

## Необходимо ли учитывать психосоциальные особенности населения при планировании и реализации популяционных профилактических программ?

Бритов А.Н.<sup>1</sup>, Елисеева Н.А.<sup>1</sup>, Деев А.Д.<sup>1</sup>, Мирошник Е.В.<sup>2</sup> от имени участников исследования\*

<sup>1</sup>Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины. Москва, Россия;

<sup>2</sup>Федеральный медико-биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России. Москва, Россия

**Цель.** Оценить социальный статус и некоторые психологические характеристики в ряде организованных популяций в 5 типичных регионах – городах России, а также сопоставить выявленные результаты с традиционными ФР и хроническими заболеваниями.

**Материал и методы.** Были обследованы в 2009/2010 гг. представительные выборки из организованных популяций 5 городов России. Всего обследовано – 2227 человек, 1336 женщин и 891 мужчина. Для оценки здоровья использовали опросники с целью выявления социально-экономического статуса (СЭС), соматического и психологического состояния здоровья: индекс жизненного стиля (ИЖС) – механизмы психологической защиты (МПЗ), социальной адаптации, саногенной рефлексии, шкала психотизма Айзенка и нравственный потенциал развития личности, синдром эмоционального выгорания, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), PSS (интегральный международный вопросник на выявление стресса), измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, окружности талии, бедер.

**Результаты.** Лица с высшим образованием составляли от 82 % в Нальчике до 29,3 % в г. Омске. Самооценка уровня благосостояния оказалась низкой у значительной части обследованных лиц: от 10,4 % и 13 % до 40,4 %. Артериальная гипертензия была выявля-

на – от 1,29 % и 1,64 % у мужчин и женщин в возрасте 25-34 лет до 60 % и 75,8 % в 65-74 лет. Ожирение (ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) обнаружено более чем у половины обследованных лиц во всех социальных группах. При простой кросс-табуляции, когда объединили все МПЗ в их негативных значениях, была обнаружена высоко достоверная связь ИЖС (не норма) с большинством перенесенных соматических заболеваний ( $p < 0,001$ ) и психическими расстройствами ( $p < 0,007$ ). У женщин негативные проявления МПЗ выражены достоверно в большей степени, чем у мужчин ( $p < 0,007$ ). При анализе по возрастам выявлено, что в возрасте  $< 50$  лет негативные проявления МПЗ выражены в меньшей степени ( $< 28$  %), тогда как в 50-60 лет – 37,8 %, а в 60-75 лет – 57,7 % ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Планирование и реализация популяционных профилактических программ требует учитывать не только уровень заболеваемости и традиционные ФР, но и психосоциальные особенности соответствующих групп населения.

**Ключевые слова:** организованная популяция, психолого-социальное анкетирование.

Поступила 25/11-2011

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2012; 11(1): 17-22

### Should psychosocial factors be taken into account when developing and implementing population-level preventive programmes?

Britov A.N.<sup>1</sup>, Eliseeva N.A.<sup>1</sup>, Deev A.D.<sup>1</sup>, Miroshnik E.V.<sup>2</sup>, on behalf of the Study Group\*

<sup>1</sup>State Research Centre for Preventive Medicine. Moscow, Russia; <sup>2</sup>A.I. Burnazyan Medico-Biophysical Centre. Moscow, Russia

**Aim.** To assess social status and selected psychological characteristics in organised urban populations from 5 Russian regions; to compare the results with the prevalence of traditional risk factors (RFs) and chronic disease.

**Material and methods.** In 2009-2010, representative samples of organised populations from 5 Russian cities were examined (total  $n=2227$ , 1336 women and 891 men). The questionnaires assessed socioeconomic status (SES), as well as somatic and psychological health. The assessed psychological parameters included Lifestyle Index (LI), psychological resilience mechanisms (PRM), social adaptation, sanogenic reflection, Eysenck phychoticism scale, personal moral potential, emotional burnout syndrome, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Perceived Stress Scale (PSS). The examination included the measurement of blood pressure, heart rate, waist circumference, and hips circumference.

**Results.** The proportion of higher-educated people ranged from 82% in Nalchik to 29,3% in Omsk. Low self-rated wealth levels were highly prevalent (from 10,4-13% to 40,4%). Arterial hypertension was

registered in 1,29% and 1,64% of men and women aged 25-34 years. In people aged 65-74 years, the respective figures were 60% and 75,8%. Obesity (body mass index  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) was registered in over 50% of the participants from all social groups. Negative (pathological) levels of LI significantly correlated with the majority of somatic diseases ( $p < 0,001$ ) and psychological disorders ( $p < 0,007$ ). In women, negative PRM were significantly more prevalent than in men ( $p < 0,007$ ). In those aged under 50 years, the prevalence of negative PRM was lower (up to 28%) than in those aged 50-60 years (37,8%), or 60-75 years (57,7%) ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion.** The development and implementation of population-level preventive programmes should take into account not only morbidity levels and traditional RFs, but also psychosocial features of the respective population groups.

**Key words:** Organised population, psychological and socioeconomic questionnaire survey.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2012; 11(1):17-22

По определению ВОЗ – “здоровье это единство физического, психического и духовного состояний человека”. Нарушение любого из указанных компонентов – свидетельство “нездоровья”, индивидуального и/или общественного. Для оценки риска заболеваний тех или иных систем организма создаются таблицы и шкалы оценки риска -SCORE (Systematic coronary risk evaluation for disease control). Наибольшую известность приобрели шкалы SCORE для сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Согласно данным шкалы SCORE для европейских стран с низким и высоким рисками [1], которые базируются на оценке традиционных факторов риска (ФР) основных ССЗ. Некорректируемые ФР: пол и возраст; корректируемые ФР: величина систолического артериального давления (САД), уровень общего холестерина сыворотки (ОХС), наконец, курение. Перечень ФР далеко неполный, не учитываются индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), показатели повседневной физической активности (ФА), уровень глюкозы и т. д. В профилактической медицине используются и другие шкалы риска, например, PROCAM (PROspective Cardiovascular Münster Study). В них число общепринятых ФР больше, однако, далеко не исчерпывающее. Обращает внимание еще одно важное обстоятельство. Априорно европейские страны разделены на страны с низким и с высоким сердечно-сосудистым риском (ССР). Следует признать, что такое разделение вполне справедливо, причем, Российская Федерация (РФ) относится к странам с высоким ССР. Естественно возникает вопрос: какова причина или причины такого разделения. Ведь расовые различия между большинством западноевропейцев, у которых низкий ССР и россиянами, белорусами, украинцами, румынами и т. д. отсутствуют. Бытует даже мысль разделить европейские страны по потреблению виноградного вина. Этот фактор, по видимому, играет какую-то роль, т. к. виноградное натуральное вино богато флавоноидами, оказывающими антиокислительный эффект<sup>1</sup>.

Однако, попытки применения других средств с выраженным антиокислительным эффектом, например, витамин Е, не оказало значимого влияния в лечебном или профилактическом плане. Во-вторых, в таких странах, как Молдавия, Румыния, Болгария и некоторых других, почему-то потребление виноградного вина не приносит столь очевидного оздоравливающего эффекта. Наконец, источников натуральных антиокислителей достаточно много всюду, в т.ч. в РФ. И тогда невольно напрашивается гипотетический ответ – для столь разительного различия уровней риска сердечно-сосудистого здоровья значение имеют социально-психологические факторы.

<sup>1</sup> Хорошие источники флавоноидов: цедра цитрусовых, фрукты и ягоды, лук, зелёный чай, красные вина, тёмные сорта пива, облепиха, чёрный шоколад (70% какао и выше). Из отходов производства вин и соков (виноградные выжимки) получают дешёвые и эффективные биоконцентраты флавоноидов. (Источник: “Википедия”)

В таблице 1 представлен перечень основных психосоциальных факторов, которые, по мнению большинства исследователей, оказывают негативное влияние на риск развития ишемической болезни сердца (ИБС), ее течение и прогноз. Нет необходимости напоминать о том, что ИБС – главная причина смертности современного человека, по крайней мере, в развитых странах.

Цель исследования – оценить социальный статус и некоторые психологические характеристики в ряде организованных популяций в нескольких, типичных регионах – городах РФ, а также сопоставить полученные результаты с традиционными ФР и хроническими заболеваниями.

## Материал и методы

Были обследованы в 2009/2010 гг. представительные выборки из организованных популяций с откликом 80-90 % в 5 городах РФ: Великий Новгород (n=500), Вологда (n=327), Нальчик (n=490), Нижний Новгород (n=500), Омск (n=500); всего обследовано 2227 чел., 1336 женщин и 891 мужчина. Большинство обследованных – квалифицированные рабочие и служащие крупных промышленных предприятий. Исключение составила выборка в г. Нальчике, где обследованы 80 водителей общественного транспорта и 410 преподавателей Кабардино-Балкарского Госуниверситета (КБУ).

Для оценки индивидуального и общественного здоровья использованы опросники для выявления социально-экономического статуса (СЭС), соматического и психологического состояния здоровья: индекс жизненного стиля (ИЖС) – механизмы психологической защиты, социальной адаптации, саногенной рефлексии, шкала психотизма Айзенка и нравственный потенциал развития личности, синдром эмоционального выгорания, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), PSS (интегральный международный вопросник на выявление стресса). Преимущественно опросники были рассчитаны на самозаполнение, иногда использовалась помощь интервьюера (г. Нальчик).

Математическая, статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием статистических пакетов SAS.

## Результаты

Все обследованные были опрошены в отношении уровня образования, самооценки благосостояния. Лица с высшим образованием составляли от 82 % в Нальчике (работники КБУ) до 29,3 % в г. Омске (работники одного из заводов). Самооценка уровня благосостояния оказалась низкой у значительной части обследованных лиц: от 10,4 % и 13 % (мужчины в Омске и Нальчике) до 40,4 % (женщины в В. Новгороде). Среди лиц без высшего образования низкая самооценка своего благосостояния была у 20 % мужчин и у 37,7 % женщин. Но среди лиц с высшим образованием (в/о) 13,2 % мужчин и 18,7 % женщин оценивали свое благосостояние как низкое. Высоко оценили уровень благосостояния примерно каждый пятый муж-

Таблица 1

Психосоциальные факторы, которые оказывали влияние на риск развития ИБС и ухудшали ее течение и прогноз:

- Низкое социально-экономическое положение
- Социальная изоляция (одиночество) и/или отсутствие поддержки
- Стресс на работе и в семейной жизни
- Негативные эмоции, включая депрессию и враждебность

чина при любом уровне образования, а у женщин эта оценка различалась: 30,8 % при в/о и лишь 19,6 % — без в/о. 66,6 % лиц достаточно обеспеченных по объективной оценке (“богатые”) имеют в/о, но примечательным был другой факт — среди мало обеспеченных 37,3 % также составляли лица с в/о. Возможно — это одна из причин хронического эмоционального стресса для весьма значительной части населения.

Еще один социальный ФР — это отсутствие брачного союза. Сюда относятся как многие молодые респонденты, так и разведенные и вдовцы среди лиц старших возрастов. Таких лиц оказалось в разных популяциях от 24 % до 44 %. Для этой части обследованной популяции более характерна такая когнитивная самооценка, как осознание одиночества. Одиночество — это тяжелое эмоциональное переживание: глубоко одинокие люди очень несчастны [2]. Хотя обследованные лица относились к организованным популяциям, т. е. все они были членами трудовых коллективов, одиночество на семейном уровне нельзя не учитывать.

Ведущий показатель “нездоровья” конкретной популяции — распространенность общепризнанных ФР хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Артериальная гипертензия (АГ), диагностируемая по расширенным критериям: АД  $\geq 140/90$  мм рт.ст. и/или антигипертензивная терапия (АГТ) в последнюю нед. перед скринингом, составила — от 1,29 % и 1,64 % у мужчин и женщин в самой молодой группе (гр.) (25-34 лет) до 60 % и 75,8 % в самой старшей гр. (65-74 лет). Величина САД оказалась у лиц с в/о как у мужчин, так и у женщин в среднем несколько ниже —  $126,65 \pm 0,87$  и  $124,91 \pm 0,64$  мм рт.ст. по сравнению с лицами без в/о —  $127,42 \pm 0,89$  и  $128,00 \pm 0,91$  мм рт.ст. Столь заметных различий для диастолического АД (ДАД) не наблюдали. Ожирение ( $\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$ ) обнаружено более чем у половины обследованных лиц во всех социальных гр. (относительно богатые, со средним достатком и относительно бедные).

Привлекли внимание данные по шкалам синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). СЭВ — это неминуемое последствие неадекватного разрешения стресса на рабочем месте и профессионального кризиса (самоощущение собственной профессиональной некомпетентности, чаще не соответствующее объективным оценкам). Непрекращающееся воздействие на человека стрессовых ситуаций приводит к интеллектуальному, душевному и физическому переутомлению. Известно, что стресс — это

особое состояние организма человека, возникающее при воздействии на него разнообразных повреждающих факторов. Стресс сопровождается сильным физиологическим и психоэмоциональным напряжением, во время которого происходит активизация различных систем приспособления человека к изменившимся окружающим условиям, для преодоления стрессовой ситуации. Стресс — это пусковой механизм адаптации. Однако если стресс имеет негативные последствия для здоровья, его именуют дистресс.

Одна из самых распространенных причин дистресса, как проявления СЭВ, — организационные недостатки. К ним относятся такие коллизии, как высокая рабочая нагрузка при дефиците времени для выполнения работы; отсутствие поддержки со стороны коллег и начальства; недостаточное вознаграждение за работу. Сюда же следует отнести противоречивые требования к сотруднику, постоянную угрозу штрафных санкций и т. п. Опасность СЭВ заключается в том, что “выгоранию” свойственно изо дня в день прогрессировать. На его фоне могут обостряться различные хронические заболевания, развиваться новые болезни и меняться физиологические параметры с сапогенных на патогенные. Как правило, профессиональная помощь врача не приносит быстрого и стойкого облегчения.

По полученным данным низкие значения СЭВ (0-1 балл) характерны для эмоционально здоровой части популяции, они были отмечены у 47,6 % и 58,7 % мужчин и женщин 25-34 лет. С возрастом этот процент снижается до 23,3 % и 32,4 % в 35-44 года и до 9,1 % и 10,9 % в 65-74 года. Однако возрастает частота неблагоприятных значений СЭВ (2-6 баллов), среди лиц зрелого и особенно пожилого возрастов. В 35-44 года такие значения СЭВ отмечены в > 60 % наблюдений, а у пожилых людей в > 80 %. Явный же СЭВ (6 — 10 баллов) диагностирован существенно реже, но все же у ~15 % мужчин и у 6-8 % женщин зрелого и пожилого возрастов (55-74 года).

При анализе психологических характеристик ИЖС респондентов были использованы тесты Роберта Плутчика и Генри Келлермана, утвержденные в 1997г. Психиатрической секцией Ученого Совета МЗ РФ и изданного 2 года спустя в виде “Пособия для врачей и медицинских психологов” [3]. Здесь следует напомнить, что развитие психоанализа, инициированного еще Зигмундом Фрейдом в конце XIX века и позднее развитого

Анной Фрейд, привело к применению термина и понятия “механизмы психологической защиты (МПЗ)”. В одной из своих работ, изданной на русском языке только в 1993г [4], А.Фрейд пишет, что понятие защиты имеет свои преимущества, “поскольку мы вводим его для общего обозначения всех техник, которые “Я” использует в конфликте и которые могут привести к неврозу...” К 9 способам защиты, которые исчерпывающе описаны в теоретических работах по психоанализу: регрессия, вытеснение, формирование реакции, изоляция, уничтожение, проекция, интроекция, борьба “Я” с самим собой, обращение, следует добавить десятый, который относится, скорее, к изучению нормы, а не к неврозу: сублимацию или смещение инстинктивных целей. Каждый МПЗ вначале формируется для овладения конкретными инстинктивными побуждениями и связан, таким образом, с конкретной фазой детского развития”. Хотели бы добавить, что формирование детской психики происходит в конкретных социальных условиях, которые наряду с генетическими факторами не могут не воздействовать на формирование личности уже зрелого человека. В дальнейшем в многочисленных работах психологов и психоаналитиков характеристика ИЖС с помощью оценки МПЗ совершенствовалась. Причем список этих механизмов постоянно изменялся; по Плутчику Р. с соавт их 8.

ИЖС (Life style index — LSI) — это совокупность действий, нацеленных на уменьшение или устранение любого изменения, угрожающего цельности и биопсихологической устойчивости индивида [5]. В целом речь идет о защите от внутреннего возбуждения (влечения) и особенно от представлений (воспоминаний, фантазий), причастных к этому влечению, а также о защите от ситуаций, порождающих такое возбуждение, которое нарушает душевное равновесие и, следовательно, неприятно для “Я”. Подразумевается также защита от неприятных аффектов (эмоций) или фрустраций, выступающих тогда как поводы или сигналы к психологической защите.

Для реализации в работе была принята концепция Р. Плутчика и Г. Келлермана. С помощью специального опросника оценивали 8 МПЗ (шкал) [3]. Представленная на рисунке 1 (смотрите на вклейке) схема показывает, что принятые для анализа 8 механизмов психологической защиты: отрицание, подавление, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивное образование, неразрывно связаны с преобладающими эмоциями — принятие, страх, удивление, печаль, отрицание, гнев, ожидание, радость [6,7]. С другой стороны эти же механизмы служат основой постановки психологического диагноза: истерия, пассивность, психопатия, депрессивность, параноидальность, агрессивность, обсессивность (побуждения при невозможности их реализации), мания; и, нако-

нец, для личностных качеств: любовь или отдача, подчинение, почтение или уважение, разочарование, жалость, презрение, агрессивность, оптимизм.

Оценка степени использования МПЗ была проведена по следующим шкалам:

— защитное отрицание — подразумевает инфантильную подмену принятия окружающими внимания с их стороны; МПЗ в этой ситуации — механизм отвержения мыслей, чувств, желаний или самой реальности. Проблемы как бы ни существует, что неприемлемо на сознательном уровне.

— подавление — неприятные эмоции блокируются посредством забывания реального стимула и всех объектов и обстоятельств, связанных с ним. Данный механизм психологической защиты, означающий тенденцию к подавлению чувств, желаний и эмоций, причиняющих боль, стыд или чувство вины, часто приводит к скрытой агрессии или равнодушию.

— регрессия — возвращение к более онтогенетически незрелым моделям поведения и удовлетворения. Регрессия чаще развивается в раннем детстве, когда ребенок только учится сдерживать чувства.

— компенсация — попытка исправления или замены объекта, вызывающего чувство неполноценности, нехватки, утраты (реальной или мнимой).

— проекция — приписывание окружающим различных негативных качеств как рациональная основа для их неприятия и самопринятия на этом фоне. Эти лица совершенно не критичны к своему поведению и в то же время склонны обвинять других для облегчения внутреннего состояния и снятия напряжения (неосознанная оптимизация внутреннего конфликта). При вынужденном общении, например, в ситуациях покупатель-продавец, начальник-подчиненный и др., такому субъекту кажется, что недопонимание связано с тем, что собеседник к тебе в принципе плохо относится, не ценит тебя.

— замещение — снятие напряжения путем переноса агрессии с более сильного или значимого субъекта (являющегося источником гнева) на более слабый объект или на самого себя.

— интеллектуализация — предполагает произвольную схематизацию и истолкование событий для развития чувства субъективного контроля над ситуацией; интеллектуализация тесно связана с рационализацией и подменяет переживание чувств размышлениями о них.

— реактивное образование — выработка и подчеркивание социально одобряемого поведения, основанного на “высших социальных ценностях”. Однако как МПЗ это может носить двухступенчатый характер: сначала вытесняется неприемлемое желание, а затем усиливается его антитеза. Например, вместо отвержения принимается преувеличенная опека.



Было выявлено, что шкала “защитное отрицание” при результатах “не нормы” свойственна  $63,57 \pm 4,91$  % мужчин и  $56,55 \pm 1,71$  % женщин, наиболее выражена у мужчин 65-74 лет ( $70,5 \pm 3,9$  %) и у женщин – 55-64 лет ( $70,19 \pm 3,54$  %), что свидетельствует об их не всегда адекватной реакции, завышенной самооценке.

МПЗ как “защитная проекция” в отрицательном смысле выявлена в высокой степени у молодых мужчин (25-34 лет) –  $76,4 \pm 5,5$  % и остается высокой во всех возрастных группах, вплоть до 65-74 лет ( $66,7 \pm 10,6$  %), у женщин ситуация еще более критическая: у молодых –  $80,5 \pm 8,2$  %, у людей “третьего возраста” – 55-74 лет –  $72,6 \pm 11,1$  %; т. е. эти люди склонны обвинять других с целью облегчения внутреннего состояния и снятия напряжения (неосознанная оптимизация внутреннего конфликта). У россиян это напряжение выражено в большей степени, чем у людей других стран Европы; например, в Германии – эти изменения выражены лишь в 50 % случаев.

По шкале “защитное замещение” видно, что “внутренняя агрессия” выражена у  $45,01 \pm 4,93$  % мужчин и у  $40,46 \pm 1,74$  % женщин. В большей степени это касается молодых мужчин (~ 50 %), а также лиц 55-64 лет (~ 49 %).

По шкале “защитное подавление” видно, что данный МПЗ свойственен  $44,0 \pm 3,24$  % респондентов, означающий тенденцию к подавлению желаний и эмоций, что часто приводит к скрытой агрессии или равнодушию. У женщин полученные результаты по указанной шкале выглядят хуже (до 73 % в старшей возрастной группе).

По шкале “защитной интеллектуализации” видно, что мужчины практически всех возрастов, но особенно в 35-44 года ( $67,5 \pm 9,1$  %), не имеют склонности к словесному (вербальному) разбору ситуации и анализу, не дифференцируют ситуацию, не “дробят” проблему, у женщин эта психологическая защита часто выражена только в возрасте 55-64 лет ( $66,4 \pm 7,0$  %).

По шкале “защитной регрессии” у мужчин проявление “инфантильного” поведения (детская модель поведения: плач, крик и т. д. в сложных ситуациях) выявлено в  $55,9 \pm 9,5$  % и  $63,9 \pm 10,3$  % случаев. Женщины ведут себя в этом плане более адекватно, инфантильная реакция в конфликтной ситуации проявляется у них лишь в  $47,3 \pm 1,8$  %. Причем и у мужчин, и у женщин в самой старшей группе такая модель поведения наблюдается существенно реже, в  $34,6 \pm 4,75$  % и  $44,3 \pm 4,72$  %, соответственно.

При математической обработке, так называемой, “простой кросс-табуляции”, когда объединили все МПЗ в их негативных значениях, была выявлена высокодостоверная связь ИЖС (не норма) с большинством перенесенных соматических заболеваний ( $p < 0,001$ ): инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе, со стенокардией напряжения, всеми кардиоваскулярными синдромами, диабетом, АГ, некоторыми хрониче-

ческими бронхолегочными заболеваниями, заболеваниями почек, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, урологическими, гинекологическими болезнями, онкологическими заболеваниями в анамнезе; психическими расстройствами ( $p < 0,007$ ). У женщин негативные проявления МПЗ выражены достоверно в большей степени, чем у мужчин ( $p < 0,007$ ). При анализе по возрастам видно, что в возрасте  $< 50$  лет негативные проявления МПЗ выражены в меньшей степени ( $< 28$  %), тогда как в 50-60 лет –  $37,8$  %, а в 60-75 лет –  $57,7$  % ( $p < 0,001$ ).

Была проведена оценка теста на социальную адаптацию, проявляющуюся особенно ярко в поведении в конфликтной ситуации. Тест состоит из 3 шкал: (1) физическая активность, (2) изоляция – замкнутость, (3) стремление уйти от проблем. По результатам исследования по первой шкале видно, что мужчины во всех возрастных группах склонны к проявлению агрессивного стиля поведения в сложных ситуациях (несдержанность в поведении на работе и дома) – от  $74,78 \pm 5,37$  % в возрасте 35-44 лет до  $90,2 \pm 2,8$  % в возрасте 45-54 лет. У женщин такое поведение проявляется еще чаще, чем у мужчин:  $92,4 \pm 2,2$  % в возрасте 35-64 лет. Также часто определялся очень высокий уровень замкнутости (изоляции) как поведенческой реакции в сложной ситуации как среди мужчин, так и женщин ( $93,79 \pm 0,91$  и  $91,59 \pm 1,03$  %, соответственно). Пугает, что такой стиль поведения более свойственен относительно молодым респондентам.

Анализ психотизма по Х.Ю. Айзенку также показал очень высокую склонность к вербальной агрессии ( $89,9$  %).

Оценивался нравственный потенциал респондентов. По шкале “счастье” видно, что люди не ощущают себя счастливыми ни в одном возрастном периоде ( $80,1 \pm 1,0$  %), причем значительные гендерные отличия отсутствовали. По шкале “добро” отмечается большая склонность респондентов к желанию делать добрые дела преимущественно для себя (склонность к эгоизму): у мужчин  $65,8 \pm 4,88$  %, у женщин  $71,1 \pm 1,62$  %.

## Заключение

Таким образом, планирование и реализация популяционных профилактических программ требует учитывать не только уровень заболеваемости и традиционные ФР, но и психосоциальные особенности соответствующих групп населения. Этот вывод вытекает из полученных результатов психологического анализа, при котором было обнаружено высокое напряжение таких МПЗ, как подавление, проекция, замещение; у респондентов оказался слабо сформирован навык разрешать конфликтную ситуацию с учетом личной модели поведения в конфликте, наблюдается нереализованный нравственный потенциал, замечена тенденция к эгоцентризму.

## Литература

1. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007; 14 Suppl 2: S1-11.
  2. Пепло Л., Мицелии М., Морали Б. Одиночество и самооценка. В кн. Самосознание и защитные механизмы личности. Изд. Дом "БахраХ-М" 2008, 261-81.
  3. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для врачей и психологов. С-Петербург 1999.
  4. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. М., 1993. Цит. по сборнику Самосознание и защитные механизмы личности. Изд. дом "БахраХ-М" 2008; 339-56.
  5. Лапланш Ж. и Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. М., 1996.
  6. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Мытищи 1990; 6-24.
  7. Мирошник Е.В. Психологические особенности и средства формирования антистрессорного поведения менеджеров банков в условиях финансового кризиса. Автореф диссерт канд психол наук. Москва 2010.
- \* Участники исследования: Веселков А.Ф. (ИЦС "Ресурс"), Фишман Б.Б. и Сибирева В.В. (Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород), Дроздецкий С.И. и Смирнова Н.Б. (МСЧ Авиационного завода "Сокол", г. Нижний Новгород), Инарокова А.М. (Кабардино-Балкарский государственный университет, г. Нальчик), Нечаева Г.И. (Омская государственная медицинская академия, г. Омск), Касимов Р.А. и Зайцева М.Н. (ГУЗ "Вологодский областной центр медицинской профилактики").