

## Гендерные различия самооценки социального функционирования пациентов с хронической ИБС и аффективными расстройствами

Лебедева Е.В.<sup>1,2</sup>, Счастный Е.Д.<sup>1</sup>, Нонка Т.Г.<sup>2</sup>, Репин А.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт (НИИ) психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр (НИМЦ) Российской академии наук Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4

<sup>2</sup> Научно-исследовательский институт (НИИ) кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр (НИМЦ) Российской академии наук Россия, 634012, г. Томск, ул. Киевская, 111а

### РЕЗЮМЕ

**Цель** исследования – определение гендерных различий самооценки социального функционирования пациентов при коморбидности аффективных расстройств (АР) и хронической коронарной болезни.

**Материалы и методы.** С помощью шкалы самооценки социальной адаптации изучена самооценка социального функционирования 248 больных (мужчин – 194 (78,2%) и женщин – 54 (21,8%)) кардиологического стационара с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) и АР. Средний возраст пациентов кардиологического стационара с хронической ИБС у мужчин составил ( $57,2 \pm 6,5$ ) года, у женщин – ( $59,3 \pm 7,1$ ),  $p = 0,04$ . Качественные и количественные показатели исследованы с помощью критериев Манна – Уитни, Вилкоксона и Т-критерия, для оценки частот использован  $\chi^2$  (критерий согласия Пирсона).

**Результаты.** АР представлены хроническими расстройствами настроения (45%), впервые возникшими депрессивными эпизодами (ДЭ) – 24%, рекуррентными ДЭ – 24,5%, а также биполярными аффективными расстройствами II типа 6,5%. АР у 42,4% пациентов было связано с психосоциальными стрессорами (преимущественно утратами),  $p = 0,02$ . Мужчины статистически значимо чаще (37,1%, 72/194), чем женщины (16,7%, 9/54), более ограниченно общались с окружающими в результате механизмов проекции, высокого уровня враждебности, пассивной агрессивности, безынициативности, характерными для больных АР,  $p = 0,003$ .

**Заключение.** Социальное функционирование пациентов с АР и хронической ИБС затруднено независимо от пола. Женщины чаще мужчин являются одиночками и пережившими утрату детей. В связи с низким уровнем общения вне семьи и профессиональной деятельности большая часть пациентов поддерживала общение преимущественно в семье. Однако в силу АР, такие пациенты не способны почувствовать поддержку и со стороны членов семьи, они редко иницируют общение с другими людьми (мужчины статистически значимо чаще, чем женщины).

**Ключевые слова:** аффективные расстройства, хроническая ишемическая болезнь сердца, самооценка социального функционирования, гендерные различия.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Источник финансирования.** Исследование выполнено в рамках государственного задания (тема «Комплексное исследование клинко-психопатологических закономерностей и патобиологических механизмов формирования и прогрессивности социально значимых психических и поведенческих расстройств с разработкой инновационных методов ранней диагностики, персонализированных стратегий терапии и профилактики» № АААА-А19-119020690013-2).

**Соответствие принципам этики.** Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Исследование одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ (протокол № 6 от 21.06.2017).

**Для цитирования:** Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Нонка Т.Г., Репин А.Н. Гендерные различия самооценки социального функционирования пациентов с хронической ИБС и аффективными расстройствами. *Бюллетень сибирской медицины*. 2021; 20 (1): 75–82. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2021-1-75-82>.

## Gender differences in self-reported social functioning of patients with chronic coronary artery disease and affective disorders

Lebedeva E.V.<sup>1,2</sup>, Schastnyy E.D.<sup>1</sup>, Nonka T.G.<sup>2</sup>, Repin A.N.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (TNRMC), Russian Academy of Sciences  
4, Aleutskaya Str., 634014, Tomsk, Russian Federation*

<sup>2</sup> *Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (TNRMC), Russian Academy of Sciences  
111a, Kievskaya Str., 634012, Tomsk, Russian Federation*

### ABSTRACT

**Aim.** To determine gender differences in self-reported social functioning of patients with comorbidity of affective disorders (ADs) and chronic coronary artery disease.

**Materials and methods.** Self-reported social functioning of 248 cardiological patients (194 men (78.2%) and 54 women (21.8%)) with chronic coronary artery disease (CAD) and ADs was studied using the Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS). The mean age of patients with chronic CAD in men was ( $57.2 \pm 6.5$ ) years, and in women ( $59.3 \pm 7.1$ ),  $p = 0.04$ . Qualitative and quantitative indicators were investigated using the Mann – Whitney, Wilcoxon and T-test;  $\chi^2$  (Pearson's goodness-of-fit test) was used to estimate the frequencies.

**Results.** ADs were represented by chronic mood disorders (45%), first-time depressive episodes (DEs) 24%, recurrent DEs 24.5%, as well as bipolar II disorder (BD II) 6.5%. ADs in 42.4% of patients were associated with psychosocial stressors (mainly, loss),  $p = 0.02$ . Men statistically significantly more often (37.1%, 72/194) than women (16.7%, 9/54) communicated more scarcely with others as a result of projection mechanisms, a high level of hostility, passive aggressiveness and lack of initiative, typical for patients with ADs,  $p = 0.003$ .

**Conclusion.** The social functioning of patients with ADs and chronic coronary artery disease was complicated irrespective of gender. Women were single and bereaved of their children more often than men. Due to the low level of communication outside the family and outside of professional activity, most of the patients maintained communication mainly with the family. However, due to ADs, they were not able to feel support from family members and rarely initiated communication with other people (men did it statistically significantly more often than women).

**Key words:** affective disorders, chronic coronary artery disease, self-reported social functioning, gender differences.

**Conflict of interest.** The authors declare the absence of obvious or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

**Source of financing.** The study was carried out within the framework of the State Assignment (budget funding within the framework of the complex research topic No. AAAA-A19-119020690013-2 “Comprehensive study of clinical and psychopathological patterns and pathobiological mechanisms of the formation and progression of socially significant mental and behavioral disorders with the development of innovative methods of early diagnosis, personalized therapy and prevention strategies”).

**Conformity with the principles of ethics.** All patients signed informed consent to participate in the study. The study was approved by the local Ethics Committee of Mental Health Research Institute of TNRMC (Protocol No. 6 of 21.06.2017).

**For citation:** Lebedeva E.V., Schastnyy E.D., Nonka T.G., Repin A.N. Gender differences in self-reported social functioning of patients with chronic coronary artery disease and affective disorders. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2021; 20 (1): 75–82. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2021-1-75-82>.

## ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия проблема заболеваемости активно изучается [1–5]. Сердечно-сосудистые заболевания и депрессия – две распространенные проблемы со здоровьем во всем мире [1, 3, 6–7]. Среди женщин депрессия встречается примерно в 2 раза чаще, чем у мужчин, при этом наблюдается сильная связь депрессии с ишемической болезнью сердца (ИБС) [8]. В среднем у женщин депрессия тяжелее, чем у мужчин, и имеет более ранний возраст начала [8, 9].

Около половины женщин до 60 лет с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе страдают от тяжелой депрессии [9, 10]. Молодые женщины чаще умирают от ИМ, чем мужчины. Стресс-индуцированная ишемия миокарда более распространена у девочек, чем у мальчиков, и способна привести к хронической дисрегуляции нейрогормональных систем при стрессе [10]. Это может начаться в раннем возрасте, создавая основу для увеличения сердечно-сосудистого риска у женщин за много лет до проявления ИБС.

В третьем национальном исследовании здоровья и питания NHANES III большая депрессия или попытка самоубийства в анамнезе были связаны с почти 15-кратным повышенным риском развития ИБС среди женщин, у мужчин риск развития составил 3,5. В проспективном исследовании психического здоровья у женщин моложе 40 лет с депрессией риск развития ИБС в 6 раз выше, чем у женщин того же возраста без депрессии. Отмечено, что депрессия у мужчин и пожилых людей не связана с ИБС [11]. В целом научные данные подтверждают более тесную связь депрессии и ИБС у женщин более молодого возраста.

Также депрессия ассоциируется с ухудшением качества жизни (КЖ) в краткосрочных и в долгосрочных исследованиях [11]. Социально-психологическим факторам развития депрессии и вопросам ее влияния на функционирование больных уделялось меньшее внимание. При исследовании депрессивных расстройств (ДР) обычно изучались медицинские аспекты: диагностика, клиника, терапия, профилактика и реабилитация лиц с данными расстройствами [6, 11–15]. Тогда как комплексный подход к

изучению депрессии подразумевает исследование клинико-биологических, психологических, социокультурных факторов на возникновение и течение ДР, а также на самооценку качества жизни [16–18]. А.К. Суровцева и соавт. [18] обнаружили, что степень снижения самооценки КЖ и социального функционирования пациентов с аффективными расстройствами (АР) определяется комплексом биологических, психологических и социальных факторов.

О связи депрессии с ухудшением КЖ – достаточно исследований, а гендерные различия самооценки социального функционирования при депрессии и хронической коронарной болезни недостаточно изучены.

Цель исследования – определение гендерных различий самооценки социального функционирования пациентов при коморбидности АР и хронической коронарной болезни.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В кардиологическом стационаре у 290 пациентов с хронической ИБС выявлены АР. Для изучения самооценки социальной адаптации использовали одноименную шкалу (SASS, M. Bosc и соавт., 1997). Из 290 пациентов с хронической ИБС и АР 248 заполнили шкалу самооценки социальной адаптации, из них мужчин – 194 (78,2%) и женщин – 54 (21,8%). Средний возраст мужчин ( $57,2 \pm 6,5$ ) года, женщин – ( $59,3 \pm 7,1$ ),  $p = 0,04$ .

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 8.0. Параметрические показатели оценивались с помощью Т-критерия для зависимых и независимых групп (при нормальном распределении признаков); непараметрические – по критериям Манна – Уитни и Вилкоксона;  $\chi^2$  (критерий согласия Пирсона) использовали для частотных оценок. Данные приведены в виде абсолютных и относительных чисел  $n$  (%), медианы и интерквартильного размаха  $Me (Q_1–Q_3)$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Нозологические рамки расстройств настроения у больных кардиологического стационара с хронической ИБС характеризуются преобладанием хронических аффективных расстройств (45%). Впервые возникшие депрессивные эпизоды (ДЭ) составили

24%, рекуррентные ДЭ – 24,5%, биполярные аффективные расстройства (БАР) II типа – 6,5% [7, 13].

При анализе вклада внешних факторов в развитие АР у больных хронической ИБС выявлено, что 42,4% пациентов перенесли разной степени тяжести психогенные стрессоры (преимущественно утраты). Так, среди пациентов с АР и хронической ИБС, которые потеряли ребенка или были бездетными, оказалось 18,5% женщин (10/54), а мужчин – лишь 6,7% (13/194),  $p = 0,02$ . С ухудшением здоровья 35,9% пациентов связывают возникновение расстройства настроения. У 18,1% больных АР возникли аутохтонно (табл. 1).

При исследовании семейного статуса выявлено, что не состояли в браке 17,1% (33/194) мужчин и 53,7% (29/54) женщин (табл. 2).

Таблица 1

Связь расстройства настроения с наличием внешних психогенных факторов	
Показатель	Количество, n (%)
Факторы не уточнены	9 (3,6)
Расстройство настроения развилось аутохтонно	45 (18,1)
Мягкие и средние психогенные факторы	68 (27,4)
Тяжелые и катастрофические психогенные факторы	37 (15)
Факторы ухудшения здоровья	89 (35,9)
Всего	248 (100)

Таблица 2

Семейный статус мужчин и женщин с АР и хронической ИБС, n (%)		
Показатель	Мужчины, n = 194	Женщины, n = 54
Состоят в браке	161 (82,9)	25 (46,3)
Холостые:	33 (17)	29 (53,7)
– разведенные	18 (9,3)	11 (20,4)
– вдовы	14 (7,2)	15 (27,8)

Семейные отношения как «плохие» и «удовлетворительные» оценивают 24,7% мужчин (48/194) и 31,5% женщин (17/54), статистически значимых различий нет,  $p = 0,5$ .

Высшее образование имели около 30% мужчин и почти 20% женщин, среднее специальное и неоконченное высшее – 35% мужчин и 50% женщин. Образование среднее и ниже имели около 30% мужчин и 13% женщин (табл. 3).

Таблица 3

Образование мужчин и женщин с АР и хронической ИБС, n (%)		
Образование	Мужчины, n = 194	Женщины, n = 54
Высшее	56 (29)	10 (19)
Среднее специальное и неоконченное высшее	67 (35)	27 (50)
Среднее и ниже	58 (30)	7 (13)

Не работали 56,7% (110/194) мужчин и 66,7% (36/54) женщин (табл. 4).

Таблица 4

Виды нетрудоспособности лиц с АР и хронической ИБС в зависимости от пола, n (%)		
Нетрудоспособность	Мужчины, n = 110	Женщины, n = 36
Временная	73 (66,4)	18 (50)
Инвалидность 2-й и 3-й группы	48 (43,6)	3 (8,3)
Пенсионный возраст	43 (39,1)	34 (94,4)

Ниже представлены показатели оценки по данным самоотчета и частоты их наличия по шкале SASS у мужчин и женщин (табл. 5).

Общий средний балл по шкале самооценки социального функционирования у пациентов с АР и хронической ИБС соответствовал уровню затрудненной социальной адаптации, у мужчин составил  $33,9 \pm 6,6$ ; женщин –  $34,6 \pm 6,5$ ; без статистической значимости различий,  $p = 0,5$ .

Таблица 5

Различия самооценки параметров социального функционирования между мужчинами (n = 194) и женщинами (n = 54) с АР и хронической ИБС						
Показатель	Самооценка, баллы, Me (Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub> )		p	Наличие симптома, n (%)		p
	Мужчины	Женщины		Мужчины	Женщины	
Наличие работы	–	–	–	110 (56,2)	36 (66,7)	0,2
Интерес к занятости	2 (1–2)	2 (1–2)	0,9	79 (40,7)	21 (38,9)	0,8
Удовольствие от занятости	2 (1–2)	2 (1–2)	0,5	90 (46,4)	24 (44,4)	0,8
Удовлетворение от увлечений	2 (2–2)	2 (1–2)	0,2	47 (24,2)	19 (35,2)	0,1
Оценка проведения свободного времени	1 (1–2)	1 (1–2)	0,8	124 (63,9)	37 (68,5)	0,5
Поиск общения с семьей	2 (2–2)	2 (2–2)	0,3	48 (24,7)	9 (16,7)	0,3
Оценка семейных отношений	2 (2–2)	2 (1–2)	0,9	48 (24,7)	17 (31,5)	0,5
Количество отношений вне семьи	2 (1–2)	2 (1–2)	0,7	83 (42,8)	21 (38,9)	0,6
Активность в отношениях вне семьи	1 (1–1)	1 (1–2)	0,7	153 (78,9)	38 (70,4)	0,2
Оценка отношений с другими людьми в целом	2 (1–2)	2 (1–2)	0,7	64 (33,0)	17 (31,5)	0,8
Важность отношений с другими	2 (1–2)	2 (2–3)	0,3	53 (27,3)	10 (18,5)	0,3
Частота поиска общения других с пациентом	2 (1–2)	2 (2–2)	0,03	72 (37,1)	9 (16,7)	0,007
Соблюдение общественных правил пациентом	2 (2–3)	2 (2–3)	0,06	13 (7,70)	1 (1,9)	0,3

Показатель	Самооценка, баллы, $Me(Q_1-Q_3)$		$p$	Наличие симптома, $n$ (%)		$p$
	Мужчины	Женщины		Мужчины	Женщины	
Вовлеченность в общественную жизнь	0 (0–1)	0 (0–1)	0,7	50 (77,3)	41 (75,9)	0,8
Удовольствие от поиска информации	2 (1–2)	2 (1–2)	0,2	73 (37,6)	25 (46,3)	0,25
Интерес к информации	2 (1–2)	2 (1–3)	0,3	60 (30,0)	20 (37,0)	0,4
Затруднение в выражении мнения	2 (2–2)	2 (2–2)	0,4	16 (8,2)	9 (16,7)	0,1
Ощущение отверженности	2 (2–3)	2 (2–3)	0,2	8 (4,1)	0 (0)	0,3
Важность физической привлекательности	2 (1–2)	2 (1–2)	0,3	103 (53,1)	24 (44,4)	0,3
Трудность в распоряжении доходами	2 (2–3)	2 (1–2)	0,2	48 (24,7)	18 (33,3)	0,2
Ощущение способности управлять своей жизнью	1 (1–3)	1 (1–3)	0,98	104 (53,6)	29 (53,7)	0,99

Социально дезадаптированными являлись 2,8% (7/248) больных с АР и ИБС, 58,1% (144/248) имели затрудненную социальную адаптацию, 41,5% (103/248) – нормальную адаптацию в обществе, 0,4% (1/248) – очень хорошую адаптацию, у 2,8% (7/248) было невозможно оценить.

У мужчин и женщин с АР и хронической ИБС статистически значимо различалась частота ( $p = 0,007$ ) и степень выраженности ( $p = 0,03$ ) убеждения, что «люди из их социального окружения редко/никогда ищут общения с ними». Других статистически значимых различий в отношении выраженности и частоты разного уровня нарушений социальной адаптации в зависимости от пола не выявлено ( $p > 0,05$ ).

## ОБСУЖДЕНИЕ

У пациентов с ИБС депрессия является самым сильным предиктором КЖ [17], особенно годовичного КЖ, связанного со здоровьем, даже после учета функционального статуса и клинических переменных [11, 17]. Соотношение женщин и мужчин в исследуемой группе 1 : 4, что связано с преобладанием мужчин среди больных ИБС. Средний возраст мужчин (57,2 года) на 2 года меньше такового у женщин (59,3 года),  $p = 0,04$ .

У больных хронической ИБС в кардиологическом стационаре часто встречались хронические аффективные расстройства (45%). Депрессивные эпизоды являлись впервые возникшими (24%), рекуррентными (24,5%). В 6,5% случаев выявлены БАР. В 91,7% случаев депрессивный синдром был полиморфным, чаще с тревожным компонентом (54,8%) [7, 13].

Женщины реже имели брачного партнера,  $p = 0,03$ . Вероятно, мужчины чаще состояли в повторном браке, чем женщины. Треть женщин и почти четверть мужчин не удовлетворены отношениями в семье,  $p = 0,3$ . Возможно, в связи с этим пациенты не искали общения и поддержки в семье: таких 24,7% (48/194) среди мужчин и 16,7% (9/54) среди женщин,  $p = 0,3$ .

Около половины мужчин (43,3%, 84/194) и треть женщин (33,3%, 18/54) работали, в том числе непол-

ный рабочий день, неофициально, являясь пенсионерами по возрасту или инвалидности. Из неработающих временно нетрудоспособными были признаны более 60% мужчин и 50% женщин. Инвалидами 2-й и 3-й группы являлись более 40% мужчин и лишь 8,3% женщин, вероятно, это связано с социальной поддержкой мужчин, как недостигших пенсионного возраста. На пенсионном обеспечении находились почти 95% женщин и только около 40% мужчин. Не работали, находясь в трудоспособном возрасте и не имея освидетельствования медико-санитарной экспертизы, ограничивающего трудоустройство, 27,3% мужчин (30/110) и 5,6% женщин (2/36), преимущественно с образованием ниже среднего. Возможно, это связано с небольшим количеством вакансий при снижении толерантности к физической нагрузке и ограничениях рынка труда для лиц предпенсионного возраста с невысоким уровнем образования.

Свою физическую привлекательность 53,1%, (103/194) мужчин и 44,4%, (24/54) женщин ( $p = 0,3$ ) оценили как «не очень важную» или «совсем неважную»; 8,2% (16/194) мужчин и 16,7% (9/54) женщин указали на затруднение в выражении своего мнения ( $p = 0,1$ ).

Более половины пациентов (78,9% (153/194) мужчин и 70,4% (38/54) женщин,  $p = 0,2$ ) показали низкую активность в отношении инициации взаимодействий с другими людьми по данным шкалы самооценки: (1 (1–1) у мужчин и 1 (1–2) у женщин,  $p = 0,7$ ). Отношения с другими людьми были оценены ими как «играющие небольшое значение» или «никакое» (27,3% (53/194) мужчин и 18,5% (10/54) женщин,  $p = 0,3$ ). Возможно, поэтому пациенты обоих полов поддерживают отношения с небольшим количеством людей 2 (1–2),  $p = 0,7$ .

Они в целом негативно оценивали отношения с другими людьми (около трети больных: 33,0% (64/194) мужчин и 31,5% (17/54) женщин,  $p = 0,8$ ). Мужчины чаще (37,1%, 72/194), чем женщины (16,7%, 9/54), отмечали, что окружающие люди редко ищут общения с ними,  $p = 0,003$ . Это может объясняться механизмами проекции, высоким уровнем

враждебности, пассивной агрессивностью, безынициативностью [18], характерными для больных АР и приводящими к объективному ограничению общения со стороны окружения. На соблюдение общественных правил, хороших манер и правил вежливости указали как «почти всегда» и мужчины, и женщины,  $p = 0,06$ . При этом лишь 7,7% (13/194) мужчин и 1,9% (1/54) женщин признались в нарушении общественных правил,  $p = 0,3$ .

Более трех четвертых больных (77,3% (50/194) мужчин и 75,9% (41/54) женщин) оказались не вовлечены в общественную деятельность,  $p = 0,8$ . Между мужчинами и женщинами участие в социальной жизни было оценено как низкое или отсутствующее (0 (0–1),  $p = 0,7$ ).

У них снижена способность организовать окружение согласно своим желаниям и потребностям, по данным самооценки, (1 (1–3),  $p = 0,9$ ), таких оказалось более половины пациентов (53,6 (104/194) мужчин и 53,7% (29/54) женщин,  $p = 0,99$ ).

Четверть мужчин (24,7% (48/194)) и треть женщин (33,3% (18/54)) указали, что они «часто» или «всегда» испытывают затруднения в распоряжении своими доходами, без статистической значимости различий в зависимости от пола,  $p = 0,2$ . Скорее это связано не только с невысоким уровнем доходов, но и с затруднениями при принятии решений, неуверенностью в себе.

Около трети мужчин (30,9% (60/194)) и женщин (37,0% (20/54),  $p = 0,4$ ) отрицали интерес к научной, технической и культурной информации: по данным самооценки соответствующего пункта в шкале SASS, – 2 (1–2) у женщин и 2 (1–3) у мужчин,  $p = 0,3$ . Удовольствие от поиска информации о различных вещах, ситуациях, людях для лучшего понимания, по данным самооценки, оказалось умеренным – 2 (1–2),  $p = 0,2$ ; 37,6% (73/194) мужчин и 46,3% (25/54) женщин не получали от этого удовольствия,  $p = 0,25$ .

Около четверти мужчин (24,2% (47/194)) и трети женщин (35,2% (19/54)) указали в самоопросниках на отсутствие или сниженное удовольствие и от увлечений,  $p = 0,1$ .

В целом проведением свободного времени были не удовлетворены более 60% пациентов (63,9% (124/194) мужчин и 68,5% (37/54) женщин), с оценкой его как «плохое» и «удовлетворительное» (1 (1–2),  $p = 0,8$ ). Это может быть связано не только с ограничениями активности и переносимости физической нагрузки, но и со снижением гедонизма. Подобные результаты в группе больных с больных ИБС (с учетом симптоматики депрессивного расстройства, снижения функции почек и когнитивных расстройств) получили Д.Н. Дорофеева и соавт. [19].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Около половины пациентов исследуемой группы обнаружили хронические АР, а остальные – депрессивные эпизоды в рамках моно- и биполярного течения АР. Более чем в 40% случаев АР развилось в связи с воздействием тяжелых или катастрофических психосоциальных стрессоров (утрат, в том числе детей), что у женщин отмечено чаще, чем у мужчин,  $p = 0,02$ . Более трети больных связали возникновение АР с ухудшением здоровья, у пятой части пациентов имело место аутохтонное появление АР.

Женщины реже, чем мужчины, имели более высокое образование, возможно, в связи с предпочтением ценностей семьи в период рождения и воспитания детей. Около половины мужчин и треть женщин работали, в том числе неполный рабочий день, неофициально, являясь пенсионерами по возрасту (95% женщин и только около 40% мужчин) или инвалидностью (40% мужчин, 8% женщин). Женщины реже состояли в браке, чем мужчины,  $p = 0,04$ . Мужчины, вероятно, были повторно женаты. Около трети пациентов обоих полов были не удовлетворены отношениями в семье,  $p = 0,3$ ; четверть не искали в семье общения и поддержки,  $p = 0,3$ .

Низкую значимость отношений с другими людьми отметили около 30% мужчин и женщин без статистической значимости различий. Негативная оценка отношений с другими присутствовала у трети пациентов, независимо от пола. Вероятно, это приводило к неактивности инициировать взаимодействия с другими (более 70% мужчин и женщин).

Статистически значимые различия ( $p = 0,003$ ) в зависимости от пола получены в отношении убежденности, что это «окружающие редко ищут общения с пациентами» (37,1% мужчин и 16,7% женщин). Данный факт может объясняться механизмами проекции, пассивной агрессивностью (до 92% мужчин и женщин ( $p = 0,3$ )) сообщили о соблюдении общественных правил, безынициативностью (более 75% больных мужского и женского пола,  $p = 0,8$ ) оказались не вовлечены в общественную деятельность. Это характерные для больных АР поведенческие паттерны, приводящие к объективному ограничению общения со стороны окружения.

По данным самооценки, независимо от пола у пациентов нарушаются не только сфера общения, но и интерес и удовольствие от поиска информации (более трети больных,  $p = 0,25$ ), увлечений (около трети пациентов,  $p = 0,1$ ), проведения свободного времени (более 60%,  $p = 0,5$ ), а также самооценка внешней привлекательности (более половины больных,  $p = 0,3$ ). У пациентов с АР и хронической ИБС почти в 60% случаев затруднена социальная адаптация незави-

симо от пола,  $p = 0,1$ . Семья – почти единственный источник поддержки при хроническом течении АР и ИБС, что необходимо учитывать при планировании реабилитационных мероприятий в данной группе пациентов.

### ЛИТЕРАТУРА

- Murphy B., Le Grande M., Alvarenga M., Worcester M., Jackson A. Anxiety and depression after a cardiac event: Prevalence and predictors. *Frontiers in Psychology*. 2020; 10: 3010. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.03010.
- Рощина О.В., Розин А.И., Счастный Е.Д., Бохан Н.А. Клиническое значение коморбидности аффективных расстройств и алкогольной зависимости. *Бюллетень сибирской медицины*. 2019; 18 (4): 110–118. DOI: 10.20538/1682-0363-2019-4-110–118.
- Лебедева Е.В., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Репин А.Н., Сергиенко Т.Н. Особенности тревожно-депрессивных расстройств и суицидального поведения у пациентов старше 60 лет с хронической ишемической болезнью сердца. *Суицидология*. 2014; 5 (2): 69–76.
- Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Иванова С.А., Бохан Н.А. Суицидальное поведение больных биполярным аффективным расстройством при коморбидных психических заболеваниях. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 86–92. DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-86-92.
- Дубровская В.В., Корнетова Е.Г., Меднова И.А., Дмитриева Е.Г., Лебедева Е.В., Корнетов А.Н., Семке А.В. Висцеральное ожирение у пациентов с шизофренией и сопутствующим метаболическим синдромом, получающих антипсихотическую терапию. *Психическое здоровье*. 2019; 12: 10–15. DOI: 10.25557/2074-014X.2019.12.10-15.
- Mavrides N., Nemeroff C.B. Treatment of affective disorders in cardiac disease. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2015; 17 (2): 127–140.
- Lebedeva E.V., Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Sergienko T.N., Nonka T.G., Repin A.N. EV0224 – Patients with mood disorders and chronic coronary artery disease receiving conservative therapy have a higher risk of death during affective episode. Abstracts of the 25th European Congress of Psychiatry. 1–4 April 2017, Florence, Italy. *European Psychiatry*. 2017; 41 (S1): 476. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.554.
- Smolderen K.G., Strait K.M., Dreyer R.P., D’Onofrio G., Zhou S., Lichtman J.H., Geda M., Bueno H., Beltrame J., Safdar B., Krumholz H.M., Spertus J.A. Depressive symptoms in younger women and men with acute myocardial infarction: insights from the VIRGO study. *Journal of the American Heart Association*. 2015; 4 (4): e001424. DOI: 10.1161/JAHA.114.001424.
- Vaccarino V., Sullivan S., Hammad M., Wilmot K., Al Mheid I., Ramadan R., Elon L., Pimple P.M., Garcia E.V., Nye J., Shah A.J., Alkholder A., Levantsevych O., Gay H., Obideen M., Huang M., Lewis T.T., Bremner J.D., Quyyumi A.A., Raggi P. Mental stress-induced-myocardial ischemia in young patients with recent myocardial infarction: sex differences and mechanisms. *Circulation*. 2018; 137 (8): 794–805. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030849.
- Cenko E., Yoon J., Kedev S., Stankovic G., Vasiljevic Z., Krljanac G., Kalpak O., Ricci B., Milicic D., Manfrini O., van der Schaar M., Badimon L., Bugiardini R. Sex differences in outcomes after STEMI: effect modification by treatment strategy and age. *JAMA Internal Medicine*. 2018; 178 (5): 632–639. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.0514.
- Vaccarino V., Badimon L., Bremner J.D., Cenko E., Cubedo J., Dorobantu M., Duncker D.J., Koller A., Manfrini O., Milicic D., Padro T., Pries A.R., Quyyumi A.A., Tousoulis D., Trifunovic D., Vasiljevic Z., de Wit C., Bugiardini R.; ESC Scientific Document Group Reviewers. Depression and coronary heart disease: 2018 ESC position paper of the working group of coronary pathophysiology and microcirculation developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines. *European Heart Journal*. 2020; 41 (17): 1687–1696. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy913.
- Корнетов А.Н. Оценка депрессивных расстройств у больных, страдающих соматическими заболеваниями, в условиях первичной медицинской сети. *Российский психиатрический журнал*. 2007; 1: 37–41.
- Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Репин А.Н., Нонка Т.Г. Клиническая характеристика аффективных расстройств и эффективность антидепрессивной терапии у больных хронической ишемической болезнью сердца. *Бюллетень сибирской медицины*. 2018; 17 (4): 85–93. DOI: 10.20538/1682-0363-2018-4-85-93.
- Лебедева Е.В., Сергиенко Т.Н., Нонка Т.Г., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Шишнев Е.В., Горохов А.С., Суворцева А.К., Перчаткин В.А., Репин А.Н. Психотерапевтические аспекты работы в практике врача-кардиолога при подготовке пациентов с ИБС к аортокоронарному шунтированию. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 81–90.
- Segal Z.V., Dimidjian S., Beck A., Boggs J.M., Vanderkruik R., Metcalf C.A., Gallop R., Felder J.N., Levy J. Outcomes of Online Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Patients With Residual Depressive Symptoms: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020; 77 (6): 563–573. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4693.
- Bullinger M., Möller H.J., Engel R.E., Hoff P. Lebensqualität – ein Ziel – und Bewertungskriterium medizinischen Handelns? Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen. Berlin: Springer, 1996: 13–29.
- Dekker R.L., Lennie T.A., Albert N.M., Rayens M.K., Chung M.L., Wu J.R., Song E.K., Moser D.K. Depressive symptom trajectory predicts 1-year health-related quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*. 2011; 17 (9): 755–763. DOI: 10.1016/j.cardfail.2011.04.016.
- Суворцева А.К., Счастный Е.Д. Особенности субъективной оценки качества жизни пациентов аффективными расстройствами с различным риском суицидального поведения. *Суицидология*. 2014; 5 (4): 52–57.
- Дорофеева Н.П., Иванченко Д.Н., Машталова О.Г., Куликова И.Е., Чибинева С.А., Орехова Ю.Н., Кияшко Е.Е., Радченко Е.Ю. Качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Клиническая практика*. 2017; 8 (1): 25–29. DOI: 10.17816/clinpract8125-29.

## Вклад авторов

Лебедева Е.В., Нонка Т.Г. – проведение исследований, статистический анализ и интерпретация данных. Счастный Е.Д., Репин А.Н. – проверка критически важного интеллектуального содержания и окончательное утверждение рукописи для публикации.

---

## Сведения об авторах

**Лебедева Елена Владимировна**, канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0001-6117-6454.

**Счастный Евгений Дмитриевич**, профессор, д-р мед. наук, зав. отделением аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0003-2148-297X.

**Нонка Татьяна Геннадьевна**, канд. мед. наук, мл. науч. сотрудник, отделение общеклинической кардиологии и эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0002-7913-3732.

**Репин Алексей Николаевич**, д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения общеклинической кардиологии и эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0001-5452-7455.

(✉) **Лебедева Елена Владимировна**, e-mail: [ev126021971@gmail.com](mailto:ev126021971@gmail.com).

Поступила в редакцию 06.04.2020

Подписана в печать 29.09.2020