

## Психические расстройства при хронической сердечной недостаточности

Анастасия В. Фомичева<sup>1</sup>, Денис А. Андреев<sup>1</sup>, Беатриса А. Волель<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Россия

<sup>2</sup>Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Анастасия Вячеславовна Фомичева, [nastassja.fomicheva@gmail.com](mailto:nastassja.fomicheva@gmail.com)

### Резюме

**Цель:** анализ научных публикаций по проблеме клинической структуры психических расстройств у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с учетом особенностей кардиологической патологии. **Материал и методы:** по ключевым словам «хроническая сердечная недостаточность», «психические расстройства», «депрессия», «тревога», «ипохондрия», «диссоциативные расстройства», «отрицание», «личность», «копинг-стратегии» проведен поиск статей в базах данных MEDLINE/PubMed, Scopus, Webofscience, eLibrary. **Заключение:** психические расстройства широко распространены у больных с ХСН и представляют собой гетерогенные психопатологические феномены, особенности которых обусловлены специфичностью клинических проявлений симптомов и динамикой кардиологической патологии. Психические расстройства у пациентов с ХСН посредством дезадаптивного поведения в болезни негативно влияют на качество жизни, приводят к увеличению повторных госпитализаций и высокому риску смертности. Несмотря на неизменную актуальность изучения психической патологии при ХСН, остаются недостаточно изученными диссоциативные расстройства, приводящие к тяжелым дезадаптивным нарушениям поведения в болезни, астенические расстройства, являющиеся одними из наиболее субъективно тягостных и прогностически значимых симптомов, а также вклад личностных особенностей в формирование психических расстройств.

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, диссоциативные расстройства, «отрицание», астенические расстройства, тревожные расстройства

**Для цитирования:** Фомичева А.В., Андреев Д.А., Волель Б.А. Психические расстройства при хронической сердечной недостаточности. *Психиатрия*. 2021;19(4):109–124. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-4-109-124>

### REVIEW

UDC 616.89-008.487; 616.89-008.484.2; 616.895.4; 616.891.6; 616.8-009.17

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-4-109-124>

## Mental Disorder in Chronic Heart Failure

Anastasiia V. Fomicheva<sup>1</sup>, Denis A. Andreev<sup>1</sup>, Beatrice A. Volel<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>The First Sechenov Moscow State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

Corresponding author: Anastasiia V. Fomicheva, [nastassja.fomicheva@gmail.com](mailto:nastassja.fomicheva@gmail.com)

### Summary

**The aim:** analysis of scientific publications on the problem of clinical structure of mental disorders in patients with a chronic heart failure, taking into account cardiological pathology. **Material and method:** according to the keywords “chronic heart failure”, “mental disorders”, “depression”, “anxiety”, “hypochondria”, “dissociative disorders”, “denial”, “personality”, “coping strategies”, articles were searched in databases MEDLINE/PubMed, Scopus, Webofscience, eLibrary. **Conclusion:** mental disorders are widespread among patients with chronic heart failure (CHF). They are heterogeneous psychopathological phenomena, the features of which are determined by the specifics of the clinical manifestations of symptoms and the course of the cardiological pathology. Mental disorders in patients with CHF negatively affect the quality of life, lead to an increase in readmission times and a high risk of mortality through maladaptive behavior in illness. At the same time, despite the relevance of the study of mental pathology in CHF, dissociative disorders, leading to the most severe maladaptive disorders of behavior in illness, asthenic disorders, which are one of the most subjectively painful and prognostically significant symptoms, as well as the contribution of personality characteristics to the formation of mental disorders, remain insufficiently studied.

**Keywords:** chronic heart failure, dissociative disorders, denial, asthenic disorders, anxiety disorders

**For citation:** Fomicheva A.V., Andreev D.A., Volel B.A. Mental Disorder in Chronic Heart Failure. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(4):109–124. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-4-109-124>

## ВВЕДЕНИЕ

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является синдромом, возникающим из-за нарушения перфузии органов и тканей и характеризуется определенными симптомами (одышка, снижение толерантности к нагрузкам, отеки) [1].

Распространенность ХСН среди населения, в том числе трудоспособного возраста, достигает 1–2% и резко увеличивается до 10% в возрастной группе старше 70 лет [2]. За последние десятилетия наблюдается значительный рост<sup>1</sup> заболеваемости ХСН, а также увеличение числа пациентов с тяжелым течением ХСН: с 1,2 до 4,1% [1].

Наряду с основными факторами риска прогрессирования ХСН (сопутствующие соматические заболевания, низкая приверженность медикаментозной терапии, прием препаратов с отрицательным инотропным или кардиотоксичным эффектом и др.) [1] выделяют и коморбидные психические расстройства (депрессивные, тревожные, расстройства сна, когнитивные, астенические), ассоциированные с низким качеством жизни, увеличением количества госпитализаций и повышенной смертностью [1, 3–6].

Анализ психических расстройств при ХСН невозможен без изучения личностных особенностей. Признано, что расстройства личности коррелируют не только с депрессивными расстройствами, но также связаны с повышенным риском сердечно-сосудистой патологии и метаболических нарушений [7].

Рассмотрим последовательно этапы изучения психических и личностных расстройств при ХСН, начиная с депрессивного и тревожного спектра, как наиболее исследованных проявлений коморбидности.

### Депрессивные расстройства

Распространенность аффективной патологии при ХСН по разным источникам находится в широких диапазонах — 13–77,5%, что может быть обусловлено тяжестью кардиологической патологии пациентов, коморбидностью соматических заболеваний, о чем свидетельствует большая распространенность депрессий среди стационарных больных (по сравнению с амбулаторными). Имеют значение также критерии депрессивных расстройств<sup>2</sup> и инструменты для верификации психической патологии [8].

<sup>1</sup> Неуклонный рост заболеваемости ХСН ассоциируется с увеличением продолжительности жизни. Более 65% пациентов с ХСН старше 60 лет, а средний возраст составляет  $72,8 \pm 11,9$  года.

<sup>2</sup> Диагностические критерии для верификации депрессивных расстройств, используемые авторами представленных исследований, можно разделить на следующие категории. 1. Клиническое интервью, включая структурированное клиническое интервью для диагностики и статистического руководства психических расстройств, оценку психических расстройств в первичной медицинской сети и др. 2. Верификации депрессии на основании критериев МКБ. 3. Опросники для верификации депрессивных симптомов, такие как шкала депрессии Бека, шкала депрессии Гамильтона и др. Кроме того, согласно DSM-5, для постановки диагноза депрессии используется категория «Большое депрессивное расстройство» (Major depression disorder), которая соотносится с «Тяжелым депрессивным расстройством без психотических симптомов» по МКБ-10. Однако в ряде исследований в качестве

С.М. Celano и соавт. в обзоре [4] посредством метаанализа, включающего 36 научных работ, показали, что клинически выраженные депрессивные симптомы встречаются у 21,5%<sup>3</sup> пациентов с ХСН, при этом у одной трети пациентов были верифицированы симптомы депрессии по результатам психометрического инструмента измерения, а у 19% соответствовали клиническим критериям депрессивного расстройства. У них наблюдалось большое депрессивное расстройство, а в некоторых исследованиях у пациентов диагностировались дистимия и депрессивное расстройство легкой степени выраженности.

Депрессивные расстройства и ХСН имеют двуправленную взаимосвязь, что R.K. Ghosh и соавт. [3] определили как «порочный (замкнутый) круг». ХСН, являясь хроническим заболеванием с затяжным течением с множественными тягостными, обременяющими физическими симптомами и сниженным качеством жизни, часто приводит к развитию симптомов депрессии. С другой стороны, депрессия посредством патофизиологических механизмов и поведенческих факторов имеет тенденцию усугублять уже существующую ХСН и ее исходы.

Среди общих патофизиологических механизмов депрессивных расстройств и ХСН выделяют активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, которая, как известно, более активна у пожилых людей, и симпатическую ветвь вегетативной нервной системы (ВНС) [9].

Активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы приводит к повышению уровня кортизола, обладающего минералокортикоидным эффектом, что способствует задержке жидкости в организме и ремоделированию сердца. Активация симпатической ветви ВНС вызывает дисбаланс симпатической и парасимпатической систем, а именно снижение тонуса блуждающего нерва и увеличение катехоламинов в плазме крови, проявляющееся вазоконстрикцией, учащением частоты сердечных сокращений, снижением вариабельности сердечного ритма, что связано с неблагоприятным прогнозом у пациентов с ХСН. Кроме того, депрессия приводит к высокому уровню белков острой фазы воспаления, таких как фибриноген, участвующий в атеро- и тромбообразовании. Таким образом, путем увеличения содержания этого вещества депрессия косвенно ускоряет прогрессирование ишемической болезни сердца, являющейся наиболее распространенной причиной сердечной недостаточности.

критериев включения используется также и «Малое депрессивное расстройство» (Minor depression disorder), не соответствующее всем критериям «Большого депрессивного расстройства» и характеризующееся наличием 2–4 симптомов депрессии, одним из которых является сниженное настроение или потеря удовольствия/интереса на протяжении 2 нед., но не более двух лет. «Малое депрессивное расстройство» классифицируется только в DSM-4-TR в категории «Неуточненное депрессивное расстройство» (Depressive Disorder Not Otherwise Specified, DD-NOS) и не нашло отражения в DSM-5.

<sup>3</sup> Такие высокие показатели распространенности депрессивных расстройств среди пациентов с ХСН приблизительно в 2–3 раза выше, чем в общей популяции.

Верификация депрессивных расстройств при ХСН часто вызывает трудности, что связано с рядом причин, наиболее важной из которых является наличие перекрывающихся, или «общих», симптомов депрессии с признаками самой ХСН (анергия, усталость, расстройства сна, снижение или увеличение веса, ослабление внимания и трудности сосредоточения) [10, 11].

В рамках клинического подхода при изучении аффективной патологии выделяют нозогенные депрессии<sup>4</sup> [11–13], в клинической структуре которых при кардиологических заболеваниях преобладают тревожные и ипохондрические симптомокомплексы<sup>5</sup> (пессимистическое восприятие болезни, тревожные опасения декомпенсации со страхом смерти и неминуемой инвалидизации, реакции деморализации<sup>6</sup>).

Несмотря на большое количество работ, посвященных изучению депрессивных расстройств в кардиологической практике, лишь в немногих исследованиях изучались особенности клинической структуры депрессии при ХСН.

В работе Т.В. Довженко [14], проведенной на контингенте кардиологического профиля и включавших в том числе пациентов с ХСН ишемического генеза I–III ФК по NYHA ( $n = 54$ ), выявлены особенности клинической структуры депрессивных расстройств: так, для большей части пациентов (34,4%) с ХСН характерна умеренно выраженная гипотимия (дистимия), что обусловлено длительно протекающим, хроническим течением кардиологической патологии. В качестве доминирующего аффекта выделена тревожная симптоматика — 62,07% (нозогенная/ситуационная — 89,6%, немотивированная тревога — 58,6%).

Аналогичные данные о превалировании тревожной симптоматики в структуре депрессивных расстройств пациентов с ХСН получены и в работах Н.Н. Петровой [15–17], в которых было продемонстрировано сочетание гипотимии со стойким чувством диффузной тревоги, проявляющейся немотивированным беспокойством, тревожными опасениями и ожиданиями, а также расширение симптоматики в виде присоединения изолированных нозофобий с кардиологическим денотатом (страх внезапной смерти, сердечного приступа).

Помимо нозогенных депрессий при ХСН может наблюдаться и другой тип — соматогенные депрессии,

характерные для тяжелых форм ХСН, которые реализуются астенической депрессией, проявляющейся повышенной утомляемостью, снижением активности, аффективной лабильностью, слабодушием, сменяющимся дисфорией, преобладанием жалоб на быструю физическую истощаемость, недостаточность энергии, сочетающуюся с когнитивными нарушениями. В клинической картине депрессивных расстройств доминирует чувство бесперспективности и безразличия, тогда как собственно аффективные проявления в виде тоски и тревожно-ипохондрическая симптоматика не наблюдаются [12].

Помимо нозогенных и соматогенных депрессий при ХСН встречаются и эндогенные, клиническая структура которых представлена гипотимией, витальной тоской, сочетающейся с персистирующей тревогой, апатией, а также превалирование идей самообвинения/малоценности. Однако их распространенность среди аффективной патологии при ХСН относительно невелика — 4,7–13,7% [12, 14].

Клинически значимой характеристикой депрессивных расстройств коморбидной кардиологической патологии, по данным ряда авторов, является ритмологическая составляющая<sup>7</sup>, способствующая проведению типологии депрессий, отражающей клиническую структуру и динамику аффективных расстройств с учетом сложных взаимосвязей с коморбидным соматическим заболеванием [11, 18]. Данная концепция уместна и для депрессивных расстройств при ХСН, что нашло отражение и в клинических рекомендациях ХСН, в которых психосоматический параллелизм рассматривается в качестве важной особенности аффективной патологии при ХСН.

ХСН, являясь длительно протекающим, хроническим заболеванием, может провоцировать и развитие хронического расстройства настроения — дистимии [14]. Б.А. Волель [19], разработав концепцию и выделив семь типов ипохондрического развития<sup>8</sup>, обнаружила, что у пациентов с ХСН наиболее чаще формировалось развитие по типу ипохондрической дистимии, клиническая картина которого в первую очередь характеризуется гипотимией (подавленность, эмоциональная лабильность, слезливость, негативная оценка возможностей терапии), сочетающейся с астенической симптоматикой в виде физической истощаемости, несоизмеримой с нагрузкой, отсутствием сил, слабостью, беспомощностью. Клиническая картина

<sup>4</sup> Нозогенные депрессии — широкий спектр депрессивных реакций у пациентов с соматическими заболеваниями, которые детерминированы рядом психологических, социальных, личностных, биологических факторов, включая объективные параметры соматической патологии.

<sup>5</sup> В литературе на выборке кардиологических больных также описываются депрессии с истероконверсионными (*globus hystericus*, тремор, онемение конечностей), соматовегетативными (маскирующие гипотимию и тревожный аффект и дублирующие кардиологическое заболевание — тахикардия, диспноэ, инсомния) и дисфорическими явлениями (дистимия с преобладанием тосливо-злобного настроения с недовольством врачами и рекомендованной схемой лечения) (Смуглевич А.Б., 2015).

<sup>6</sup> Реакция деморализации (Kissane D.W. et al., 2001) проявляется у соматически больных психогенным симптомокомплексом отказа/отступления (*giving up/given up*) в виде чувства безнадежности, беспомощности, потери перспектив и контроля над ситуацией, ощущения полной социальной изоляции в условиях стационара.

<sup>7</sup> Согласно трансонологической ритмологической модели спектр депрессивных расстройств представляет собой континуум, в котором в качестве клинического и прогностического маркера выделяют ритм течения депрессий: заимствованный — принадлежащий психогенной/соматической патологии либо хронобиологический (аутохтонный/рекуррентный), характерный аффективному заболеванию.

<sup>8</sup> В качестве значимого фактора, способствующего формированию ипохондрического развития, рассматривались в том числе характер и интенсивность психотравмирующего воздействия при различной соматической патологии: существующие в популяции представления о благоприятности/неблагоприятности прогноза соматического заболевания, исходная тяжесть стрессогенного стимула, а также доступные для пациента средства приспособления — контроля течения болезни.

ипохондрических проявлений в структуре дистимии описывается как стойкая фиксация на соматическом состоянии, симптомах кардиологической патологии (одышка, учащенное или неритмичное сердцебиение), опасения прогрессирования ХСН, страх недостаточной эффективности проводимого лечения, настойчивость в получении подробной информации о заболевании, проводимых диагностических процедурах и назначаемой терапии. Наряду с гипотимией и ипохондрическими нарушениями в части случаев доминировал дисфорический аффект в виде тоскливо-злобного, мрачного настроения с повышенной раздражительностью.

Важной особенностью депрессий при ХСН считается превалирование соматических жалоб над аффективными составляющими [14, 20]. В частности, в работе N. Holzapfel с соавт. [20], выполненной на выборке из 677 пациентов с ХСН и группе контроля (244 пациентов без ХСН), было проведено сравнение отдельных депрессивных симптомов по DSM-IV с использованием опросника депрессии анкеты состояния здоровья (Patient Health Questionnaire, PHQ-9). В группе пациентов с ХСН и группе контроля 6,2% и 38,9% соответствовали критериям «большого депрессивного расстройства» соответственно, и 10,5% и 17,2% — «другим депрессивным расстройствам». Главный вывод исследования заключался в различии в двух группах следующих симптомов: 1) подавленное настроение и чувство безнадежности; 2) чувство никчемности или вины. Было обнаружено, что пациенты с ХСН испытывали менее выраженные вышеописанные аффективные и когнитивные симптомы депрессии по сравнению с больными без ХСН, при этом не было обнаружено различий по таким симптомам, как нарушение сна и аппетита, снижение энергии, нарушение концентрации внимания и психомоторное возбуждение/заторможенность. Таким образом, пациентов с несоизмеримыми жалобами на соматическое неблагополучие в связи с ХСН и результатами объективных исследований, по-видимому, следует более пристально обследовать на наличие депрессивных расстройств.

Отдельным направлением исследований депрессий при ХСН (наряду с клинической характеристикой) является изучение негативного влияния депрессивных расстройств на качество жизни [16, 21]. Недавно опубликованный обзор J. Comín-Colet и соавт. [21] посвящен анализу работ о влиянии некардиологических видов патологии на качество жизни больных с ХСН. В него были включены исследования, в которых в качестве инструмента измерений качества жизни использовались специализированные опросники<sup>9</sup>. В работах, использующих Канзасский опросник для больных кардиомиопатией (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, KCCQ), продемонстрировано, что пациенты с депрессией имеют более низкий уровень качества жизни

по сравнению с больными без депрессии, при этом тяжесть депрессивных расстройств напрямую коррелирует с качеством жизни. Так, пациенты с депрессией более вероятно в 60,8 раза страдали от низкого качества жизни, чем больные без депрессии, и даже пациенты с умеренными симптомами депрессии в 13,4 раза вероятнее отмечали низкое качество жизни по сравнению с больными с минимально выраженными симптомами депрессии. Схожие результаты были получены и в работах, использующих Миннесотский опросник качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью (The Minnesota Living with Heart Failure questionnaire MLHFQ). В лонгитюдном трехмесячном исследовании было продемонстрировано, что пациенты с клинически значимой редукцией депрессивной симптоматики в 4,3 раза чаще сообщали об улучшении показателей качества жизни.

Целый ряд публикаций демонстрирует негативное влияние депрессий у пациентов с ХСН на соблюдение общих рекомендаций по ведению здорового образа жизни, а также приверженность к лечению [1, 4, 10].

Симптомы депрессии, такие как повышенная утомляемость, снижение мотивации, трудности сосредоточения и концентрации внимания, негативно влияют на приверженность пациентов к медикаментозному лечению и ведению здорового образа жизни, приводят к снижению физической активности, курению и потреблению спиртных напитков [3, 10]. Кроме того, соблюдение схемы лечения ХСН может само по себе вызывать трудности, поскольку включает назначение большого количества препаратов, которые необходимо принимать несколько раз в день.

Недостаточная приверженность к соблюдению рекомендованной терапии у больных с ХСН и депрессией отмечена и в других работах. Так, оценки приверженности к лечению при ХСН колеблются в диапазоне 40–60%, при этом для достижения благоприятных клинических исходов может потребоваться соблюдение схемы приема препаратов не менее 88% [22].

Более высокая приверженность медикаментозному лечению пациентов с ХСН связана с меньшим количеством обращений в отделение неотложной помощи, меньшим количеством кардиологических обострений и повторных госпитализаций, а также с менее длительным пребыванием в стационаре. Лучшее соблюдение схемы лечения также коррелирует со снижением риска смертности при ХСН.

Существуют убедительные доказательства того, что депрессия является потенциальным предиктором госпитализации и смертности у больных с ХСН [23].

Первое исследование, в котором сообщалось о тенденции к увеличению продолжительности госпитализаций и смертности в течение одного года у пациентов с ХСН и депрессией, было выполнено К.Е. Freedland и соавт. в 1991 г. [24]. Несмотря на то что при выписке или повторной госпитализации через 3 мес. не было значимых различий в соматическом состоянии, а именно в статусе жизненно важных функций, между

<sup>9</sup> Канзасский опросник для больных кардиомиопатией — Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, KCCQ; Миннесотский опросник качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью — The Minnesota Living with Heart Failure questionnaire, MLHFQ.



пациентами с депрессией и без депрессии, 50% больных, соответствующих критериям «большой депрессии» на момент включения в исследование, умерли через 1 год наблюдения в сравнении с 29% пациентов без депрессии. Аналогичные выводы о снижении выживаемости у пациентов с депрессией и ХСН были получены в последующих работах, что нашло отражение в метаанализах [25].

В работе Jiajun Xu и соавт. [26], выполненной на 127 госпитализированных пациентах, было показано, что депрессия не только увеличивает в два раза риск повторных госпитализаций в течение 30 дней, но также негативно влияет на течение ХСН посредством неадаптивного поведения в болезни. Так, пациенты с выраженными депрессивными симптомами в пять раз чаще откладывали своевременное обращение за специализированной помощью. Клиническое проявление депрессии в виде деморализации<sup>10</sup> и неуверенности в будущем из-за ХСН приводило к несвоевременности принятия решения пациентами о госпитализации.

В исследовании Emily C. Gathright и соавт., выполненном на выборке из 308 пациентов, депрессивные расстройства рассматривались как фактор риска смертности от всех причин у пациентов с ХСН, опосредуемый через недостаточную приверженность к медикаментозному лечению [27].

### Тревожные расстройства

По результатам метаанализа, выполненного К. Easton и соавт. [28], распространенность тревожных расстройств, по разным источникам, варьируется в широком диапазоне: 6,3–72,3%. Неоднородность распространенности тревожных расстройств аргументируется рядом причин. Во-первых, оценка тревоги в контексте соматического заболевания может представлять диагностические трудности, как указывалось ранее, в связи с совпадением симптомов физического и эмоционального состояния, таких как учащенное сердцебиение, боли в груди, одышка. Таким образом, методы верификации и измерения тревоги должны соответствовать особенностям изучаемого контингента пациентов с целью разграничения эмоционального состояния от физического посредством исключения соматических симптомов. Во-вторых, более низкие оценки распространенности тревожных расстройств были получены в исследованиях, изучающих определенные синдромальные формы тревожных расстройств (по МКБ/DSM), а не повышенный уровень тревоги в целом. И наконец, более высокая распространенность тревоги продемонстрирована в работах, в выборках которых преобладали пациенты женского пола, среди которых распространенность тревоги наблюдается

чаще, чем у мужчин<sup>11</sup>, что могло также приводить к неоднозначным выводам.

С.М. Celano и соавт. [4] в обзоре, основанном на результатах метаанализа, продемонстрировали по сравнению с вышеописанными результатами несколько меньший диапазон распространенности тревожных расстройств при ХСН. Так, 13% пациентов с ХСН соответствовали диагностическим критериям нозологических форм тревожных расстройств (чаще всего ГТР, хотя одно исследование метаанализа включало паническое расстройство, а также неуточненное тревожное расстройство), и у 30% пациентов был верифицирован клинически значимый уровень тревоги (при использовании психометрических инструментов измерения).

Верхний диапазон распространенности тревоги по результатам обоих метаанализов свидетельствует о более высоком уровне тревоги у пациентов с ХСН по сравнению с пожилыми людьми в общей популяции, с другими соматическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Частота распространенности и денотат тревоги зависит от гендерного фактора. По результатам проведенного метаанализа, К. Easton и соавт. [28] было определено, что большая частота распространенности и более высокий уровень тревоги характерны для женщин. Также для женщин уже на начальных этапах развития патологической реакции<sup>12</sup> на ХСН характерен витальный страх, тогда как мужчины изначально испытывают страх потери трудоспособности, и лишь при прогрессировании заболевания страх смерти становится доминирующим, особенно во время одышки [29]. В исследовании В. Muschalla и соавт. [30], выполненном на 209 пациентах с кардиологической патологией (ишемическая болезнь сердца — 43,5%, артериальная гипертензия — 34,9%, метаболический синдром — 3,4%, пренесенная трансплантация сердца — 1,9%, другие неспецифические кардиологические заболевания — 16,3%), было показано, что у женщин отмечалась тенденция испытывать общую тревогу, тогда как для мужчин характерна тревога по поводу сердца, что, по-видимому, свидетельствует о том, что мужчины склонны признавать тревогу, если ее источник может быть идентифицирован, «локализован».

Важным аспектом в изучении тревожных расстройств признается отсутствие корреляций между тяжестью соматического состояния и выраженностью тревоги, в отличие от депрессивных расстройств [17].

<sup>11</sup> Особенности тревожных расстройств по гендерному фактору будут описаны ниже.

<sup>12</sup> Патологическая тревога определяется непропорциональной и неуместной реакцией в отношении типа, интенсивности или продолжительности вызывающего стимула (American Psychiatric Association, 1994; World Health Organization, 1992). По своей природе все соматические болезни, особенно серьезные и жизнеугрожающие, представляют определенный уровень угрозы, вызывая тревогу (Wu R.L. et al., 2002; Hoyer J. et al., 2008). Тем не менее такая «настоящая» причина для беспокойства не может объяснить развитие патологической и ипохондрической тревоги. Патологическая тревога при наличии явной угрозы у кардиологических больных была описана как «патологический страх перед реальностью» — pathologische realangst (Linden M. et al., 2002).

<sup>10</sup> В оригинальной работе авторы описывают у пациентов с ХСН и депрессией разочарование и чувство безнадежности в связи с невозможностью предотвратить ухудшение состояния и нарастание симптомов («...каждый день своей жизни я чувствую, будто я с похмелья, у меня грипп и я умираю. Вы знаете, никто не может вылечить меня, и что за смысл пребывания здесь... мое тело кричит в агонии»), что соотносится с феноменом деморализации.

Тревога и тяжесть соматического заболевания являются многомерными феноменами с различными характеристиками, которые уникально влияют на поведение в болезни. Так, В. Muschalla и соавт. [30] показали, что тревога связана в первую очередь с субъективными ощущениями и симптомами пациента, а не с прогнозом, тяжестью кардиологической патологии и коморбидностью соматических заболеваний.

Среди спектра тревожных состояний при ХСН выделяют генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, ипохондрическое расстройство, а также навязчивые мысли и действия [4, 17, 31].

В современной концептуализации одним из центральных психопатологических симптомов тревожных расстройств является «ассоциированная с сердцем тревога» (heart-focused anxiety). Согласно G.H. Eifert и соавт., «ассоциированную с сердцем тревогу» можно представить как «<...> индивидуальные различные дименсии <...>, которые способствуют усилению тревоги и боязливому реагированию на реальные и предполагаемые сердечные события». Ключевой характеристикой «тревоги, связанной с сердцем», является то, что она основана на убеждении пациентов, что все, что связано с сердцем и нарушением функционирования сердечно-сосудистой системы, неизбежно ведет к негативным и жизнеугрожающим последствиям. Таким образом, эти симптомы тревоги четко ориентированы на сердце и охватывают несколько дименсий, в том числе страх и тревогу о функционировании сердца, избегание физической нагрузки, которая может привести к усилению кардиологических симптомов, а также фиксацию и отслеживание работы сердца [32].

Еще одна концепция формирования тревоги при кардиологической патологии была сформулирована М. Linden и соавт. в рамках «патологического страха перед реальностью» (pathological realangst), характерного для серьезных и жизнеугрожающих заболеваний [33]. Искаженное восприятие кардиологической патологии, вызванное субъективными представлениями о болезни, часто приводит к ошибочным причинным предположениям и искаженной интерпретации физических симптомов болезни. В результате возникает тревожный фокус внимания и в конечном итоге развивается «патологический страх перед реальностью», что приводит к избегающему поведению, а именно к снижению привычной физической активности с целью минимизировать возможные ухудшения состояния.

Страх смерти от сердечной катастрофы, сопровождающийся телесными сенсациями в области сердца, как характеристика тревожных расстройств при ХСН продемонстрирован и в работе Н.Н. Петровой, выделившей у части больных с ХСН тревожный синдром с преобладанием кардиофобии (14%) [34].

В некоторых исследованиях, также как и при депрессии, отмечается преобладание соматовегетативных проявлений над когнитивной тревогой. Так, в вышеупомянутой работе инсомния была выделена в качестве доминирующего симптома у пациентов с ХСН,

тогда как когнитивный компонент тревоги был выражен в меньшей степени.

В части случаев для пациентов с ХСН характерны панические атаки, которые имитируют типичные симптомы декомпенсации ХСН, такие как стеснение за грудиной, учащенное сердцебиение, ощущение удушья, что создает диагностические трудности [31, 32, 35, 36]. В кардиологической практике наблюдаются как «классические», или «типичные», панические атаки, так и субсиндромальные (ограниченные) панические приступы. Клиническая картина субсиндромальных панических приступов проявляется в виде атипичных вегетативных пароксизмов, в структуре которых фобический компонент представлен чаще страхами ипохондрического содержания (кардио-, инсультофобия, страх повторения пароксизма аритмии, боязнь потери сознания или опасения несвоевременного оказания медицинской помощи), а не танатофобией (вита́льный страх смерти), а соматовегетативные проявления выражены ограниченным набором вегетативных кардионевротических расстройств [36].

Страх прогрессирования сердечно-сосудистого заболевания приводит к проверкам функционирования сердца в виде измерения пульса, артериального давления. Таким образом, формируется ипохондрия *cum materia*, проявляющаяся повышенным кардиологическим вниманием, interoцептивной фиксацией в отношении сердца и в виде системного самонаблюдения своего самочувствия [35, 37].

Целый ряд исследований свидетельствует о негативном влиянии тревожных расстройств на качество жизни при обсуждаемой кардиологической патологии [35, 38].

Важным аспектом изучения тревожных расстройств при ХСН являются приверженность к кардиотропной терапии, а также соблюдение общих рекомендаций, однако к настоящему времени существуют полярные мнения в отношении данной проблематики.

Так, в исследовании Н.Н. Петровой [34] было показано, что уровень комплаенса пациентов с ХСН и тревогой по большинству показателей<sup>13</sup> был близок комплаентности больных без психических расстройств. Однако пациенты с расстройствами тревожного спектра чаще отказывались от инвазивного вмешательства (коронарография, реваскуляризация коронарных сосудов) в связи с опасением неблагоприятного исхода.

Иные результаты были получены в ряде других работ, свидетельствующих о низкой приверженности к лечению посредством неадаптивных поведенческих механизмов, таких как курение, употребление спиртных напитков, отсутствие физической активности [4]. В работе S.M. Wedegärtner и соавт. было продемонстрировано, что для пациентов с ХСН характерно ограничение физической активности<sup>14</sup> (с целью минимизации

<sup>13</sup> Комплаентность пациентов определялась по результатам опросника отношения к лекарствам (Drug attitude inventory, DAI-10).

<sup>14</sup> Физическая активность особенно важна для данной когорты пациентов потому, что физические упражнения сокращают количество

субъективного ухудшения симптомов), что негативно влияет на течение и прогноз ХСН [35].

Важным аспектом изучения психических расстройств при ХСН является их влияние на количество госпитализаций и смертность. К настоящему времени существуют полярные мнения в отношении данной проблематики. Так, некоторые авторы постулируют о негативном влиянии тревожных расстройств на госпитализацию и смертность, тогда как другие придерживаются мнения об отсутствии корреляций между госпитализациями, смертностью и тревожными расстройствами.

Так, по результатам систематического обзора, выполненного J. Vongmanu и соавт., тревога была предиктором увеличения повторных госпитализаций, при этом не коррелировала со смертностью [39]. Однако не во всех шести исследованиях, вошедших в данную работу, такая взаимосвязь была подтверждена. В пяти лонгитудинальных когортных исследованиях сообщалось о корреляции между тревогой и госпитализациями с ХСН. При этом в исследованиях Volz и соавт. и De Jong и соавт. было обнаружено, что эта связь была значима только для тяжелой степени тревоги<sup>15</sup>. В единственном исследовании, удовлетворяющем все критерии качества проводимого систематического обзора, сообщалось об отсутствии значимой связи между тревогой и госпитализацией.

Противоположные результаты были получены в отношении взаимосвязи между тревогой и смертностью у пациентов с ХСН. Только в двух исследованиях, включенных в обзор, сообщалось о связи между тревогой и смертностью в популяциях с ХСН, при этом вне зависимости от выраженности тревоги.

### Астенические расстройства

Астенические расстройства представляют собой один из наиболее распространенных симптомов у пациентов с ХСН. Так, по данным исследований, астения встречается в 50–96% [5, 40] и в 10–20% при первично диагностированной ХСН как проявление собственно кардиологического заболевания [40].

К настоящему времени этиология астенических расстройств изучена недостаточно, и существует мнение о мультифакториальной природе астении [41]. Астения рассматривается как результат взаимодействия периферических и центральных факторов. Периферическая или «мышечная усталость» рассматривается как результат дефицита периферического кровотока и изменения архитектуры и функционирования мышечных волокон, приводящих к преобладанию катаболических процессов и возникновению астении, спровоцированной физическими нагрузками. Некоторые авторы рассматривают

периферическую астению как один из важных факторов, способствующих нарушению центральных механизмов. Соответственно, центральными механизмами астении считаются воспаление и аномальная работа гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. В ряде исследований было продемонстрировано повышение уровня цитокинов при астенических расстройствах [42]. В рамках иммунологической концепции для астенических расстройств характерен определенный иммунологический профиль, проявляющийся нарушением ряда показателей, вовлеченных в патогенез астенических расстройств (активность лейкоцитарной эластазы [ЛЭ] и  $\alpha_1$ -протеиназного ингибитора [ $\alpha_1$ -ПИ], а также уровень аутоантител к нейроантигенам — белку S-100B и основному белку миелина [ОБМ])<sup>16</sup>.

K. Falk и соавт. [43] на основании дихотомической модели астенических расстройств описали две составляющие астении применительно к ХСН — физическую и когнитивную астению. К физической астении авторы относят ощущение нехватки сил и энергии, сонливость, когнитивная же астения представляет собой чувство интеллектуального дефицита в виде ухудшения памяти, трудностей концентрации внимания, инициации интеллектуальной деятельности (например, чтение книг). Многие пациенты сообщали об отсутствии прежней креативности.

E.J. Smith и соавт. [44], основываясь на провоцирующих факторах, описали два компонента астенических расстройств — астению, ассоциируемую с физическими нагрузками, и общую астению. Астения, ассоциированная с физическими нагрузками, обусловлена непосредственным влиянием астении на способность человека заниматься привычной ежедневной деятельностью, в то время как общая астения представляет собой ощущение истощения, значимо не связанное с физической активностью или напряжением. Кроме того, в зависимости от степени выраженности и траектории течения (стабильность проявлений или постепенное нарастание/уменьшение тяжести) для астении, ассоциированной с физическими нагрузками, и общей астении были сформулированы 6-классовая и 5-классовая модель соответственно. В результате было продемонстрировано, что пол, возраст, отсутствие физической активности, сахарный диабет, сопутствующие заболевания, функциональный класс по NYHA, способность переносить физическую нагрузку и использование психотропных препаратов были предикторами астении, ассоциированной с физическими нагрузками, варьирующимися в зависимости от классов усталости. Предикторы общей астении, также варьирующиеся в зависимости

госпитализаций, связанных с ХСН (Davies E.J. и соавт., 2014). Кроме того, физическая активность у пациентов с ХСН коррелирует с более высоким уровнем качества жизни и указана в действующих рекомендациях. (Клинические рекомендации ХСН, 2020).

<sup>15</sup> Выраженность тревожных симптомов измерялась с помощью психометрического метода, в результате чего были выделены легкая, средняя и тяжелая степень тревоги.

<sup>16</sup> В работе Б.А. Волель с соавт. «Клинико-лабораторные маркеры астенического синдрома у больных саркоидозом», проведенной на выборке пациентов с саркоидозом легких, астения соотносилась с недостаточной дегрануляционной активностью нейтрофилов в ходе развития воспалительной реакции и нарушением соотношения лейкоцитарной эластазы и других маркеров воспаления; в частности, функциональной активности  $\alpha_1$ -ПИ, а также концентрации СРБ и уровня нейроантигенов (aAT) к S100b и основному белку миелина (ОБМ).

от классов усталости, включали курение, отсутствие физической активности и способность переносить физическую нагрузку. Относительно прогноза было показано, что пациенты в классах с тяжелой астенией, ассоциированной с физическими нагрузками, и с тяжелой общей астенией имели почти в три раза повышенный риск смертности по сравнению с референтными группами<sup>17</sup>, тогда как пациенты с низкой степенью астении, ассоциированной с физическими нагрузками, имели низкий риск смертности.

В недавно опубликованной работе Н. Walthall и соавт. [45] астенические расстройства при ХСН рассматривались с точки зрения трех ключевых факторов: астения как физическое ограничение, психологическая реакция на астению и астения как часть повседневной жизнедеятельности.

Физическое истощение, ощущение недостатка сил и энергии, сонливость мешают пациентам вести привычный образ жизни, вносят негативные коррективы в повседневную деятельность. Так, пациенты воспринимают даже обычную ходьбу как проблему, некоторые не могут закончить уборку по дому. Больные, страдающие астеническими расстройствами, описывают недостаток энергии как истощение, а не отсутствие желания к деятельности, что дифференцирует астенические расстройства с апатией.

Астенический синдром является фактором корреляции высокого уровня повторных госпитализаций и смертности [46].

Несмотря на прогностическую важность астении при ХСН, клинические и социодемографические детерминанты астенического синдрома остаются неоднозначными.

Так, в исследованиях, изучающих демографические характеристики, было показано, что пребывание в браке, женский пол, наличие низкого уровня образования, а также безработный статус связаны с астенией у пациентов с ХСН [47]. Однако L.S. Evangelista и соавт. [48] обнаружили, что ни возраст пациентов, ни пол не были ассоциированы с астеническим синдромом.

Известно, что астенический синдром, будучи неспецифическим транснозологическим конструктом, характерен как для соматических заболеваний, так и для депрессивных расстройств. В ряде исследований было определено, что симптомы одышки, депрессии и личностные факторы являются важными детерминантами астении при ХСН [43, 47]. Однако в работе S. Нео не было обнаружено значимых корреляций между депрессивным расстройством и астеническим синдромом у пациентов с ХСН [49]. L. Jasiukeviciene и соавт. [50] ассоциировали астенические расстройства

при ХСН со степенью тяжести кардиологической патологии.

К настоящему времени имеющиеся работы по изучению корреляций между астенией и косвенными показателями функционального состояния, такими как ФК по NYHA и фракция выброса левого желудочка (ФВ), являются неоднозначными. Данные некоторых исследований подтверждают связь между астенией и ФК [40, 51], тогда как в результатах других работ не было обнаружено значимых корреляций между астенией и ФК [48] или ФВ [48, 52].

### **Ипохондрические расстройства и копинг-механизмы совладания с болезнью**

В клинической практике помимо вышеописанных расстройств наблюдаются и ипохондрические реакции, представляющие собой два полярных типа: тревожно-фобические (health anxiety) и диссоциативные реакции [36, 53].

Тревожно-фобические реакции, или невротическая ипохондрия, были описаны Б.А. Волель в рамках небредовой ипохондрии при соматических заболеваниях [19, 36]. Невротическая ипохондрия характерна для пациентов со стабильной ХСН и относительно редкими обострениями. Клиническая картина невротической ипохондрии характеризуется органоневротическими расстройствами, имитирующими симптомы ХСН (одышка, кардиалгии) и сочетающимися со стойкой ипохондрической фиксацией к телесным проявлениям, ощущением опасности отмечаемого соматического неблагополучия. Несмотря на стабильное соматическое состояние, что подтверждается объективными данными, любые изменения в самочувствии пациенты воспринимают как угрозу, проявление декомпенсации ХСН. Психопатологические проявления ипохондрии также реализуются формированием стойких кардиофобий, а в части случаев и танатофобий.

Полярным типом невротической ипохондрии при ХСН признаются диссоциативные расстройства с недооценкой тяжести соматического состояния и, как следствие, дезадаптивным поведением в болезни.

Однако частота встречаемости и клиническая структура диссоциативных расстройств при ХСН изучены недостаточно и ограничиваются результатами исследований при таких кардиологических состояниях, как фибрилляция предсердий [54], пред- и послеоперационный период аортокоронарного шунтирования [55].

К настоящему времени существуют два основных подхода к изучению диссоциативных расстройств при кардиологических заболеваниях: клинический (психопатологический) и психологический (психодинамический), в рамках которого рассматриваются копинг-стратегии — способы совладания (взаимодействия) с болезнью (coping)<sup>18</sup> [56, 57].

<sup>17</sup> В 6-классовой модели астении, ассоциированной с физическими нагрузками, класс астении средней степени выраженности и с уменьшением симптомов астении с течением времени как наибольшая группа пациентов был концептуализирован как референтная группа. В 5-классовой модели общей астении класс со средней выраженностью астении и достаточно стабильной выраженностью проявлений в течение времени составил наибольшую группу пациентов и был определен как референтная группа.

<sup>18</sup> Копинг-стратегии, согласно R. Lazarus и S. Folkman, включают в себя «постоянно меняющиеся когнитивные и поведенческие усилия по управлению определенными внешними и/или внутренними



Копинг-стратегии подразделяются на два основных типа: преодоление стресса на основе контроля эмоций<sup>19</sup> и на основе решения проблемы<sup>20</sup>. Преодоление стресса на основе контроля эмоций рассматривается как неадаптивное и ассоциируется с нездоровым образом жизни, таким как курение, отсутствие физических упражнений, употребление алкогольных напитков, несоблюдение схемы лекарственного лечения и употребление наркотиков, что приводит к частым госпитализациям и даже высокому уровню смертности. Напротив, преодоление стресса на основе решения проблемы, являясь адаптивным, связано с лучшими клиническими результатами, такими как увеличение продолжительности жизни и уменьшение госпитализаций по сравнению с пациентами, пытающимися преодолевать стресс на основе контроля за эмоциями.

В свою очередь S. Buetow описал четыре копинг-стратегии: избегание (avoidance)<sup>21</sup>, непризнание («здоровое отрицание» — disavowal, healthy denial)<sup>22</sup>, отрицание (denial)<sup>23</sup> и принятие (acceptance)<sup>24</sup> [56].

J. Wingham и соавт. [57] на основе 19 исследований, изучающих копинг-стратегии, разработали концептуальную модель отношения, убеждения и ожидания у пациентов с ХСН. В качестве реакции пациентов на ХСН авторы работы выделили следующие копинг-стратегии: «стратегический беглец» (strategic avoider)<sup>25</sup>, «селективный отрицатель» (selective denier)<sup>26</sup>, «благомы-

с требованиями, которые оцениваются как обременяющие или превышающие ресурсы человека». Это определение подчеркивает отношение человека к своему телу и социально обусловленной ситуации. Управление этими отношениями требует решения проблем и необходимости регулировать эмоциональные последствия диагноза и заболевания.

<sup>19</sup> Копинг-механизмы на основе контроля эмоций представляют собой активные копинг-стратегии («разрядка», «позитивная перефокусировка», «юмор», «принятие», «эмоциональная поддержка») и избегающие («самоотвлечение», «отрицание», «поведенческое отчуждение», «самобичевание» и «употребление психоактивных веществ»).

<sup>20</sup> Копинг-стратегии на основе решения проблемы включают в себя «планирование», «обращение за эффективной (действенной) поддержкой» и «религия».

<sup>21</sup> Избегание (avoidance) проявляется нежеланием или непризнанием пациентами необходимости знать о своем состоянии ХСН, что может объяснять, почему многие пациенты не понимают характер или серьезность своего заболевания.

<sup>22</sup> Непризнание («здоровое отрицание» — disavowal, healthy denial) — «самообман перед лицом точного понимания». Пациенты отмечают и признают реальность, но, чтобы смягчить создаваемое ею эмоциональное напряжение и укрепить свое здоровье, они в тоже время стремятся отделить это осознание от его личного воздействия путем позитивной реконструкции личного понятия или значимости.

<sup>23</sup> Отрицание (denial) — бессознательный процесс, лишенный ментальных разработок, характерных для «непризнания» и характеризующийся «избирательной слепотой восприятия к неприятным фактам», в результате чего пациент указывает на отсутствие серьезной проблемы. «Отрицание» не только искажает реальность, но и отвергает ее, оставляя угрозу болезни за пределами психики пациента.

<sup>24</sup> Принятие (acceptance) — сознательное признание обоснованности верифицированного диагноза ХСН без попыток позитивно реконструировать его значение или личностную значимость.

<sup>25</sup> Стратегический беглец (strategic avoider) — сознательное делегирование другим контроля и управление своим состоянием, как например, профессионалам в области здравоохранения, семье и друзьям, при этом с культивированием зависимости от окружающих.

<sup>26</sup> Селективный отрицатель (selective denier) соотносится с определением «непризнания» («здоровое отрицание» — disavowal, healthy

denial), описанным S. Buetow и соавт. (2001). Пациенты признают, что ХСН является серьезной патологией, однако отрицают личную значимость заболевания, воспринимая состояние как временное.

<sup>27</sup> Благомыслящий самоуправленец (well intentioned self-manager) характеризуется пациентами, которые мотивированы принять ряд мероприятий для контроля/улучшения своего самочувствия, однако находятся под влиянием постоянных заблуждений, неполноценных знаний и закрепившейся системы убеждений.

<sup>28</sup> Прогрессивный самоуправленец (advanced self-manager) — реакция активного управления с адекватным усвоением необходимой информации о ХСН и адаптацией в жизни в соответствии с заболеванием.

лящий самоуправленец» (well-intentioned manager)<sup>27</sup> или «прогрессивный самоуправленец» (advanced self-manager)<sup>28</sup>.

Несмотря на различные концепции копинг-механизмов, описывающие разнообразные способы совладания с болезнью, в большинстве доступных работ прослеживается такая реакция, как «отрицание», характеризующаяся отрицанием личностной значимости заболевания и восприятием своего соматического неблагополучия как временного.

В рамках клинического подхода диссоциативные расстройства («отрицание») рассматриваются как полярный тип тревожно-фобических реакций. Диссоциативные реакции дифференцируются в зависимости от глубины отчуждения проявлений соматического заболевания на два типа: compartment-диссоциации — представлены феноменом «двойного сознания», т.е. нивелирования субъективно неприятных, тягостных ощущений, связанных с болезнью, за «фасадом» которой проявляется тревожная реакция, и detachment-диссоциации — «полная элиминация стрессового воздействия и его последствий из сознания пациента» [58].

К настоящему времени лишь в единичных работах описываются диссоциативные расстройства при ХСН. Так, в крупномасштабном исследовании Adelphi Heart Failure Disease Specific Programme (DSP) (2454 пациента с ХСН, 10 стран), целью которого было в том числе и изучение соответствия представления пациентов и лечащего кардиолога о тяжести ХСН, продемонстрировано, что 28% участников воспринимают тяжесть своего соматического состояния несоизмеримо с диагнозом лечащего кардиолога. Так, из 1040 пациентов, рассказавших, что кардиолог сообщил им о ХСН умеренной степени тяжести, у 28% пациентов лечащий кардиолог расценил умеренно высокий или очень высокий риск смерти в течение последующих 12 мес. [59].

К настоящему времени установлено, что диссоциативные расстройства при хронических, длительно протекающих кардиологических заболеваниях негативно влияют на течение и прогноз сердечно-сосудистой патологии [54, 60].

Таким образом, несмотря на немногочисленные работы и отсутствие единой клинической концепции диссоциативных расстройств при ХСН, значимость и прогностическая ценность данного психопатологического феномена не вызывает сомнений.

Адекватное восприятие симптомов рассматривается как один из наиболее важных факторов успешного

денial), описанным S. Buetow и соавт. (2001). Пациенты признают, что ХСН является серьезной патологией, однако отрицают личную значимость заболевания, воспринимая состояние как временное.

<sup>27</sup> Благомыслящий самоуправленец (well intentioned self-manager) характеризуется пациентами, которые мотивированы принять ряд мероприятий для контроля/улучшения своего самочувствия, однако находятся под влиянием постоянных заблуждений, неполноценных знаний и закрепившейся системы убеждений.

<sup>28</sup> Прогрессивный самоуправленец (advanced self-manager) — реакция активного управления с адекватным усвоением необходимой информации о ХСН и адаптацией в жизни в соответствии с заболеванием.

ведения пациентов, так как неудовлетворительное восприятие симптомов пациентами может вызывать декомпенсацию ХСН и откладывание своевременного обращения за специализированной помощью.

### Личностные особенности

Определение роли вклада личностных особенностей в формирование реакций на кардиологическое заболевание является одним из актуальных вопросов изучения психопатологии при ХСН.

В доступных к настоящему моменту работах преобладает мнение о негативном влиянии личности типа D на течение и клинический исход ХСН. Личность типа D (distressed) определяется двумя устойчивыми характеристиками чертами, такими как негативная аффективность или склонность испытывать отрицательные эмоции (например, гнев, печаль, страх, раздражительность) после ситуации и через время, и социальная ингибция, проявляющаяся тенденцией сдерживать эти эмоции при социальном взаимодействии из-за страха неприятия или неодобрения.

В ряде исследований было продемонстрировано, что личность типа D связана с более низким качеством жизни и состоянием здоровья, с учетом демографических и клинических характеристик, в том числе дисфункции левого желудочка и ФК по NYHA [61]. Личность типа D при ХСН также ассоциируется с повышенным уровнем провоспалительных цитокинов, являющихся маркерами неблагоприятных прогнозов ХСН, и с поздней (более 6 мес.) смертностью [62]. Аналогичные выводы были сделаны S. Susanne с соавт. в лонгитудинальном исследовании с длительностью наблюдения 9 мес., в котором личность типа D рассматривалась предиктором низкого эмоционального, но не физического качества жизни независимо от симптомов депрессии и ФК по NYHA [63].

Важным аспектом изучения вклада личности типа D в течение и прогноз ХСН являются поведенческие риски в отношении здоровья. Результаты исследований с выборками пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями неизменно соотносят личность типа D с низкой приверженностью приему препаратов, соблюдению физических нагрузок, диетических мероприятий, а также несвоевременным обращением за медицинской помощью [64].

Однако следует отметить критическую работу J.C. Соупе и соавт. [65], выполненную на выборке из 706 пациентов с ХСН и наблюдением в течение 9 мес. Авторы исследования продемонстрировали отсутствие прогностической ценности личности типа D в отношении смертности, а также подчеркнули значительное перекрытие в содержании инструментов оценки симптомов депрессии и двух составляющих личности типа D, негативной аффективности и социальной ингибции.

В большинстве вышеописанных работ в качестве метода инструмента измерения личностных особенностей используются формализованные шкалы без проведения развернутого клинического интервью, что

может негативно сказываться на конечных результатах.

Лишь в немногочисленных работах личностные особенности пациентов с ХСН рассматривались с точки зрения психопатологического подхода. Так, в исследовании Ph.J. Tully и соавт. [7] было продемонстрировано, что 28,8% пациентов с ХСН страдают расстройством личности, среди его разновидностей наиболее часто встречаются избегающее, пограничное и обсессивно-компульсивное расстройство личности.

Между тем работы, выполненные на выборках кардиологических больных, демонстрируют важность личностной predisпозиции в качестве предиктора формирования патологического поведения в болезни [54, 66].

Наряду с традиционными типами расстройств личности выделяют также и личностные особенности, отражающие восприятие проявлений со стороны телесной сферы и соучаствующие в формировании уязвимости/устойчивости к воздействию соматического заболевания, — соматоперцептивные акцентуации (невропатия (соматопатия)<sup>29</sup>, соматотония<sup>30</sup>, сегментарная деперсонализация<sup>31</sup>) [67].

В исследовании «Психосоматические синдромы у больных хронической ишемической болезнью сердца и их влияние на ее течение» [66], выполненном на выборке из 106 пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) и рассматриваемом в качестве неблагоприятного исхода, в том числе и развитие ХСН III–IV ФК на максимальной переносимой терапии, было выделено три типа психосоматических («кардиоперсонифицированных») синдромов, в зависимости от соотношения характера течения ХИБС и соматоперцептивной конституции. Так, у пациентов с невропатической конституцией и высоким уровнем тревоги о здоровье лишь в 11% случаев прогрессировала ХСН (89% — острый коронарный синдром), у больных с соматотонией

<sup>29</sup> Невропатическая конституция проявляется вегетативной лабильностью (сосудистые кризы, головокружения, ортостатические обмороки, сердцебиения, гипергидроз и др.); функциональными нарушениями со стороны основных систем организма; сенсibilизацией к инфекционным агентам; «псевдоаллергическими» реакциями (крапивница, дерматит, непереносимость отдельных продуктов питания); немотивированным субфебрилитетом; метеопатией; расстройствами телесной перцепции (гиперпатии, гиперестезии, алгии — псевдомигрени, фибромиалгии); астеническими проявлениями.

<sup>30</sup> Соматотония реализуется ощущением повышенного телесного тонуса в сочетании с потребностью в регулярной физической активности «культ тела» (занятия спортом, толерантность к физическим нагрузкам, выносливость). В ряде случаев стремление к поддержанию «безупречной» хорошей физической формы сопровождается фиксацией на проявлениях телесной сферы с утирированной заботой о здоровье, тенденцией придерживаться «правильного» образа жизни, соблюдением разнообразных диет.

<sup>31</sup> Сегментарная деперсонализация — безразличие к любым проявлениям со стороны телесной сферы, незаинтересованность в поддержании хорошей физической формы (нерегулярное питание; снижение навыков чистоплотности; отсутствие режима сна и отдыха; ношение одежды не по сезону, повышающее риск простудных заболеваний); высокая толерантность/нечувствительность к болевым стимулам; пренебрежение вопросами собственного здоровья (манкирование профилактическими медицинскими осмотрами, обращение к врачам лишь на поздних стадиях соматического заболевания).

и невропатией и умеренно повышенным уровнем тревоги о здоровье — в 18% (67% — другие причины), тогда как для пациентов с сегментарной деперсонализацией в 100% случаев было характерно прогрессирование ХСН.

В еще одной работе [17], выполненной с применением психопатологического и психометрического методов<sup>32</sup> на выборке из 30 пациентов с ХСН и 30 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью (ГБ), изучались личностная тревожность и алекситимия. В работе было продемонстрировано, что пациентам с ХСН, так же как и с ИБС и ГБ, была присуща высокая личностная тревожность. Вне зависимости от нозологической формы рассматриваемых сердечно-сосудистых заболеваний уровень алекситимии у больных превышал средний уровень, однако в когорте пациентов с ХСН уровень алекситимии был ниже по сравнению с больными с ИБС и ГБ. Таким образом, прослеживается определенная динамика алекситимии на фоне прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, реализующаяся снижением уровня алекситимии при утяжелении соматического состояния, нарастании витальной угрозы в виде осложнения ХСН.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги обзора доступных научных публикаций, изучающих психическую патологию при ХСН, в первую очередь следует подчеркнуть высокую распространенность гетерогенных психических и личностных расстройств, оказывающих негативное влияние на течение и прогноз кардиологической патологии. При этом клинические особенности ХСН (ФВ ЛЖ, стадия, степень и др.) обуславливают неоднородность психопатологических феноменов.

К настоящему времени данные о депрессивных и тревожных расстройствах широко освещены в литературе, в то время как распространенности и клинической типологии диссоциативных расстройств при ХСН посвящены лишь отдельные сообщения. Однако диссоциативные реакции, характеризующиеся несоответствующим восприятием пациентами симптомов ХСН с тяжестью кардиологического заболевания, что является одним из значимых факторов риска низкого комплаенса (несоблюдение назначенных рекомендаций, откладывание своевременного обращения за специализированной помощью), приводят посредством выраженного дезадаптивного поведения к нарастанию тяжести ХСН и неблагоприятному исходу. Важно отметить, что особенности течения ХСН требуют постоянного контакта врача с пациентом, динамического наблюдения как одного из значимых факторов успешного лечения. При этом динамическое наблюдение становится невозможным у пациентов с диссоциативными расстройствами, что приводит к развитию

частых декомпенсаций ХСН, которые возможно было предотвратить при своевременной коррекции терапии.

Обращает на себя внимание малоизученность и противоречивость сведений в отношении личностной предрасположенности к формированию психических расстройств при ХСН. При этом в отдельных работах отмечается прогностическая значимость личностных особенностей, влияющих на восприятие проявлений ХСН, поведение в болезни и как следствие обуславливающих течение и прогноз кардиологической патологии.

Отдельно следует отметить, что несмотря на то что астенические расстройства являются одними из наиболее распространенных коморбидных нарушений при ХСН и ассоциируются с высоким уровнем повторных госпитализаций и смертностью, остаются неоднозначными вопросы патогенеза астении и вклада собственно ХСН в развитие и прогрессирование астении. Кроме того, астенические расстройства представляют собой наиболее субъективно тягостный симптом для пациентов и один из значимых клинических показателей развития декомпенсации ХСН, что требует пристального динамического наблюдения. Однако нередко в рутинной практике врачи-интернисты не придают диагностической значимости формированию и развитию астении. Таким образом, остается открытым вопрос информативной и объективной диагностики астенических расстройств.

И в заключение стоит подчеркнуть, что большинство работ, изучающих психические расстройства при ХСН, выполнены с использованием психометрического метода врачами-интернистами, и лишь в немногих исследованиях применяется клиничко-психопатологическое обследование, что, по всей видимости, может приводить к смещению результатов и обуславливать расхождение и неоднозначность выводов разных исследований.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Мареев ВЮ, Агеев ФТ, Беграмбекова ЮЛ, Васюк ЮА, Гарганеева АА, Гендлин ГЕ, Глезер МГ, Готье СВ, Довженко ТВ, Кобалава ЖД, Козиолова НА, Коротеев АВ, Мареев ЮВ, Овчинников АГ, Перепеч НБ, Тарловская ЕИ, Чесникова АИ, Шевченко АО, Арутюнов ГП, Беленков ЮН, Галявич АС, Гиляревский СР, Драпкина ОМ, Дупляков ДВ, Лопатин ЮМ, Ситникова МЮ, Скибицкий ВВ, Шляхто ЕВ. Клинические рекомендации ОССН — РКО — РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение. *Кардиология*. 2018;58(56). doi: 10.18087/cardio.2475  
Mareev VYu, Ageev FT, Begrambekova YuL, Vasyuk YuA, Garganeeva AA, Gendlin GE, Glezer MG, Gote SV, Dovzhenko TV, Kobalava ZhD, Koziołova NA, Koroteev AV, Mareev YuV, Ovchinnikov AG, Perepech NB, Tarlovskaya EI, Chesnikova AI, Shevchenko AO,

<sup>32</sup> Психометрическое обследование включало следующий набор диагностических методик: госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала тревожности Спилберга, Торонтская алекситимическая шкала.



- Arutyunov GP, Belenkov YuN, Galyavich AS, Gilyarevskii SR, Drapkina OM, Duplyakov DV, Lopatin YuM, Sitnikova MYu, Skibickii VV, SHlyahto EV. Klinicheskie rekomendacii OSSN — RKO — RNMOT. Serdechnaya nedostatochnost: hronicheskaya (HSN) i ostraya dekompensirovannaya (ODSN). Diagnostika, profilaktika i lechenie. *Kardiologiya*. 2018;58(S6). (In Russ.). doi: 10.18087/cardio.2475
2. Špinar J, Špinarová L, Vítovec J. Pathophysiology, causes and epidemiology of chronic heart failure. *Vnitr Lek*. 2018;64(9):834–838.
3. Ghosh RK, Ball S, Prasad V, Gupta A. Depression in heart failure: Intricate relationship, pathophysiology and most updated evidence of interventions from recent clinical studies. *Int J Cardiol*. 2016;224:170–177. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.09.063
4. Celano CM, Villegas AC, Albanese AM, Gaggin HK, Huffman JC. Depression and Anxiety in Heart Failure: A Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(4):175–184. doi: 10.1097/HRP.0000000000000162
5. Di Palo KE. Psychological Disorders in Heart Failure. *Heart Fail Clin*. 2020;16(1):131–138. doi: 10.1016/j.hfc.2019.08.011
6. Heo S, McSweeney J, Tsai PF, Ounpraseuth S, Moser DK, Kim J. The Associations of Diagnoses of Fatigue and Depression With Use of Medical Services in Patients With Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2019;34(4):289–296. doi: 10.1097/JCN.0000000000000574
7. Tully PJ, Selkow T. Personality disorders in heart failure patients requiring psychiatric management: comorbidity detections from a routine depression and anxiety screening protocol. *Psychiatry Res*. 2014;220(3):954–959. doi: 10.1016/j.psychres.2014.08.051
8. Redeker NS. Somatic symptoms explain differences in psychological distress in heart failure patients vs a comparison group. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2006;21(4):182–189. doi: 10.1111/j.0889-7204.2006.05643.x
9. Güder G, Bauersachs J, Frantz S, Weismann D, Allohio B, Ertl G, Angermann CE, Störk S. Complementary and incremental mortality risk prediction by cortisol and aldosterone in chronic heart failure. *Circulation*. 2007;115(13):1754–1761. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.653964
10. Liguori I, Russo G, Curcio F et al. Depression and chronic heart failure in the elderly: an intriguing relationship. *J Geriatr Cardiol*. 2018;15(6):451–459. doi: 10.11909/j.issn.1671-5411.2018.06.014
11. Смулевич АБ. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. 4-е изд., перераб. и доп. М.: Медицинское информационное агентство, 2015. Smulevich AB. Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniyakh. 4-e izd., pererab. i dop. Moscow: Medical Informational Agency, 2015. (In Russ.).
12. Психические расстройства в клинической практике. Под ред. академика РАМН А.Б. Смулевича. М.: МЕДпресс-информ, 2011. Psychiatric Disorders in General Medical Practice. Pod red. acad. RAMS professor A.B. Smulevich). Moscow: MEDpress-inform, 2011. (In Russ.)
13. Андрющенко АВ. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине. *Психические расстройства в общей медицине*. 2011;1:14–27. Andryushchenko AV. Rasprostranennost' i struktura psikhicheskikh rasstroystv v obshchey meditsine. *Psikhicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine*. 2011;1:14–27. (In Russ.).
14. Довженко ТВ, Семиглазова МВ, Краснов ВН. Расстройства тревожно-депрессивного спектра и синдром кардиальной боли при сердечно-сосудистых заболеваниях (клинико-психопатологические аспекты). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2011;21(4):5–13. Dovzhenko TV, Semiglazova MV, Krasnov VN. Rasstroystva trevozhno-depressivnogo spektra i sindrom kardial'noy boli pri serdechno-sosudistyykh zabolevaniyakh (kliniko-psikhopatologicheskiye aspekty). *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2011;21(4):5–13. (In Russ.).
15. Петрова НН, Кутузова АЭ. Психосоматические аспекты хронической сердечной недостаточности. *Психические расстройства в общей медицине*. 2011;(2):23–28. Petrova NN, Kutuzova AE. Psikhosomaticheskiye aspekty khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti. *Psikhicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine*. 2011;(2):23–28. (In Russ.).
16. Петрова НН. Коморбидные психические расстройства как фактор эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий у кардиологических больных. *Acta Biomedica Scientifica*. 2016;1(6):88–91. doi: 10.12737/23752 Petrova NN. Komorbidnyye psikhicheskiye rasstroystva kak faktor effektivnosti lechebno-reabilitatsionnykh meropriyatiy u kardiologicheskikh bol'nykh. *Acta Biomedica Scientifica*. 2016;1(6):88–91. (In Russ.). doi: 10.12737/23752
17. Петрова НН. Структура психических расстройств и личностно-психологические особенности у больных кардиологического профиля. *Acta Biomedica Scientifica*. 2019;4(1):81–86. doi: 10.29413/ABS.2019-4.1.12 Petrova NN. Struktura psikhicheskikh rasstroystv i lichnostno-psikhologicheskiye osobennosti u bol'nykh kardiologicheskogo profilya. *Acta Biomedica Scientifica*. 2019;4(1):81–86. (In Russ.). doi: 10.29413/ABS.2019-4.1.12
18. Смулевич АБ, Медведев ВЭ, Фролова ВИ. Ритмы депрессии при соматических (дермато- и кардиологических) заболеваниях. *Психические расстройства в общей медицине*. 2008;1:22–25. Smulevich AB, Medvedev VE, Frolova VI. Ritmy depressii pri somaticheskikh (dermato- i kardiologicheskikh) zabolevaniyakh. *Psikhicheskiye*



- rasstroystva v obshchey meditsine. 2008;1:22–25. (In Russ.).
19. Волель АБ. Небредовая ипохондрия (психопатологическая модель, ипохондрические развития при соматических заболеваниях). Лекции по психосоматике. Под ред. академика РАН Смулевича АБ. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. Volel' AB. Nebredovaya ipokhondriya (psikhopatologicheskaya model', ipokhondricheskiye razvitiya pri somaticheskikh zabolevaniyakh). Lektsii po psikhosomatike. Pod red. akademika RAN Smulevicha AB. M.: Medical Informational Agency, 2014. (In Russ.).
  20. Holzapfel N, Müller-Tasch T, Wild B, Jünger J, Zugck C, Remppis A, Herzog W, Löwe B. Depression profile in patients with and without chronic heart failure. *J Affect Disord.* 2008;105(1–3):53–62. doi: 10.1016/j.jad.2007.04.009
  21. Comín-Colet J, Martín Lorenzo T, González-Domínguez A, Oliva J, Jiménez Merino S. Impact of non-cardiovascular comorbidities on the quality of life of patients with chronic heart failure: a scoping review. *Health Qual Life Outcomes.* 2020;18(1):329. doi: 10.1186/s12955-020-01566-y
  22. Wu JR, Moser DK, De Jong MJ, Rayens MK, Chung ML, Riegel B, Lennie TA. Defining an evidence-based cutpoint for medication adherence in heart failure. *Am Heart J.* 2009;157(2):285–291. doi: 10.1016/j.ahj.2008.10.001
  23. Fan H, Yu W, Zhang Q, Cao H, Li J, Wang J, Shao Y, Hu X. Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all-cause mortality: a meta-analysis. *Prev Med.* 2014;63:36–42. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.03.007
  24. Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Caracciolo A. Depression in elderly patients with congestive heart failure. *Journal of Geriatric Psychiatry.* 1991;24(1):59–71.
  25. Sokoreli I, de Vries JJG, Pauws SC, Steyerberg EW. Depression and anxiety as predictors of mortality among heart failure patients: systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev.* 2016;21(1):49–63. doi: 10.1007/s10741-015-9517-4
  26. Xu J, Gallo JJ, Wenzel J, Nolan MT, Budhathoki C, Abshire M, Bower K, Arruda S, Flowers D, Szanton SL, Dennison Himmelfarb C, Gonzalez K, Han HR. Heart Failure Rehospitalization and Delayed Decision Making: The Impact of Self-care and Depression. *J Cardiovasc Nurs.* 2018;33(1):30–39. doi: 10.1097/JCN.0000000000000423
  27. Gathright EC, Dolansky MA, Gunstad J, Redle JD, Josephson RA, Moore SM, Hughes JW. The impact of medication nonadherence on the relationship between mortality risk and depression in heart failure. *Health Psychol.* 2017;36(9):839–847. doi: 10.1037/hea0000529
  28. Easton K, Coventry P, Lovell K, Carter LA, Deaton C. Prevalence and Measurement of Anxiety in Samples of Patients With Heart Failure: Meta-analysis. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31(4):367–379. doi: 10.1097/JCN.0000000000000265
  29. Costello JA, Boblin S. What is the experience of men and women with congestive heart failure? *Can J Cardiovasc Nurs.* 2004;14(3):9–20.
  30. Muschalla B, Glatz J, Linden M. Heart-related anxieties in relation to general anxiety and severity of illness in cardiology patients. *Psychol Health Med.* 2014;19(1):83–92. doi: 10.1080/13548506.2013.774428
  31. Müller-Tasch T, Frankenstein L, Holzapfel N, Schellberg D, Löwe B, Nelles M, Zugck C, Katus H, Rauch B, Haass M, Jünger J, Remppis A, Herzog W. Panic disorder in patients with chronic heart failure. *J Psychosom Res.* 2008;64(3):299–303. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.09.002
  32. Eifert GH, Zvolensky MJ, Lejuez CW. Heart-focused anxiety and chest pain: A conceptual and clinical review. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2000;7(4):403–417. doi: 10.1093/clipsy.7.4.403
  33. Linden M, Dirks S, Glatz J. Die "Pathologische Realangst" am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen [Pathological realangst in cardiovascular diseases]. *Zeitschrift für Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie.* 2008;1:248–254.
  34. Петрова НН, Пилевина ЮВ. Психические расстройства и комплаенс больных с хронической сердечной недостаточностью. *Психические расстройства в общей медицине.* 2012;3:26–31. Petrova NN, Pilevina YuV. Psikhicheskiye rasstroystva i komplayens bol'nykh s khronicheskoy serdechnoy nedostatochnost'yu. *Psikhicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine.* 2012;3:26–31. (In Russ.).
  35. Wedegärtner SM, Schwantke I, Kindermann I, Karbach J. Predictors of heart-focused anxiety in patients with stable heart failure. *J Affect Disord.* 2020;276:380–387. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.065
  36. Волель БА, Сыркина ЕА. Психические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях. Психосоматические расстройства. Руководство для практических врачей. Под ред. академика РАН Смулевича АБ. Москва: МЕДпресс-информ, 2019. Volel' BA, Syrkina YeA. Psikhicheskiye rasstroystva pri serdechno-sosudistyykh zabolevaniyakh. Psikhosomaticheskkiye rasstroystva. Rukovodstvo dlya prakticheskikh vrachey. Pod red. akademika RAN Smulevicha AB. Moscow: MEDpress-inform, 2019. (In Russ.).
  37. Hohls JK, Beer K, Arolt V et al. Association between heart-focused anxiety, depressive symptoms, health behaviors and healthcare utilization in patients with coronary heart disease. *J Psychosomatic Research.* 2020;131:109958. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.109958
  38. Polikandrioti M, Panoutsopoulos G, Tsami A et al. Assessment of quality of life and anxiety in heart failure outpatients. *Arch Med Sci Atheroscler Dis.* 2019;4:e38–e46. doi: 10.5114/amsad.2019.84444

39. Vongmany J, Hickman LD, Lewis J, Newton PJ, Phillips JL. Anxiety in chronic heart failure and the risk of increased hospitalisations and mortality: A systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016;15(7):478–485. doi: 10.1177/1474515116635923
40. Polikandrioti M, Kalafatakis F, Koutelekos I, Kokoularis D. Fatigue in heart failure outpatients: levels, associated factors, and the impact on quality of life. *Arch Med Sci Atheroscler Dis*. 2019;4:e103–e112. doi: 10.5114/amsad.2019.85406
41. Matura LA, Malone S, Jaime-Lara R, Riegel B. A Systematic Review of Biological Mechanisms of Fatigue in Chronic Illness. *Biol Res Nurs*. 2018;20(4):410–421. doi: 10.1177/1099800418764326
42. Lennie TA, Moser DK, Biddle MJ, Welsh D, Bruckner GG, Thomas DT, Rayens MK, Bailey AL. Nutrition intervention to decrease symptoms in patients with advanced heart failure. *Res Nurs Health*. 2013;36(2):120–45. doi: 10.1002/nur.21524
43. Falk K, Granger BB, Swedberg K, Ekman I. Breaking the vicious circle of fatigue in patients with chronic heart failure. *Qual Health Res*. 2007;17(8):1020–7. doi: 10.1177/1049732307306914
44. Smith OR, Kupper N, de Jonge P, Denollet J. Distinct trajectories of fatigue in chronic heart failure and their association with prognosis. *Eur J Heart Fail*. 2010;12(8):841–8. doi: 10.1093/eurjhf/hfq075
45. Walthall H, Floegel T, Boulton M, Jenkinson C. Patients experience of fatigue in advanced heart failure. *Contemp Nurse*. 2019;55(1):71–82. doi: 10.1080/10376178.2019.1604147
46. Wallström S, Ali L, Ekman I, Swedberg K, Fors A. Effects of a person-centred telephone support on fatigue in people with chronic heart failure: Subgroup analysis of a randomised controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2020;19(5):393–400. doi: 10.1177/1474515119891599
47. Smith OR, Michielsen HJ, Pelle AJ, Schiffer AA, Winter JB, Denollet J. Symptoms of fatigue in chronic heart failure patients: clinical and psychological predictors. *Eur J Heart Fail*. 2007;9(9):922–927. doi: 10.1016/j.ejheart.2007.05.016
48. Evangelista LS, Moser DK, Westlake C, Pike N, Ter-Galstanyan A, Dracup K. Correlates of fatigue in patients with heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2008;23(1):12–17. doi: 10.1111/j.1751-7117.2008.07275.x
49. Heo S, McSweeney J, Tsai PF, Ounpraseuth S, Moser DK, Kim J. The Associations of Diagnoses of Fatigue and Depression With Use of Medical Services in Patients With Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2019;34(4):289–296. doi: 10.1097/JCN.0000000000000574
50. Jasiukevičienė L, Vasiliauskas D, Kavoliūnienė A, Marcinkevičienė J, Grybauskienė R, Grižas V, Tumynienė V. Evaluation of a chronic fatigue in patients with moderate-to-severe chronic heart failure. *Medicina*. 2008;44(5):366. doi: 10.3390/medicina44050047
51. Nepomuceno E, Silva LN, Cunha DCP, Furuya RK, Simões MV, Dantas RAS. Comparison of tools for assessing fatigue in patients with heart failure, *Rev Bras Enferm*. 2018;71(5):2404–2410. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0083
52. Schaefer KM, Shober Potylycki MJ. Fatigue associated with congestive heart failure: use of Levine's Conservation Model. *J Adv Nurs*. 1993;18(2):260–268. doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18020260.x
53. Смулевич АБ, Романов ДВ, Волель БА, Иванов СВ. Психосоматические расстройства. Национальное руководство по психиатрии. Под ред. Александровского ЮА, Незнанова НГ. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.  
Smulevich AB, Romanov DV, Volel' BA, Ivanov SV. Psikhosomaticheskiye rasstroystva. Natsional'noye rukovodstvo po psikhiiatrii. Pod red. Aleksandrovskogo YuA, Neznanova NG. M.: GEOTAR-Media, 2020. (In Russ.).
54. Волель БА, Трошина ДВ, Грубова МВ, Малутина АА. Психические (личностные) расстройства у больных фибрилляцией предсердий. *Психические расстройства в общей медицине*. 2016;(1–2):27–35  
Volel' BA, Troshina DV, Grubova MV, Malyutina AA. Psikhicheskiye (lichnostn-yye) rasstroystva u bol'nykh fibrillyatsiyey predserdiy. *Psikhicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine*. 2016;(1–2):27–35. (In Russ.).
55. Смулевич АБ, Сыркин АЛ. Психокardiология. *Психические расстройства в общей медицине*. 2007;(4):4–9.  
Smulevich AB, Syrkin AL. Psikhokardiologiya. *Psikhicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine*. 2007;(4):4–9. (In Russ.).
56. Buetow S, Goodyear-Smith F, Coster G. Coping strategies in the self-management of chronic heart failure. *Fam Pract*. 2001;18(2):117–22. doi: 10.1093/fampra/18.2.117
57. Wingham J, Harding G, Britten N, Dalal H. Heart failure patients' attitudes, beliefs, expectations and experiences of self-management strategies: a qualitative synthesis. *Chronic Illn*. 2014;10(2):135–54. doi: 10.1177/1742395313502993
58. Смулевич АБ, Иванов СВ, Мясникова ЛК, Двойников СЮ, Ильина НА. Диссоциативные реакции в траектории развития шизотипического расстройства личности (на модели нозогений у онкологических больных). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014;114(12):12–22. doi: 10.17116/jnevro201411412112-22  
Smulevich AB, Ivanov SV, Myasnikova LK, Dvoynikov SYu, Il'ina NA. Dissotsiativn-yye reaktzii v trayektorii razvitiya shizotipicheskogo rasstroystva lichnosti (na modeli nozogeniy u onkologicheskikh bol'nykh). *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2014;114(12):12–22. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro201411412112-22

59. Wirta SB, Balas B, Proenca CC, Bailey H, Phillips Z, Jackson J, Cotton S. Perceptions of heart failure symptoms, disease severity, treatment decision-making, and side effects by patients and cardiologists: a multinational survey in a cardiology setting. *Ther Clin Risk Manag.* 2018;14:2265–2272. doi: 10.2147/TCRM.S183200
60. Психосоматические расстройства. Руководство для практических врачей. Под редакцией академика РАН Смулевича АБ. Москва: МЕДпресс-информ, 2019.  
Psikhosomaticheskiye rasstroystva. Rukovodstvo dlya prakticheskikh vrachey pod redaktsiyey akademika RAN Smulevicha AB. Moscow: MEDpress-inform, 2019. (In Russ.).
61. Schiffer AA, Pedersen SS, Widdershoven JW, Hendriks EH, Winter JB, Denollet J. The distressed (type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2005;12(4):341–6. doi: 10.1097/01.hjr.0000173107.76109.6c
62. Dunlay SM, Weston SA, Redfield MM, Killian JM, Roger VL. Tumor necrosis factor-alpha and mortality in heart failure: a community study. *Circulation.* 2008;118(6):625–31. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.759191
63. Pedersen SS, Herrmann-Lingen C, de Jonge P, Scherer M. Type D personality is a predictor of poor emotional quality of life in primary care heart failure patients independent of depressive symptoms and New York Heart Association functional class. *J Behav Med.* 2010;33(1):72–80. doi: 10.1007/s10865-009-9236-1
64. Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, Kupper N. Psychological Determinants of Heart Failure Self-Care: Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med.* 2016;78(4):412–31. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000270
65. Coyne JC, Jaarsma T, Luttik ML, van Sonderen E, van Veldhuisen DJ, Sanderman R. Lack of prognostic value of type D personality for mortality in a large sample of heart failure patients. *Psychosom Med.* 2011;73(7):557–62. doi: 10.1097/PSY.0b013e-318227ac75
66. Смулевич АБ, Сыркин АЛ, Сыркина ЕА, Волель БА, Ардзинба ИБ, Лысова ТА, Малютина АА, Копылов ФЮ. Психосоматические синдромы у больных хронической ишемической болезнью сердца и их влияние на ее течение. *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия.* 2019;12(5):395–401. doi: 10.17116/kardio201912051395  
Smulevich AB, Syrkin AL, Syrkina YeA, Volel' BA, Ardzinba IB, Lysova TA, Malyutina AA, Kopylov FYu. Psikhosomaticheskiye sindromy u bol'nykh khronicheskoy ishemicheskoy boleznyu serdtsa i ikh vliyaniye na yeye techeniye. *Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya.* 2019;12(5):395–401. (In Russ.). doi: 10.17116/kardio201912051395
67. Смулевич АБ. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2012.  
Smulevich AB. Rasstroystva lichnosti. Trayektoriya v prostranstve psikhicheskoy i somaticheskoy patologii. M.: Medical Informational Agency, 2012. (In Russ.).

#### Сведения об авторах

Анастасия Вячеславовна Фомичева, аспирант, кафедра психиатрии и психосоматики, Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3624-0981>

[nastassja.fomicheva@gmail.com](mailto:nastassja.fomicheva@gmail.com)

Денис Анатольевич Андреев, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой, кафедра кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики, Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-0276-7374>

[andreev\\_d\\_a@staff.sechenov.ru](mailto:andreev_d_a@staff.sechenov.ru)

Беатриса Альбертовна Волель, доктор медицинских наук, профессор, директор, Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), старший научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-1667-5355>

[volel\\_b\\_a@staff.sechenov.ru](mailto:volel_b_a@staff.sechenov.ru)

#### Information about the authors

Anastasiia V. Fomicheva, Postgraduate Student, Department of Psychiatry and Psychosomatics, Institute of Clinical Medicine in the name of N.V. Sklifosovsky, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-3624-0981>

[nastassja.fomicheva@gmail.com](mailto:nastassja.fomicheva@gmail.com)

*Denis A. Andreev*, Dr. of Sci. (Med.), Head of Department, Department of Cardiology, Functional and Ultrasound Diagnostics, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-0276-7374>

[andreev\\_d\\_a@staff.sechenov.ru](mailto:andreev_d_a@staff.sechenov.ru)

*Beatrice A. Volel*, Dr. of Sci. (Med.), Director, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-1667-5355>

[volel\\_b\\_a@staff.sechenov.ru](mailto:volel_b_a@staff.sechenov.ru)

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*There is no conflict of interests.*

Дата поступления 31.05.2021  
Received 31.05.2021

Дата рецензии 11.08.2021  
Revised 11.08.2021

Дата принятия 14.09.2021  
Accepted for publication 14.09.2021