

Лобова В. А.

Обско-угорский институт прикладных исследований и разработок, Ханты-Мансийск

Роль социально-психологических факторов в патогенезе хронических неинфекционных заболеваний у населения северных регионов

Role of socially-psychological factors in патогенезе chronic noninfectious diseases at the population of northern regions

УДК 316.6 ; 616

Аннотация. Северяне с хроническими неинфекционными заболеваниями показывают высокий индекс эмоционального напряжения, характеризующийся многопрофильными изменениями психической сферы. При формировании психосоматической патологии частота депрессии, по сравнению со здоровой выборкой, увеличивается в 1,5-2 раза, что особенно характерно для лиц с сердечно-сосудистой патологией. Существует тесная связь между соматической патологией и повреждающими факторами социальной среды. Такими факторами для лиц с артериальной гипертензией являются профессиональные, бытовые нагрузки и конфликты в межличностном общении.

Summary. Northerners with chronic noninfectious diseases have a high index of psychic tension characterized with multispectral changes of mental sphere. In comparison with sampling among healthy people in the process of formation of psychosomatic pathology a number of depression occurrences increases 1,5-2 times that is special for persons having cardiovascular disease. There is close link between somatic pathology and disturbing factors of social environment. For people with arterial hypertension these factors are working, domestic loads, and conflicts in interpersonal communication.

Ключевые слова: социально-психологические факторы, хронические неинфекционные заболевания, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, качество жизни, стресс, депрессия, жизненное истощение.

Key words: sociopsychological factors, chronic noninfectious diseases, arterial hypertension, ischemic heart disease, quality of life, stress, depression, life emaciation.

На изменение эмоционального фона у северян, проживающих в арктических и субарктических регионах, влияют факторы, обусловленные напряженностью социальных, природных и средовых условий [1, 2, 3, 4]. Стресс, имеющий высокую распространенность в северных регионах, в сочетании с факторами риска оказывает существенное влияние на формирование основных форм неинфекционной патологии у населения. Эмоциональные нарушения и неадаптивное поведение в ответ на фрустрацию обусловлены у северян снижением пластичности нервной системы, ежедневно испытывающей сверхмощные нагрузки социальных и природных факторов. У женщин, помимо высокого риска для здоровья, на Севере затрудняется социальное функционирование, усиливается дисгармоничность психического склада и происходят качественные сдвиги личности [5, 6].

Цель работы – исследовать роль социально-психологических факторов в патогенезе хронических неинфекционных заболеваний у населения северных регионов.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие рабочие-мигранты и представители аборигенного населения Севера трудоспособного возраста (20-59 лет) с разным уровнем здоровья. Обследовано 798 северян, в том числе 552 (69,2%) лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) и 246 (30,8%) условно здоровых северян.

Использованы сокращенный многофакторный опросник для исследования личности СМОЛ (Hathaway, Mckinley, 1943; Зайцев, 1994); краткий опросник оценки статуса здоровья (Short-Form Health Survey, SF-36), (Ware, Sherbourne, 1992); шкала стресса (Reeder, Гоштау-

тас, 1986); тест руки (Брайклин, Пиотровский, Вагнер, 1962); шкала внутреннего конфликта (Фанталова, 1997) [7, 8, 9, 10].

Проанализированы показатели стресса у северян с артериальной гипертонией (АГ). При исследовании частоты социальных стрессов у лиц с АГ достоверно чаще, по сравнению со здоровыми северянами, обнаруживаются коммуникативные ($p < 0,05$) и социально-бытовые стрессы ($p < 0,01$). Лица с АГ характеризуются более высокой частотой личностных девиаций, чем северяне без соматической патологии ($p < 0,01$).

В обеих популяциях высока распространенность трудовых стрессов, одного из основных факторов сердечно-сосудистой патологии. Социальная неуверенность и страх за свое положение в профессиональной сфере делают особенно уязвимыми в этом отношении жителей среднего возраста. В мигрирующей популяции северных регионов максимальный показатель стрессов в профессиональной сфере найден у 30-летних и 40-летних мигрантов, где он встречается достоверно чаще, чем у молодых северян (20-29 лет) ($p < 0,01-0,001$). Общий показатель составил 73,5% случаев, равнозначный у мужчин и у женщин. В популяции аборигенов Севера доля лиц, отмечающих высокое напряжение, связанное с выполнением трудовой деятельности, составляет $\frac{2}{3}$ жителей (62,5%). У 40-летних оленеводов этот показатель максимальный и достоверно разнится с показателем молодых мужчин (20-29 лет) ($p < 0,01$). Трудовая адаптация хуже протекает у женщин.

Хроническое напряжение, связанное с выполнением бытовых нагрузок, отмечает $\frac{1}{3}$ жителей в популяции аборигенного населения Севера (35,9% респондентов). У зрелых женщин (возрастная группа 40-49 лет) стресс в быту возрастает вдвое, по сравнению с молодыми северянками ($p < 0,01$). У 30-летних тундровиков, по отношению к молодым оленеводам, показатель выше в 2 раза ($p < 0,05$). В мигрирующей популяции Севера стресс, обусловленный повседневной деятельностью, отмечен у каждого второго жителя (негативная оценка фактора «Моя повседневная деятельность вызывает большое напряжение») (47,4% респондентов). У мигрантов среднего и старшего возраста бытовой стресс достоверно превышает аналогичный показатель, полученный у молодых мигрантов (20-29 лет) ($p < 0,05-0,01$). Гендерных различий не выявлено.

На острые конфликты при общении указывает $\frac{1}{5}$ часть всех опрошенных северян. В мигрирующей популяции 21,4% респондентов отмечают, что общение с людьми вызывает негативные эмоции и стресс. У женщин напряженные взаимоотношения с людьми чаще отмечаются в 40-летнем возрасте (при $p < 0,05$, по сравнению с 20-летними). Максимальный показатель получен у 50-летних мужчин (при $p < 0,05$, по сравнению с 20-летними мужчинами). В популяции аборигенного населения Севера тенденция противоположная, и стрессы в общении в старших возрастных группах имеют тенденцию к снижению (табл. 1).

Таблица 1. Частота социальных стрессов у населения северных регионов (%)

Социальные стрессы	Группа	Мужчины		Женщины		Оба пола	
		аборигены Севера	мигранты Севера	аборигенки Севера	мигрантки Севера	аборигены Севера	мигранты Севера
Стресс в профессиональной сфере	20-29 лет	49,4	62,2	62,1	65,2	57,7	64,2
	30-39 лет	56,4	72,4	66,7	75,8	64,3	74,7*
	40-49 лет	63,4	76,8	71,3	76,6	68,8	76,7
	50-59 лет	56,3	74,0	66,0	71,5	63,8	72,4
	20-59 лет	54,6	72,9***	65,8	73,8*	62,5	73,5***
Социально-бытовой стресс	20-29 лет	21,8	38,5*	33,5	43,0	29,4	41,4**
	30-39 лет	48,7	50,4	38,0	47,4	40,5	48,4
	40-49 лет	34,1	44,9	41,4	48,4	39,1	47,3
	50-59 лет	43,8	49,3	41,5	50,9	42,0	50,3
	20-59 лет	32,2	46,4**	37,4	47,9***	35,9	47,4***
Стресс в коммуникативной сфере	20-29 лет	12,6	17,0	21,1	17,6	18,1	17,4
	30-39 лет	15,4	19,4	15,5	21,7	15,5	21,0
	40-49 лет	14,6	18,2	12,6	23,8	13,3	22,0
	50-59 лет	12,5	21,0	15,1	24,4	14,5	23,2

	20-59 лет	13,7	19,0	17,0	<u>22,5*</u>	16,0	21,4*
Семейно-обусловленный стресс	20-29 лет	19,5	28,1	<u>39,1</u>	31,2	32,3	30,2
	30-39 лет	20,5	21,1	31,0	<u>34,2</u>	28,6	30,0
	40-49 лет	14,6	24,0	<u>36,8</u>	<u>31,5</u>	29,7	29,1
	50-59 лет	31,3	21,5	30,2	<u>33,8</u>	30,4	29,4
	20-59 лет	19,7	23,3	<u>35,1</u>	<u>32,7</u>	30,5	29,6

Примечание. Различия в этнических общностях достоверны при * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

Гендерные значения, достоверно различающиеся по t-критерию Стьюдента на уровне 0,05-0,001, подчеркнуты

Значительная часть северян не удовлетворена своим семейными отношениями (каждая третья семья на Севере – кризисная). На высокий уровень стрессогенных событий в своей семейной истории женщины указывают чаще, чем мужчины ($p<0,01-0,001$). Гендерные различия по изучаемому признаку у аборигенов Севера выражены более отчетливо, по сравнению с мигрантами. Максимальными они оказались в 40-летнем возрасте и у 20-летних северян (при $p<0,01-0,001$). Обнаружена статистически достоверная связь между депрессией и семейным напряжением ($r=0,5$).

Жизненное истощение (ЖИ) достоверно чаще отмечается у северян, состоящих в браке, чем у лиц, не имеющих семьи ($p<0,001$). У мужчин с высоким ЖИ состоит либо нет человек в браке никакой роли не играет. Северянки, состоящие в браке, в 1,5 раза чаще отмечают высокое ЖИ, по сравнению с незамужними женщинами, либо с женщинами, расторгшими брак ($p<0,001$). Среди вдовцов и лиц, находящихся в разводе, каждый второй респондент имеет высокое ЖИ.

В десятилетней динамике у мигрантов Севера отмечено достоверное увеличение частоты семейных и коммуникативных стрессов, а также фактора ЖИ. Увеличение стрессов, депрессии и жизненного истощения отмечено у лиц наиболее трудоспособного возраста, в возрастных группах 30-летних и 40-летних северян. У аборигенов Севера, напротив, отмечено снижение частоты социальных стрессов. Так, численность семейных стрессов и стрессов в трудовой сфере у аборигенов Севера сократилась в 2 раза ($p<0,001$), а частота стрессов, обусловленная социально-бытовыми причинами, снизилась в 1,5 раза ($p<0,05$).

Анализ показывает, что у половины северян с удовлетворительным физическим состоянием, тем не менее, выявляются серьезные эмоциональные проблемы. Так, у каждого второго жителя отчетливо выражены изменения аффективного тона и циклические реакции. У северян намного раньше, чем в благоприятных климатических зонах, формируется ригидность, у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин. Значительная часть населения характеризуется лабильным настроением, неустойчивостью поведения, склонностью вытеснять тревожные сигналы среды. Это качество выявляется примерно у половины мужчин, живущих в северных регионах, что не характерно для Средней Полосы. У каждого третьего работника выявлена астения и высокая общая истощаемость, обусловленная комплексным воздействием неблагоприятных климатических факторов. У мужчин, не имеющих органической патологии, астения выявляется в 2,5 раза чаще, чем у женщин аналогичной группы.

Определен профиль личности у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Северяне с АГ имеют достоверно более высокий уровень депрессии ($p<0,05$), истерии ($p<0,05$) и ипохондрии ($p<0,01$), чем здоровые лица. Гендерный анализ показал, что женщины с АГ более сенситивны, аутичны и декомпенсированы, чем мужчины. Кроме того, у них отчетливее, чем у мужчин, выражены сверхконтроль и эмоциональная лабильность. Достоверные различия сравниваемых показателей у мужчин и женщин установлены по шкалам депрессии ($p<0,05$), истерии ($p<0,05$), ипохондрии ($p<0,05$), шизоидности ($p<0,001$) и гипомании ($p<0,05$).

Усредненный профиль СМОЛ у лиц с АГ в северных регионах отличается по конфигурации от типичных вариантов профиля, полученных в Центральной России, с достоверным увеличением показателей по шкалам психотической части профиля (по 4-й шкале различия достоверны при $p<0,01$, по 9-й шкале при $p<0,05$), что свидетельствует о нарастании психо-

патических особенностей характера. Для больных с АГ на Севере характерны эгоцентризм, эмоциональная лабильность, затруднения в социальных контактах.

При анализе особенностей корреляций отдельных шкал и характера связи этих шкал установлены гендерные различия. Различались по силе корреляции между депрессией и ригидностью – лабильностью. У мужчин с АГ более тесная связь депрессии с тревогой, у женщин с АГ – с астенией и гипоманией.

У северян с ишемической болезнью сердца (ИБС) определены основные формы психического реагирования и установлены характеристики эмоциональной сферы, позволяющие использовать их в качестве маркеров для прогноза формирования патологии. Максимальные показатели получены по 1-ой («ипохондрия») и 3-ей («истерия») шкалам СМОЛ, минимальные – по 4-й шкале («психопатия»), что у больных ИБС отражает тенденцию к подавляемой враждебности. У лиц с ИБС отчетливо выражен депрессивный синдром, что подтверждается повышением профиля на 2-й («депрессия») и выраженным снижением на 9-й шкале («гипомания»). На одном уровне расположены шкалы 2-я («депрессии») и 6-я («паранойальности»), что отражает выраженную дисгармоничность личности и выявляет одновременное существование депрессивных тенденций и аффективной ригидности.

При статистическом анализе значимые различия у больных с ИБС, по сравнению с условно здоровыми лицами, получены по шкале соматизации тревоги (1-я шкала) ($p < 0,01$). У мужчин с ИБС получены достоверно высокие результаты по шкале 1-й («ипохондрия»), по сравнению с мужчинами контрольной группы ($p < 0,05$). При общем невротическом радикале личности, у больных с ИБС отмечаются эксплозивные и истероидные характеристики. Для женщин с ИБС в большей степени характерны повышенная нервозность, конверсионные проявления и циклоидные реакции, а у мужчин обнаруживается тенденция к сверхценным образованиям и общая глубокая депрессивность.

При анализе частоты эмоциональных нарушений в группах с разной тяжестью сердечно-сосудистой патологии выявлены следующие тенденции. Во-первых, эмоциональные нарушения чаще выявляются у лиц с ИБС, чем у лиц с АГ. Во-вторых, массивностью нарушений отличаются мужчины. И, наконец, как у лиц с АГ, так и у лиц с ИБС нарушения в первую очередь выявляются на шкалах «невротической триады», среди которых одно из основных мест занимает депрессия.

Высокие показатели по шкалам «невротической триады» и абсолютное повышение профиля относительно средней (50 Т-баллов) отмечаются у $\frac{2}{3}$ части всех обследованных лиц и занимают одинаковое ранговое место, как у лиц с ИБС, так и у лиц с АГ. Ипохондрические проекции у лиц с АГ обнаруживаются в 1,5 раза чаще ($p < 0,01$), а у лиц с ИБС в 2 раза чаще, чем в здоровой выборке ($p < 0,001$), что свидетельствует об устойчивой склонности к соматизации тревоги и аффекта у данной категории больных.

Депрессия у лиц с АГ в общей выборке больных выявляется в 2 раза чаще, чем у здоровых северян ($p < 0,01$). У женщин с АГ частота депрессии также в 2 раза превышает аналогичные показатели в здоровой выборке женщин ($p < 0,01$). Ипохондрия обнаруживается у женщин с АГ в 2,6 раза, а у женщин с ИБС – в 3 раза чаще, чем у здоровых северянок ($p < 0,001$). Это также подтверждает, что процесс соматизации тревоги является одним из основных механизмов патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний. У мужчин с ИБС эмоциональные нарушения обнаруживаются чаще, чем у гипертоников. Особенно отчетливо различия проявляются по 1-й шкале («ипохондрия»), что также подтверждает статистически значимое увеличение в данной группе астено-невротических проявлений ($p < 0,01$).

Достоверно чаще, чем у мужчин, в обеих сравниваемых группах у женщин выявляются паранойальность (высокая 6 шкала) (при $p < 0,001$ у женщин с АГ; при $p < 0,05$ у женщин с ИБС, по сравнению с мужчинами аналогичных групп). Аутичность также больше характерна для женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями, по сравнению с мужчинами. Так, высокие значения 8-й шкалы («шизоидность») у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями встречаются в 1,5–2 раза чаще, чем у мужчин, причем при АГ отмечены статистически значимые различия ($p < 0,01$). Достоверно чаще, чем у мужчин аналогичной группы, у

женщин с АГ выявляется высокая депрессия, истерические и астено-невротические симптомы (по всем показателям различия в сравниваемых группах достоверны при $p < 0,01$).

В группе лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями эмоциональные нарушения, при которых по шкалам СМОЛ отмечается абсолютное повышение профиля относительно средней (50 Т-баллов), обнаруживается чаще, чем в других анализируемых группах (табл. 2).

Таблица 2. Частота эмоциональных нарушений у лиц с соматической патологией по результатам сокращенного многофакторного опросника личности СМОЛ (>50 Т-баллов) (%)

Группы	Пол	Шкалы СМОЛ							
		Hs	D	Hu	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
Патология сердечно-сосудистой системы	муж	57,1	35,7	48,8	29,8***	32,1	41,7	33,3	41,7
	жен	69,4***	52,0**	63,3*	37,7	61,2	47,9	55,1	53,1
	оба пола	63,7***	44,5**	56,6	34,1	47,8	45,0	45,0	47,8
Патология органов дыхания	муж	53,3	40,0	53,3	26,7*	33,3	26,7	40,0	40,0
	жен	40,0	33,3	46,7	40,0	40,0	66,7	53,3	60,0
	оба пола	48,9	37,8	51,1	31,1	35,5	40,0	44,4	46,7
Патология желудочно-кишечного тракта	муж	80,0	50,0	80,0	40,0*	30,0	30,0	40,0	50,0
	жен	42,1	57,9*	52,6	31,6	52,6	47,4	47,4	63,1
	оба пола	51,7	55,2**	62,1	34,5	44,8	41,4	44,8	58,6
Без соматической патологии	муж	64,7	23,5	47,0	5,9	29,4	41,2	35,3	41,2
	жен	25,8	29,0	41,9	45,2	58,1	41,9	45,2	58,1
	оба пола	39,6	27,1	43,7	31,2	47,9	41,7	41,7	52,1

Примечание. Условные обозначения основных шкал СМОЛ Hs-ипохондрия; D-депрессия; Hu-истерия; Pd-психопатия; Pa-паранойальность; Pt-психастения; Sc-шизоидность; Ma-гипомания.

Достоверность различий лиц с соматической патологией, по сравнению со здоровыми северянами, обозначена при * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Гендерные значения, достоверно различающиеся по t-критерию Стьюдента на уровне 0,05-0,001 подчеркнуты

В общей группе лиц с патологией сердечно-сосудистой системы в 1,6 раза чаще, чем у здоровых, встречаются нарушения по 1-й («ипохондрия») и 2-й («депрессия») шкалам, при этом различия высоко достоверны (при $p < 0,001$ – $p < 0,01$). У женщин этой группы в 1,5 раза чаще, по сравнению с мужчинами, проявляются симбиотические тенденции и ярко выраженные гиперестезические реакции, характерные для депрессии ($p < 0,01$) (высокая 2-я шкала). В общей группе лиц с патологией органов дыхания высокая депрессия выявлялась в 1,7 раза чаще, чем в здоровой выборке. Депрессия при патологии желудочно-кишечного тракта встречается в 2 раза чаще, чем у здоровых северян ($p < 0,01$). Группу лиц с патологией органов дыхания можно характеризовать как людей тревожно-мнительных, сенситивных, склонных к обсессивно-фобическим реакциям и изменениям самосознания. У мужчин с патологией органов дыхания в 4,5 раза чаще, по сравнению со здоровыми мужчинами, отмечаются нарушения по 4-й шкале СМОЛ («психопатия») ($p < 0,05$) $\frac{2}{3}$ женщин с патологией органов дыхания склонны к формированию навязчивостей и имеют крайнюю сенситивность и чувствительность. Эта особенность проявлялась у них достоверно чаще, по сравнению с мужчинами аналогичной группы ($p < 0,01$).

Одинаково значимой как для мужчин, так и для женщин с патологией органов дыхания является корреляционная связь между психопатией и шизоидностью. Это сочетание обнаруживает нарушение социальной адаптации и протест, который не может проявляться в активном поведении, а определяет внутренний конфликт, вследствие неспособности человека объективно оценивать ситуацию и характер общественных экспектаций. Выявлена достоверная высокая корреляция между депрессией и шизоидностью, что говорит о значительной роли

депрессии и аутизации в формировании психофизиологических соотношений при патологии органов дыхания.

Лица с патологией желудочно-кишечного тракта отличаются повышенной внушаемостью и самовнушаемостью. Отличительной особенностью данной патологии является высокая депрессия, которая обнаруживается у них в 2 раза чаще, чем у здоровых северян ($p < 0,01$). Истерия у мужчин из этой группы выявляется достоверно чаще, по сравнению с мужчинами, имеющими патологию сердечно-сосудистой системы ($p < 0,01$). По сравнению со здоровыми мужчинами, у мужчин с патологией желудочно-кишечного тракта в 7 раз чаще обнаруживаются высокие значения 4-й шкалы («психопатия») ($p < 0,05$). Аналогично у женщин с аналогичной патологией в 2 раза чаще, чем у здоровых женщин, отмечаются нарушения по 2 шкале («депрессия») ($p < 0,05$). Ипохондрические проекции достоверно чаще обнаруживаются у мужчин с патологией желудочно-кишечного тракта, по сравнению с женщинами аналогичной группы ($p < 0,01$).

При анализе корреляционных связей отдельных шкал СМОЛ у мужчин отмечена сильная взаимосвязь между депрессией и аффективной ригидностью, а также паранойальностью и истерией. Кроме того, у больных с патологией желудочно-кишечного тракта получена достоверная положительная корреляционная связь между возрастом и астенией ($r = 0,4$), а также ригидностью ($r = 0,4$). У мужчин взаимосвязь возраста и депрессии оказалась несколько сильнее, чем у женщин (сила связи соответственно 0,33 – 0,26). Северный стаж у мужчин наиболее тесно связан с психастенией ($r = 0,7$).

При анализе качества жизни у больных с АГ получены низкие показатели по шкалам ФФ (физическое функционирование), РФ (ролевое функционирование), ФБ (физическая боль), СФ (социальное функционирование), РЭ (ролевое эмоциональное функционирование). По шкале ФФ, характеризующей диапазон физической активности, у лиц с АГ показатель, по сравнению со здоровыми северянами, снижен достоверно ($p < 0,001$). Выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества) у больных с АГ мешает общее эмоциональное состояние.

Лицами с АГ дана низкая оценка своего ролевого функционирования, при котором физическое состояние ограничивает повседневную деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Кроме того, у них проявляется значительное ограничение социальных контактов, по сравнению со здоровыми, а уровень общения резко снижен в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

При анализе показателей SF-36 у здоровых северян худшие значения получены по шкалам общего состояния здоровья, жизненной активности и психического здоровья. Оценка своего состояния здоровья составила 53% от максимально возможной (шкала ЗЦ). Индекс по шкале жизненной активности составил 55% (шкала ЖЭ). Показатели шкалы психического здоровья (шкала ПЗ) (59,8%) свидетельствуют о психическом неблагополучии. Шкала эмоциональности (шкала РЭ) характеризует степень, в которой тревога влияет на производительность и мешает качественному выполнению работы (увеличиваются затраты времени, уменьшается ее объем). По этой шкале более низкие показатели получены у женщин (68,6%, против 78,1% у мужчин). Невысокие оценки по шкале психического здоровья (шкала ПЗ) (в обоих случаях 59%) свидетельствуют о недостаточном психическом благополучии северян. Эмоциональное состояние у мужчин серьезно ограничивает профессиональные и социальные контакты и снижает их гражданскую активность (шкала социального функционирования СФ) (72,2%). Физическое благополучие на общение влияет меньше. У женщин, в свою очередь, снижение социальной активности более обусловлено соматическими проблемами, чем эмоциональными, где показатель лучше (75,1%).

Гендерный анализ показал, что общая физическая активность у женщин в большей степени, чем у мужчин, ограничивается состоянием здоровья (шкала ФФ) (70,2 против 78,2%). Еще больший разброс в показателях получен по параметру ролевого функционирования (шкала РФ). Анализ показал, у женщин профессиональная и трудовая активность значительно больше ограничена общим физическим состоянием, чем у мужчин (62,2 против 75,5%).

Боли различного генеза влияют на способность заниматься повседневной деятельностью примерно в одинаковой степени, как у мужчин, так и у женщин (шкала ФБ) (соответственно 71,9 и 68,1%). Оценка своего состояния у северян очень низка, как у мужчин, так и у женщин (шкала ЗЦ) (соответственно 53,1 и 51,9%). Некоторые различия получены по параметру жизненной активности (шкала ЖЭ – жизненная энергия), где выше степень утомления у женщин. У мужчин картина немного благоприятнее, однако и у них отмечается снижение жизненной активности примерно на $\frac{1}{3}$ треть (соответственно 54,1 и 65,8%).

В целом, проведенный опрос по качеству жизни показывает, что худшие значения у северян получены по шкалам общего состояния здоровья, жизненной активности и психического здоровья. Научный анализ этих проблем может стать основой для проведения практических профилактических мероприятий и совершенствования организационных форм социально-психологического сопровождения лиц, занятых освоением нефтегазового комплекса страны.

Диагностика внутреннего конфликта у рабочих, мигрантов Севера, позволила определить, что основная конфликтная сфера у северян – это сфера здоровья. Так, больше $\frac{1}{3}$ части северян в настоящее время испытывает серьезный эмоциональный дискомфорт по поводу имеющихся проблем со здоровьем. Далее одинаково часто выявляются глубокие конфликты в семейной сфере и в сфере материального благополучия (рис. 1).

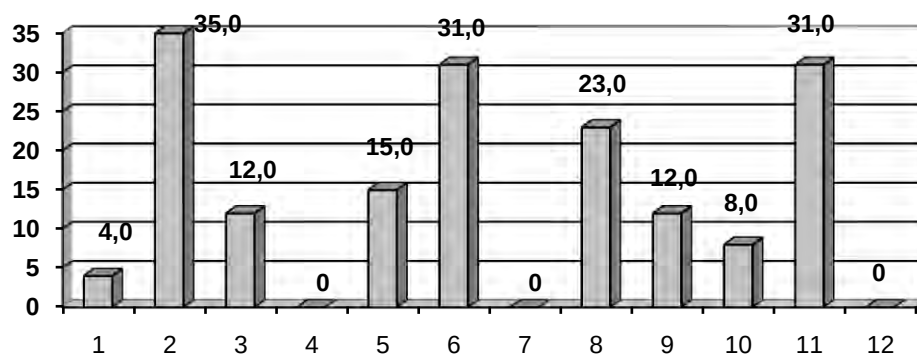


Рис 1. Внутренние конфликты у населения северных регионов (%)

Примечание. Цифрами обозначены основные жизненные сферы, в которых проявляется конфликт: 1) активная, деятельная жизнь; 2) физическое и психическое здоровье; 3) интересная работа; 4) красота природы и искусства; 5) любовь; 6) материально-обеспеченная жизнь; 7) друзья; 8) уверенность в себе; 9) познание; 10) свобода; 11) счастливая семейная жизнь; 12) творчество

У северян получен неудовлетворительный показатель самооценки. В частности, у $\frac{1}{3}$ северян выявлены такие признаки социальной депрессии, как пессимизм, апатия, неверие в свои силы и возможности. При ранжировании этот показатель среди других негативных проявлений стоит у северян на 3-м месте. Примерно $\frac{1}{5}$ часть северян недовольны своими партнерскими отношениями, переживают по поводу отсутствия духовной близости в сфере интимных отношений и испытывают глубокую неудовлетворенность в связи с проблемами в любовных отношениях. Значительная часть северян (12%), испытывают дефицит духовного развития и самосовершенствования, что также вызывает чувство глубокой неудовлетворенности. 12% мигрантов хотели бы найти более интересную работу. Рутинная деятельность, работа не по специальности также порождает у северян эмоциональные проблемы.

Достаточно высокий процент мигрантов (8%) имеют экзистенциальные проблемы (отсутствие достаточной свободы самовыражения и волеизъявления) и хотели бы быть более независимыми в своих действиях и поступках. У части северян (4%) фрустрирована потребность в самоактуализации, в то время как они хотели бы жить более активной деятельной жизнью. Не выявлены конфликты в таких жизненных сферах, как наслаждение природой и дружеское общение. У северян с АГ достоверно чаще, чем у здоровых северян, внутренний

конфликт связан со сферой установления партнерских отношений ($p < 0,05$), им недостает уверенности в себе ($p < 0,05$) и фрустрирована потребность познания ($p < 0,001$).

По Hand-тесту при болезнях кровообращения у северян обнаруживается подавляемая враждебность (очень интенсивная) и сильно страдает волеизъявление (лица с АГ затрудняются формулировать свои желания и потребности).

Больные с АГ гиперсензитивны, они проявляют выраженную зависимость при взаимодействии с окружением, все время ищут поддержки, болезненно переносят любую оценку своих действий. Различия показателей теста по шкалам Dser (вербализации), Act (активная безличность) и Ex (демонстративность) у больных с АГ и здоровых северян статистически достоверны. Коэффициент по шкале Ex у лиц с АГ в 3 раза превышает показатели в здоровой выборке северян, что является проявлением демонстративных тенденций.

В целом, проведенный анализ показал, что социальные стрессы, имеющие высокую распространенность на территории северных регионов, широко представлены у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, при этом значимую роль играют бытовые нагрузки, стрессы в общении, семейные нарушения.

При анализе показателей качества жизни у северян с АГ худшие значения получены по шкалам общего состояния здоровья, ролевого функционирования, жизненной активности и психического здоровья. У северян, в силу комплекса природных и социальных причин, серьезно ограничена производительность и, к сожалению, невелик ресурс здоровья. В то же время в ряде районов отмечена пессимистичная оценка медицинского обслуживания. Это заставляет активизировать усилия, направленные на сохранение и укрепление здоровья у жителей северных регионов.

У северян с ХНИЗ выявлен высокий уровень личностной дезинтеграции с психотическим паттерном реагирования во всех жизненных сферах, когда желания в высокой степени превосходят возможности, точнее, желания абсолютно не соответствуют возможностям человека (острый конфликт между хочу – могу, хочу – имею, потребность – возможность).

Анализ динамики стрессов у населения показал изменение направления причинно-следственного вектора неудовлетворенности с трудовой деятельности на семейный фактор, что свидетельствует о необходимости принятия неотложных социальных мер, направленных на укрепление института семьи, а именно:

1. Необходимо организовать широкую сеть службы психологического консультирования в кабинетах социально-психологической помощи, на «телефоне доверия», в консультациях «брак и семья» для оказания общедоступной квалифицированной медико-психологической помощи населению северных регионов.

2. Следует усилить кадровую политику в отношении увеличения специалистов в области медицинской психологии для решения проблем в области психогигиены (психогигиена физического и умственного труда, психогигиена брачных и семейных отношений) и психопрофилактики (психическое здоровье людей в норме, ситуации предболезни и болезни). Рекомендовать формы внебольничной помощи больным с психосоматическими расстройствами (клубы бывших пациентов, работа в ассоциациях и сообществах), работа «Коронарных клубов», «Школ для больных бронхиальной астмы» и других.

3. В связи с высокой распространенностью семейных дисфункций в обеих этнических популяциях северных регионов (30% кризисных семей) использовать разнообразные формы укрепления института семьи, такие как:

- а) социологический мониторинг семьи с целью исследований в области семьи, изучения диспозиций брачного поведения, измерения удовлетворенности браком, изучения ценностных ориентаций, установок к здоровью и продолжительности жизни;

- б) организация консультативных пунктов службы поддержки семьи на базе социальных структур, крупных промышленных предприятий, в образовательных и медицинских учреждениях северных регионов.

ВЫВОДЫ

Существует определенная связь между типами личности и повреждающими факторами социальной среды. Такими факторами для лиц с артериальной гипертонией являются профессиональные и бытовые нагрузки и конфликты в межличностном общении.

Качество жизни северян с АГ достоверно снижено по параметрам ролевого и социального функционирования, а внутренний конфликт обусловлен проблемами самооценки, познания и установления близких партнерских отношений.

У рабочих, мигрантов Севера, в отличие от аборигенов Севера, выше распространенность таких социальных стрессов, как профессиональный, коммуникативный, бытовой и семейный стрессы, а также истощение жизненных сил.

Частота социальных стрессов у аборигенов Севера выше в молодых (стрессы в межличностном общении, в семье), а у мигрантов Севера – в старших возрастных группах (стрессы в профессиональной сфере, в быту, в межличностном общении).

При сравнении, повышенную напряженность в общении чаще испытывают мигранты Севера. Максимальные различия отмечены в 40-летнем возрасте, где нарушенная система межличностных отношений выявлялась у мигрантов примерно в два раза чаще, по сравнению с коренными северянами.

Семья для многих северян является источником постоянно действующего стресса, а психотравмирующая обстановка отмечается в каждой третьей семье. В разных этнических общностях выявлены однотипные тенденции: формированием семейных отношений чаще не удовлетворены женщины, а характер взаимоотношений хуже в молодых семьях.

Высокая агрессивность с высокой достоверностью обнаруживается при всех формах соматической патологии, однако у мужчин с патологией сердечно-сосудистой системы психопатические реакции отмечаются в пять раз чаще, по сравнению со здоровыми мужчинами.

При формировании психосоматической патологии частота депрессии, по сравнению со здоровой выборкой, увеличивается в два раза, что особенно характерно для лиц с сердечно-сосудистой патологией.

Литература

1. Бойко Е. Р. Северные территории и здоровье человека // Научно-аналитические материалы по районированию Севера России / отв. ред. В. Н. Лаженцев. Сыктывкар: Коми науч. центр УрО РАН, 2004. 48 с.
2. Алексеенко В. Д., Симонова Н. Н., Зуева Т. Н. Влияние производственных факторов на состояние здоровья работников нефтедобычи при вахтовой организации труда в Заполярье // Экология человека. 2009. № 6. С. 47-50.
3. Архиповский В. Л. Сердечно-сосудистая патология: распространенность, основные факторы риска // Экология человека. 2007. № 7. С. 20-25.
4. Психология здоровья населения в России / В. В. Гафаров [и др.]. Новосибирск: СО РАМН, 2002. 360 с.
5. Асмолов А. Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа. М.: Смысл, 2001. 416 с.
6. Лобова В. А. Психологическое благополучие личности в популяции северных этносов. Ханты-Мансийск: Информационно-издательский центр ЮГУ, 2010. 330 с.
7. Zung W.W.K., Durham N.S. A self-rating depression scale // ArchGenPsychiat. 1965. Vol. 12. P. 63-70.
8. Балашова Т. И. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Цунга // Практикум по экспериментальной и прикладной психологии: Учебное пособие. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 1997. 312 с.
9. Связь между депрессивностью, факторами риска ишемической болезни сердца и смертностью от этого заболевания / А. Гоштаутас [и др.]. // Обозрение психиатрии. 2004. № 1. С. 15-18.
10. Фанталова Е. Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. Самара: Изд-во БАХРАХ, 2001. 128 с.