тесту НПА), ситуативной тревожностью и агрессивностью.

Таким образом, можно считать доказанным, что больные эпилепсией являются популяционной группой, подверженной массивному воздействию социально-фрустрирующих и "нозо-фрустрирующих" факторов. Сложное взаимодействие конкретных клинических, социальных и психологических аспектов является фактором риска дестабилизации ремиссии.

Анализ результатов исследования 54 больных в СПб городском эпилептологическом центре показал, что больные эпилепсией оценивают свое КЖ по большинству из 32 параметров как среднее. Ни по одному из параметров не отмечено полярных оценок ("очень плохое", "очень хорошее"). Две крупные сферы КЖ субъективно оцениваются больными как вполне благополучные: "духовная сфера" и "уровень независимости". Самые низкие оценки приходятся на сферы "окружающая среда" и финансовое положение". Последнее особенно угнетает пациента в связи с необходимостью покупки дорогостоящих лекарств, что субъективно оценивается как один из ведущих факторов снижения КЖ. Низкая удовлетворенность доступностью и качеством медицинской и социальной помощи при высокой зависимости от лекарств и лечения также четко проявляется в ответах испытуемых. Более 50% из опрошенных, независимо от тяжести заболевания, отмечают относительную сохранность работоспособности, подвижности, способности выполнять повседневные дела, однако в большинстве своем страдают от неспособности расслабиться, получить удовольствие от проведения досуга, от тревожного ожидания припадков, особенно в общественном транспорте. Можно предположить, что при оценке работоспособности, способности к выполнению повседневных дел и т.п. проявляется характерная для больных эпилепсией тенденция к социальной гипернормативности, которую следует учитывать при общей оценке их клинико-психологического статуса.

КЖ пациентов ухудшают: физический дискомфорт, высокая утомляемость, расстройства сна, нехватка положительных эмоций и избыток отрицательных эмоций. Вместе с тем больные эпилепсией довольно высоко оценивают удовлетворенность межличностными отношениями, практической социальной поддержкой и, что особенно важно отметить, свою способность справляться с жизненными трудностями благодаря личным убеждениям ("духовная сфера").

Больные с частыми припадками отличались более низкой субъективной оценкой КЖ и состояния здоровья в целом, а наиболее высокие средние баллы по субсферам работоспособности и подвижности набрали пациенты с более ранним началом заболевания (до 19 лет), что может свидетельствовать о более успешной адаптации к болезни у лиц, заболевших в подростковом или юношеском возрасте и получавших

адекватную терапию на фоне социальной поддержки со стороны семьи.

Анализ взаимосвязи КЖ с уровнем социальной фрустрированности больных выявил статистически достоверные многочисленные корреляционные связи уровня социальной фрустрированности с субъективной удовлетворенностью различными сферами жизненного функционирования больных эпилепсией.

Установлены отрицательные корреляции между общим уровнем социальной фрустрированности и субъективной удовлетворенностью важнейшими сферами КЖ: физической, психологической, уровнем независимости, окружающей средой, а также между общим уровнем социальной фрустрированности и итоговой оценкой качества жизни по опроснику ВОЗКЖ-100. Иными словами, чем выше уровень социальной фрустрированности, тем ниже качество жизни больных эпилепсией.

Обнаружены отрицательные корреляционные связи уровня социальной фрустрированности и с большинством субшкал опросника КЖ.

Рассматривая глобальные сферы качества жизни, мы видим, что не обнаруживается обратной связи уровня социальной фрустрированности только с одной из них - духовной сферой. Это позволяет нам сделать предположение, что именно личные убеждения и система ценностных ориентации в ситуациях кризиса и стресса болезни, постоянно сопровождающих жизнедеятельность больных эпилепсией, помогает им, в известной мере, справляться с жизненными трудностями, являясь источником осмысленности жизни и принадлежности к социуму.

В целом эффективность применения шкалы УСФ определяется возможностью существенно сократить время на позитивную диагностику и квалификацию психосоциальных факторов, определяющих нарушения психической адаптации и риск возникновения пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств у практически здорового контингента при проведении скрининговых (профилактических) исследований, в особенности у лиц с стрессогенным характером профессиональной деятельности.

При экспресс-диагностике шкала УСФ позволяет получить оценку субъективной значимости психосоциальных факторов, осложняющих процесс адаптации к болезни и снижающих качество жизни больных с различными формами нервно-психической патологии.

Методика УСФ позволяет существенно сократить время на сбор клинико-анамнестических данных и анализ многомерной информации о больных на основе компьютерного банка психодиагностической информации в процессе лечения, амбулаторного (катамнестического) наблюдения и реабилитации.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение 1

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ  
 Психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева  
 Лаборатория клинической психологии  
**Шкала У С Ф Медико-социологический опросник**

**Инструкция.** Шкала УСФ является специализированным медико-социологическим опросником, предназначенным для экспресс-диагностики уровня "удовлетворенности -неудовлетворенности" той реальной жизненной ситуацией, которая сложилась у Вас в настоящее время.

Это необходимо для поиска наиболее адекватных и реалистичных способов преодоления озабоченности, беспокойства, эмоциональной напряженности в связи с проблемными или кризисными ситуациями и угрозой Вашему здоровью и благополучию.

По Вашему желанию анкета-опросник может быть заполнена анонимно.

1. Номер карты \_\_\_\_\_
2. Код массива (в цифрах) \_\_\_\_\_
3. Ф.И.О. \_\_\_\_\_
4. Пол \_\_\_\_\_
5. Возраст (полных лет) \_\_\_\_\_
6. Длительность проживания в данной местности (в годах) \_\_\_\_\_
7. Образование: начальное - 1;  
 незаконченное среднее - 2;  
 среднее (в том числе средне-техническое) - 3;  
 незаконченное высшее - 4;  
 высшее - 5 \_\_\_\_\_
8. Род занятий в настоящее время: рабочий (пром., с/х)-1;  
 ИТР - 2;  
 гос. служащий - 3;  
 бизнесмен -4;  
 творческий работник - 5;  
 учащийся (студент) - 6;  
 военнослужащий - 7;  
 пенсионер - 8 \_\_\_\_\_
9. Семейное положение: женат (замужем)-1;  
 холост (незамужем) - 2;  
 разведён (разведена) - 3;  
 вдовец (вдова) - 4 \_\_\_\_\_
10. Количество детей: нет - 1; \_\_\_\_\_  
 один ребёнок - 2;  
 двое детей - 3;  
 более 2-х детей - 4 \_\_\_\_\_
11. Работа связана с повышенным физическим напряжением: нет - 1;  
 частично - 2;  
 да-3 \_\_\_\_\_
12. Работа связана с повышенным эмоциональным напряжением: нет - 1;  
 частично - 2;  
 да-3 \_\_\_\_\_

13. Работа связана с повышенным умственным напряжением: нет -1;  
частично - 2; да-3 \_\_\_\_\_
14. Работа связана с ответственным принятием решений: нет - 1;  
частично - 2; да-3 нет- 1; \_\_\_\_\_
15. Работа связана с постоянным общением с людьми:  
частично - 2; да-3 \_\_\_\_\_
16. Работа носит монотонный характер: нет -1;  
частично - 2; да-3 \_\_\_\_\_
17. Работа связана с профессиональными вредностями (шум,  
вибрация, химические вещ-ва и т.п.): нет -1;  
частично - 2; да-3 \_\_\_\_\_
18. Работа проводится в сложных экологических условиях: нет - 1;  
частично - 2; да-3 \_\_\_\_\_
19. Работа проводится в сложных климато-географических условиях: нет - 1;  
частично - 2; да-3 \_\_\_\_\_
20. Работа связана с профессиональным риском для здоровья и жизни: нет -1;  
частично - 2; да-3 \_\_\_\_\_
21. Жизнедеятельность протекает в условиях этно-социального  
напряжения (межнациональные, религиозные конфликты и т.п.): нет - 1;  
частично - 2; да-3 \_\_\_\_\_

При необходимости анкета-опросник может быть дополнена дополнительными пунктами (с соблюдением последовательности номеров утверждений) в соответствии с конкретными задачами исследования.

### Инструкция к шкале УСФ-1

Ниже приведен ряд пунктов опросника, в каждом из которых необходимо отметить по 5-балльной системе уровень удовлетворённости различными сферами социального функционирования в настоящий момент.

Долго не раздумывайте. Ваши ответы будут обрабатываться с помощью персональных ЭВМ и анализироваться в совокупности с множеством других данных, что позволит оценить указанные параметры только по отношению к определённым группам населения (определённым профессиям, работающим в сложных климато-географических и экологических условиях и т.д.). Это необходимо для поиска наиболее эффективных путей профилактики нарушений здоровья.

Ф.И.О. (или инициалы) \_\_\_\_\_

№ карты \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Сферы социального функционирования	Удовлетворён полностью	Скорее удовлетворён	Трудно сказать	Скорее недоволен	Совершенно недоволен
1. Удовлетворённость взаимоотношениями с женой (мужем)					
2. Удовлетворённость взаимоотношениями с родителями					
3. Удовлетворённость взаимоотношениями с детьми					
4. Удовлетворённость взаимоотношениями с родственниками					
5. Удовлетворённость взаимоотношениями с друзьями					
6. Удовлетворённость взаимоотношениями с противоположным полом					
7. Удовлетворённость взаимоотношениями с коллегами по работе					
8. Удовлетворённость взаимоотношениями с администрацией по работе					
9. Удовлетворённость своим образованием					
10. Удовлетворённость уровнем профессиональной подготовки					
11. Удовлетворённость сферой профессиональной деятельности					
12. Удовлетворённость работой в целом					
13. Удовлетворённость материальным положением					
14. Удовлетворённость жилищно-бытовыми условиями					
15. Удовлетворённость проведением свободного времени					
16. Удовлетворённость своим положением в обществе					
17. Удовлетворённость своим физическим состоянием					
18. Удовлетворённость своим психоэмоциональным состоянием					
19. Удовлетворённость своей работоспособностью					
20. Удовлетворённость своим образом жизни в целом					
Сумма баллов					

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГ**  
**Психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева**  
**Лаборатория клинической психологии**  
**Шкала УСФ-1**  
**(краткий вариант опросника для скрининговых исследований)**

Фамилия И.О. \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_  
 Образование и род занятий \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Инструкция. Шкала УСФ - краткий медико-социологический опросник, предназначенный для массовых обследований и компьютерной обработки.

Поставьте, пожалуйста, против каждого из приведённых ниже утверждений Вашу оценку удовлетворённости тем или иным обстоятельством Вашей жизни по 5-балльной системе, где:

- 1 - полная удовлетворённость;
- 2 - скорее удовлетворённость;
- 3 - трудно сказать;
- 4 - скорее неудовлетворённость;
- 5 - полная неудовлетворённость.

При желании заполнение опросника может быть анонимным.

№ п/п	Я удовлетворен (а)	1	2	3	4	5
1	... взаимоотношениями с женой (мужем)					
2	... взаимоотношениями с родителями					
3	... взаимоотношениями с детьми					
4	... взаимоотношениями с родственниками					
5	... взаимоотношениями с друзьями					
6	... взаимоотношениями с противоположным полом					
7	... взаимоотношениями с коллегами по работе					
8	... взаимоотношениями с вышестоящими по работе					
9	... своим образованием					
10	... уровнем профессиональной подготовки					
11	... сферой профессиональной деятельности					
12	... своей работой в целом					
13	... материальным положением					
14	... жилищно-бытовыми условиями					
15	... проведением свободного времени					
16	... своим положением в обществе					
17	... своим физическим состоянием					
18	... своим психоэмоциональным состоянием					
19	... своей работоспособностью					
20	... своим образом жизни					

Примечание: \_\_\_\_\_



### Инструкция к методике УСФ-2

Поставьте, пожалуйста, против каждого из нижеприведённых утверждений порядковый номер от 1 до 20, выделяя, таким образом, (в порядке убывания) те пункты, которые в наименьшей степени Вас удовлетворяют в целом. На первом месте должен быть номер пункта неудовлетворяющий Вас больше всего, а на двадцатом месте - номер пункта, неудовлетворяющий Вас меньше всего. В случае, если какой-либо из пунктов по отношению к Вам не имеет смысла - ставьте прочерк.

Ф.И.О. (или инициалы) \_\_\_\_\_

№ карты \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1. Неудовлетворённость взаимоотношениями с женой (мужем)            | _____                     |
| 2. Неудовлетворённость взаимоотношениями с родителями               | _____                     |
| 3. Неудовлетворённость взаимоотношениями с детьми                   | _____                     |
| 4. Неудовлетворённость взаимоотношениями с родственниками           | _____                     |
| 5. Неудовлетворённость взаимоотношениями с друзьями                 | _____                     |
| 6. Неудовлетворённость взаимоотношениями с противоположным полом    | _____                     |
| 7. Неудовлетворённость взаимоотношениями с коллегами по работе      | _____                     |
| 8. Неудовлетворённость взаимоотношениями с администрацией по работе | _____                     |
| 9. Неудовлетворённость своим образованием                           | _____                     |
| 10. _____   | Неудовлетворённость _____ |
| уровнем профессиональной подготовки                                 | _____                     |
| 11. _____   | Неудовлетворённость _____ |
| сферой профессиональной деятельности                                | _____                     |
| 12. _____   | Неудовлетворённость _____ |
| работой в целом   | _____                     |
| 13. _____   | Неудовлетворённость _____ |
| материальным положением   | _____                     |
| 14. _____   | Неудовлетворённость _____ |
| жилищно-бытовыми условиями  | _____                     |
| 15. _____   | Неудовлетворённость _____ |
| проведением свободного времени                                      | _____                     |
| 16. _____   | Неудовлетворённость _____ |
| своим положением в обществе   | _____                     |
| 17. _____   | Неудовлетворённость _____ |

своим физическим состоянием \_\_\_\_\_

18.

Неудовлетворённость \_\_\_\_\_

своим психоэмоциональным состоянием \_\_\_\_\_

19.

Неудовлетворённость своей \_\_\_\_\_

работоспособностью \_\_\_\_\_

20.

Неудовлетворённость \_\_\_\_\_

своим образом жизни в целом \_\_\_\_\_

Примечание: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	2
ОПИСАНИЕ МЕТОДА	
Формула метода.....	3
Показания и противопоказания к применению метода.....	4
Материально-техническое обеспечение метода.....	5
Описание метода.....	5
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА.....	11
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	20

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами

Обращайтесь по тел. (812) 265-20-80 или по адресу: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3, Издательский центр СПбНИПНИ им.В.М.Бехтерева

Подписано в печать 3.11.2004. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии СПб НИГШИ им.

В.М.Бехтерева. Печать ризографическая. Заказ № 19. Тираж  
100 экз.

Типография СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева. 192019,  
Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, тел. 265-20-80