

УДК 616.89:616.24

Психические расстройства при легочной гипертензии**Mental disorders in pulmonary hypertension**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-69-81>**Самушия М.А., Рожкова Ю.И.**

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Samushiya M.A., Rozhkova Yu.I.

Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia



69

Цель работы: представить анализ современных публикаций по проблеме психических расстройств и конституционально-личностных особенностей пациентов с легочной гипертензией.

Материал и методы: по ключевым словам «легочная гипертензия», «легочная артериальная гипертензия» в научных базах PubMed, MEDLINE и других проведен отбор и анализ публикаций за последние два десятилетия.

Результаты: в настоящее время известно, что легочная гипертензия — тяжелое патологическое состояние, которое характеризуется прогрессирующим повышением легочного сосудистого сопротивления, что приводит к осложнениям, угрожающим жизни. Легочная гипертензия является мультидисциплинарной проблемой. Неуклонное нарастание выраженности основных симптомов сердечно-сосудистого заболевания приводит к значительным ограничениям в физической активности, ухудшению качества жизни, манифестации психопатологических нарушений. В настоящем обзоре приведен анализ имеющихся в литературе данных по распространенности и спектру психических расстройств у пациентов с разными формами легочной гипертензии, а также результаты исследований, направленных на изучение конституционально-личностных особенностей пациентов с легочной гипертензией, способы реагирования на болезнь и формирование определенных типов внутренней картины болезни.

Вывод: в наиболее разработанном виде в литературе представлена общая распространенность тревожных и депрессивных расстройств, однако недостаточно освещены вопросы психопатологической структуры расстройств, конституционально-личностного предрасположения, формирования внутренней картины болезни при легочной гипертензии.

Ключевые слова: легочная гипертензия; психические расстройства; качество жизни; личность; отношение к болезни.

Для цитирования: Самушия М.А., Рожкова Ю.И. Психические расстройства при легочной гипертензии. *Психиатрия*. 2019;81(1):69–81.

Конфликт интересов отсутствует

The aim of work: to present the analysis of modern scientific publications on the issue of mental disorders and constitutional-personality characteristics of patients with pulmonary hypertension.

Material and methods: according to the key words «pulmonary hypertension», «pulmonary arterial hypertension» publications over the past two decades were selected and analyzed in the scientific bases PubMed, MEDLINE and others resource.

Results: to date, it is known that pulmonary hypertension is a severe pathological condition which is characterized by a progressive increase of pulmonary vascular resistance and leading to life-threatening complications. Pulmonary hypertension is a multidisciplinary problem. The steady increase in the severity of the main symptoms results in decreased physical activity, quality of life and socio-psychological disorders manifestation. This review carries out the literature data about prevalence and spectrum of mental disorders in different groups of pulmonary hypertension patients. In addition, there were analyzed researches aimed to study constitutional-personality characteristics, coping styles and forming certain types of internal picture of disease.

Conclusion: the general prevalence of anxious and depressive disorders are presented in the literature in the most developed form, however, the issues of the psychopathological structure of disorders, the constitutional-personality predisposition, the formation of the internal picture of the disease in pulmonary hypertension are not covered adequately.

Keywords: pulmonary hypertension; mental disorders; quality of life; personality; attitude towards the disease.

For citation: Samushiya M.A., Rozhkova Yu.I. Mental disorders in pulmonary hypertension. *Psychiatry*. 2019;81(1):69–81.

There is no conflict of interest

Список сокращений:

ВПС	— врожденный порок сердца;
ЛГ	— легочная гипертензия;
ЛАГ	— легочная артериальная гипертензия;
ССД	— системная склеродермия;
ФП	— фибрилляция предсердий;
ХТЭЛГ	— хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия.

Легочная гипертензия (ЛГ) относится к патофизиологическим состояниям, осложняющим течение многих сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний. В основе ЛГ лежит повышение легочного сосудистого сопротивления различной этиологии [1]¹, что связано с высоким риском быстрой инвалидизации и приводит к развитию жизнеугрожающих осложнений в короткие сроки [2]. ЛГ в структуре заболеваемости населения сердечно-сосудистыми заболеваниями уступает ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии, находясь на третьем месте по распространенности, что, вероятно, связано с тем фактом, что ЛГ представляет собой сложное полиэтиологическое состояние.

Клиническая классификация ЛГ включает пять групп, объединенных общими патофизиологическими, клиническими, гемодинамическими характеристиками и стратегией лечения. Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) составляет первую группу и включает в себя ряд гетерогенных заболеваний со схожей клинической, гемодинамической картиной и изменениями микроциркуляторного русла, а именно: идиопатическую, наследственную, индуцированную приемом лекарственных средств и ассоциированную с другими состояниями и заболеваниями ЛАГ [2]. Остальные четыре группы представлены ЛГ, ассоциированной с поражением левых отделов сердца; ЛГ, ассоциированной с заболеваниями легких и/или гипоксией; хроническая тромбоэмболическая ЛГ (и другие виды обструкции лёгочной артерии) и ЛГ с неизвестными и/или многофакторными механизмами (табл. 1).

Усовершенствование методов ведения, обследования и лечения больных с легочной гипертензией, в том числе широкое применение специфической терапии, привели к увеличению выживаемости пациентов. Общая смертность больных ЛАГ на фоне лечения, согласно данным метаанализа, уменьшилась на 43% [3]. Однако, несмотря на все достижения современной медицины в лечении различных форм ЛГ, проблема заболеваний этого круга остается актуальной и злободневной, что связано с неблагоприятным в целом

прогнозом, который заключается в неуклонном нарастании правожелудочковой сердечной недостаточности и смерти [4]. Симптомы развивающейся патологии оказывают значительное отрицательное влияние на физическую активность, приводя к существенным изменениям в привычном образе жизни, снижению толерантности к физическим нагрузкам, психоэмоциональным расстройствам, что отражается на качестве жизни больных [5–8].

Распространенность и спектр психопатологических расстройств при легочной гипертензии

В течение последних десятилетий психические расстройства в кардиологии приобретают статус одного из факторов, первоначально значимых для качества клинической и социальной реабилитации пациентов и прогнозирования выживаемости. Частота психических нарушений тревожно-депрессивного круга, выявляемых у пациентов с разными формами ЛГ, по оценкам разных авторов, составляет от 21 до 51% [8–13].

Согласно исследованию В. Löwe и соавт. (2004), примерно у 35,4% пациентов с ЛГ различной этиологии выявляется одно или несколько психических расстройств [9]. Спектр психической патологии, выявляемой у пациентов с ЛГ, по данным доступной литературы, представлен преимущественно тревожными и депрессивными расстройствами. Согласно приведенным показателям в ряде исследований, в 15,9–50,6% случаев у пациентов с ЛГ диагностируется депрессия, у 7,1–62% больных — расстройства тревожного спектра, при этом речь идет в том числе и о паническом расстройстве с явлениями гипервентиляции, возникновение которой ассоциировано с выраженностью объективных симптомов одышки [8–15]. При этом необходимо отметить зависимость приводимых оценок распространенности психических расстройств при ЛГ от характеристик изучаемых выборок: сравнительно высокие значения распространенности тревожно-депрессивных расстройств (до 61,9%) характерны для пациентов с клинической картиной тяжелой сердечно-сосудистой недостаточности [9, 10].

Учитывая то, что в структуре ЛГ одной из наиболее распространенных форм является легочная артериальная гипертензия (ЛАГ — первая группа в соответствии с классификацией), часть исследований направлена на изучение психических расстройств и среди этой категории больных. Спектр психической патологии, выявляемой у пациентов с различными формами ЛАГ (включая идиопатическую, семейную формы и ассоциированную с приемом лекарств и некоторыми патологическими состояниями), по данным доступной литературы, представлен прежде всего тревожными, тревожно-депрессивными и когнитивными нарушениями. По разным данным, от 7,5 до 55% пациентов с ЛАГ страдают расстройствами депрессивного круга, у 9–48% больных диагностируются тревожные расстройства [5–7, 16–18]. В 58% случаев у пациентов с ЛАГ по данным нейрокогнитивных исследований регистрируются нарушения когнитивных

¹ Согласно модифицированной классификации, принятой в 2013 г. на V Всемирном симпозиуме в Ницце, клиническая классификация легочной гипертензии включает в себя 5 групп и 27 подгрупп патологических состояний, которые объединены схожими патофизиологическими, гемодинамическими и клиническими характеристиками (легочная артериальная гипертензия, легочная гипертензия, связанная с патологией левых отделов сердца, связанная с заболеванием легких и/или гипоксией, легочная гипертензия в результате хронических тромбозов и/или эмболий, легочная гипертензия с неясными и/или многофакторными механизмами), также была разработана модифицированная функциональная классификация легочной гипертензии (NYHA) [1].

Таблица 1/Table 1

Клиническая классификация ЛГ согласно рекомендациям 2015 ESC/ERS*/Clinical classification of pulmonary hypertension on 2015 ESC/ERS

1. Легочная артериальная гипертензия	1'. Веноокклюзионная болезнь легких и/или легочный капиллярный гемангиоматоз	1". Персистирующая ЛГ новорожденных
1.1. Идиопатическая 1.2. Наследственная 1.3. Индуцированная приёмом лекарств или токсинов 1.4. Ассоциированная с: 1.4.1. Системными заболеваниями соединительной ткани 1.4.2. ВИЧ-инфекцией 1.4.3. Портальной гипертензией 1.4.4. Врожденными пороками сердца 1.4.5. Шистосомозом	1'.1. Идиопатическая 1'.2. Наследственная 1'.3. Индуцированная приёмом лекарств, токсинов, радиацией 1'.4. Ассоциированная с: 1'.4.1. Системными заболеваниями соединительной ткани 1'.4.2. ВИЧ-инфекцией	
2. ЛГ вследствие патологии левых камер сердца		
2.1. Систолическая дисфункция ЛЖ 2.2. Диастолическая дисфункция ЛЖ 2.3. Клапанные пороки 2.4. Врожденная/приобретенная обструкция входного/выходного тракта ЛЖ и врожденные кардиомиопатии 2.5. Врожденные/приобретенные стенозы легочных вен		
3. ЛГ вследствие патологии легких и/или гипоксии		
3.1. Хроническая обструктивная болезнь легких 3.2. Интерстициальная болезнь легких 3.3. Другие заболевания легких со смешанным рестриктивным и обструктивным компонентами 3.4. Нарушения дыхания во время сна 3.5. Альвеолярная гиповентиляция 3.6. Хроническое пребывание в условиях высокогорья 3.7. Пороки развития легких		
4. Хроническая тромбоэмболическая ЛГ и другие виды обструкции лёгочной артерии		
4.1. Хроническая тромбоэмболическая ЛГ 4.2. Другие виды обструкции легочной артерии: 4.2.1. Ангиосаркома 4.2.2. Другие внутрисосудистые опухоли 4.2.3. Артериит 4.2.4. Врожденные стенозы легочных артерий 4.2.5. Паразиты (гидатидиоз)		
5. ЛГ с неясными и/или множественными механизмами		
5.1. Гематологические нарушения: хроническая гемолитическая анемия, миелопролиферативные заболевания, спленэктомия 5.2. Системные заболевания: саркоидоз, легочный гистиоцитоз, лимфангиолейомиоматоз, нейрофиброматоз 5.3. Метаболические заболевания: болезнь накопления гликогена, болезнь Гоше, заболевания щитовидной железы 5.4. Другие: опухолевая тромботическая микроангиопатия лёгких, фиброзирующий медиастенит, хроническая почечная недостаточность, сегментарная лёгочная гипертензия		

* Galie N., Humbert M., Vachiery J.-L. et al., 2015. ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT), European Heart Journal, Volume 37, Issue 1, 1 January 2016, Pages 67–119.

функций, в частности ухудшение вербальной и рабочей памяти [7].

В подгруппе ЛАГ, ассоциированной с различными состояниями, наиболее распространенной причиной развития нарушения гемодинамики являются системные заболевания соединительной ткани, преимущественно системная склеродермия (ССД) [19]. Системная склеродермия, или прогрессирующий системный склероз — полисиндромное воспалительное заболевание соединительной ткани аутоиммунного генеза с большим полиморфизмом клинической картины, проявляющееся характерными изменениями кожного покрова, опорно-двигательной системы, внутренних органов (сердца, легких, почек и пищеварительного тракта) и нарушениями микроциркуляции с вазоспастическими

проявлениями по типу синдрома Рейно, в основе которого лежит поражение соединительной ткани с преобладанием процессов воспаления и фиброза сосудов в виде облитерирующего эндартериита, что, в свою очередь, приводит к формированию ЛАГ [20–23].

В доступной литературе указывается на преобладание у большинства пациентов со склеродермией в психопатологической картине депрессивных, тревожных, обсессивно-компульсивных и ипохондрических расстройств, а также склонности к соматизации [24–30]. Несколько реже встречаются когнитивные нарушения и психотические симптомы, однако их распространенность выше по сравнению со соматически здоровой группой [31].

В работах L.M. Benrud-Larson и соавт. (2003) описываются случаи развития дисморфофобической

симптоматики в структуре тревожных расстройств. Развивающаяся на этапе первых клинических проявлений болезнь связана с поражением кожи: пациенты постепенно теряют тактильную чувствительность с последующим нарушением контакта с окружающим миром (ощущение «закованности в броню»), с течением болезни появляются деформации конечностей, существенно изменяется внешний облик пациентов, уменьшается объем привычных движений, что приводит к развитию неудовлетворенности своим телом, измененному самовосприятию, снижению самооценки [25, 32]. В дальнейшем, при нарастании в клинической картине системной склеродермии патологии внутренних органов, в частности возникновения проявлений ЛАГ, приводящих к значительным ограничениям в физической нагрузке и нарастанию хронической сердечной недостаточности, авторы указывают на трансформацию психопатологической симптоматики, которая претерпевает изменения в сторону расстройств депрессивного круга [26, 33, 34]. Подтверждением высокой частоты встречаемости депрессивных расстройств в группе больных с ССД являются данные анализа имеющихся на сегодняшний день исследований, свидетельствующих о распространенности депрессии среди больных склеродермией в пределах 36–81% [25, 26, 33, 34].

Исследования психических расстройств у пациентов с врожденными пороками сердца (ВПС), приводящими к развитию системно-легочного шунтирования как одной из частых причин развития легочной артериальной гипертензии, демонстрируют более низкие показатели распространенности депрессивных и тревожных расстройств, зачастую приближающихся к таковым в общей популяции [35, 36]. Так, в недавнем исследовании Р. Amedro и соавт. (2016) было показано, что снижение качества жизни у пациентов с ВПС оказалось менее значимым, чем при других формах ЛАГ, что, вероятно, связано с приспособлением пациентов к своему заболеванию, начиная с детского возраста [37]. Этот же факт отмечают отечественные исследователи А.Н. Алёхин, Е.В. Андреева и соавт. (2012) в сравнительном исследовании качества жизни у больных с ЛАГ и синдромом Эйзенменгера — редкой и тяжелой формой патологии, которая развивается при некоторых врожденных пороках сердца, сочетанных с высокой легочной гипертензией при наличии артериовенозного шунтирования. Авторы отмечают, что у больных с синдромом Эйзенменгера наблюдаются более высокие показатели качества жизни, удовлетворительная социально-психологическая и профессиональная адаптация. Исследователи связывают этот факт с постепенной адаптацией к болезни с детского возраста и несформированностью у этой группы больных собственных эталонов здоровья, так называемого «опыта здоровья» [38]. Т. Hogner и соавт. (2000) описывают механизм «отрицания» как способ преодоления болезни у пациентов с ВПС, с последующим развитием преимущественно диссоциативного варианта реагирования на соматическую патологию [39]. Однако в ряде

исследований имеются противоположные сведения касательно распространенности психических расстройств при ВПС. Так, по разным данным, у 9–38% больных выявляются расстройства депрессивного спектра, а у 9–30% — тревожные расстройства [39–46].

Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (ХТЭЛГ), наряду с другими обструкциями легочной артерии, относится к четвертой группе легочной гипертензии. В имеющейся на сегодняшний день литературе проблема распространенности психических нарушений при ХТЭЛГ освещена недостаточно полно. Существуют немногочисленные данные о распространенности депрессии и тревоги в смешанной группе пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией и легочной артериальной гипертензией. Так, тревожно-депрессивные расстройства были выявлены у 22,8–51% пациентов, депрессия была диагностирована у 20,3–41% пациентов, а тревога — у 10,7–58% [10, 12, 13, 47]. В исследованиях, включавших пациентов с ХТЭЛГ, в 37,5–56,5% случаев была выявлена депрессия, тревога — в 43,5% случаев, кроме того, в исследовании Е. Pfeuffer и соавт. (2017) было показано преобладание депрессии в группе пациентов с ХТЭЛГ по сравнению с ЛАГ [48, 49].

Таким образом, обобщая данные о распространенности психопатологических нарушений в группе больных с различными формами ЛГ, распределение психической патологии выглядит следующим образом (табл. 2).

Суммируя полученные результаты, необходимо отметить достаточно широкий разброс данных по распространенности психической патологии у больных ЛГ: депрессии диагностируются у 7,5–56,5% случаев, расстройства тревожного спектра — у 7,1–62%. Значительные расхождения в показателях распространенности связаны с существенными ограничениями представленных исследований: в большинстве работ изучались нозологически гетерогенные выборки в отношении легочной гипертензии, крайне редко учитывалась тяжесть течения соматической патологии на момент скрининга, а диагностические инструменты охватывали лишь ограниченный спектр психической патологии преимущественно депрессивного и тревожного круга, что объясняет противоречивость и разнородность приводимой информации.

Расстройства личности при легочной гипертензии

Легочная гипертензия, как уже обсуждалось ранее, относится к группе сердечно-сосудистых заболеваний, которые зачастую приводят к тяжелым жизнеугрожающим последствиям. Личностный фактор в этой группе больных рассматривался в трудах большого количества исследователей как важная составляющая при формировании «сознания болезни», главным образом в рамках психологических концепций — копинг-стиль, психологических феноменов «внутренней картины болезни» и качества жизни [50–58].

Так, в проведенном М. Kingman, В. Hinzmann и соавт. (2014) исследовании была предпринята попытка

Таблица 2/Table 2

Результаты исследований по распространенности психических расстройств у пациентов с легочной гипертензией/Prevalence of mental disorders in pulmonary hypertension (literature data)

Авторы	Группа пациентов с ЛГ	Шкалы и опросники	Результаты исследований по распространенности психической патологии
Löwe et al., 2004	164 пациента с ЛГ	PHQ	35,4% — одно или несколько психических расстройств 15,9% — большое депрессивное расстройство 10,4% — паническое расстройство распространенность психических расстройств связана с функциональным классом по NYHA: 17,7% (NYHA I), 31,7% (NYHA II), 32,5% (NYHA III), 61,9% (NYHA IV)
Somaini et al., 2016	131 пациент с ЛГ	HADS	40% — тревожно-депрессивные расстройства 33% — депрессия 34% — тревога тревожно-депрессивные расстройства связаны с функциональным классом по ВОЗ и чаще диагностируются у инцидентных пациентов по сравнению с превалентными пациентами
Larisch et al., 2014	187 пациентов с ЛГ	PHQ-9	50,6% — депрессивные расстройства различной степени тяжести 19,2% — большое депрессивное расстройство 7,1% — паническое расстройство
Looper et al., 2009	52 пациента с ЛГ	BDI	21% — депрессия средней тяжести и тяжелая
Tartavouille, 2015	166 пациентов с ЛГ	DASS-21	33% — депрессия 62% — тревога 40% — симптомы стресса
Harzheim et al., 2013	158 пациентов с ЛГ	PHQ-9 GAD-7	22,8% — депрессия или тревога средней тяжести и тяжелая 20,3% — депрессия средней тяжести и тяжелая 10,7% — тревога средней тяжести и тяжелая
Yorke J et al., 2018	185 пациентов с ЛГ	HADS	28% — депрессия средней тяжести и тяжелая 38% — тревога средней тяжести и тяжелая
McCollister et al., 2010	100 пациентов с ЛАГ	PHQ-8	55% — депрессивные расстройства разной степени тяжести: 15% — большое депрессивное расстройство, 40% — депрессия легкой и средней степени тяжести
Taichman et al., 2005	155 пациентов с ЛАГ	SF-36	10% — депрессия 9% — тревога
Vanhoof et al., 2014	101 пациент с ЛАГ	DASS-21	32,6% — депрессия разной степени тяжести 48% — тревога разной степени тяжести 27,6% — симптомы стресса разной степени тяжести
White et al., 2006	46 пациентов с ЛАГ	BDI BAI	26% — депрессия средней тяжести и тяжелая 19,6% — тревога средней тяжести и тяжелая 58% — нарушения когнитивных функций
Shafazand et al., 2004	53 пациента с ЛАГ	HADS	75% — депрессия средней тяжести и тяжелая 20,5% — тревога средней тяжести и тяжелая
Von Visger et al., 2018	108 пациентов с ЛАГ	PHQ-9	29,6% — распространенность психических расстройств 15,7% — большое депрессивное расстройство 9,3% — другие депрессивные расстройства 7,7 — паническое расстройство 3,8 — другие тревожные расстройства
Pfeuffer et al., 2017	70 пациентов с ЛАГ, 23 пациента с ХТЭЛГ	HADS	30% — депрессия в группе ЛАГ 32,9% — тревога в группе ЛАГ 56,5% — депрессия в группе ХТЭЛГ 43,5% — тревога в группе ХТЭЛГ
Aguirre-Camacho, Moreno-Jiménez, 2018	64 пациента с ЛАГ и ХТЭЛГ	HADS	50,50% — клинически значимая депрессия 56,50% — клинически значимая тревога
Halimi et al., 2018	55 пациентов с ЛАГ и ХТЭЛГ	HADS	51% — тревожно-депрессивные расстройства 41% — депрессия 58% — тревога
Funabashi et al., 2017	40 пациентов с ХТЭЛГ	QIDS-SR	37,5% — депрессия легкой, средней тяжести, тяжелая или крайне тяжелая

ЛГ — легочная гипертензия; ЛАГ — легочная артериальная гипертензия; ХТЭЛГ — хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия; PHQ — опросник здоровья пациента; PHQ-9, PHQ-8 — опросники здоровья пациента для диагностики депрессии; GAD-7 — опросник для оценки генерализованного тревожного расстройства; HADS — госпитальная шкала тревоги и депрессии; SF-36 — опросник оценки качества жизни; BDI — шкала депрессии Бека; BAI — шкала тревоги Бека; DASS-21 — шкала депрессии, беспокойства и стресса; QIDS-SR — краткий опросник самооценки депрессивной симптоматики.

выделения основных спектров защитных механизмов, наблюдаемых у пациентов, страдающих ЛГ. По результатам исследования определились две основные группы пациентов. Первая группа отличалась высокой

степенью социальной адаптации (были в меньшей степени зависимы от окружения, более мотивированы на социальную активность, трудоустроены), у пациентов преобладал проблемно-ориентированный (problem-

focused) копинг-стиль, в структуре которого на первый план выступали компенсация и рационализация (пациенты осознавали тяжесть своего состояния и брали на себя ответственность за выздоровление, рационально подходили к процессу лечения, как правило, не изменяли привычного образа жизни). Пациенты второй группы, напротив, отличались выраженной десоциализацией: в группе с высокой частотой выявлялись расстройства депрессивного спектра, преобладал субъективно-ориентированный копинг-стиль (emotion-focused), который не сопровождается целенаправленными и конкретными действиями, а проявляется эмоциональным реагированием в виде нежелания думать о проблеме, вовлечения окружающих в собственные переживания, желаний забыться, переключиться на другую деятельность и т.п. К сожалению, в проведенном исследовании не проведен анализ соотношения особенностей защитного репертуара и патохарактерологических особенностей пациентов [54].

В числе современных публикаций, освещающих проблему соотношения расстройств личности и ЛГ в рамках концепции «внутренней картины болезни», необходимо отметить целую серию работ отечественных исследователей — А.Н. Алёхина, Е.В. Андреевой и соавт. (2012). В соответствии с оценкой по методике ТОБОЛ² авторы не выявили статистически значимой разницы по распределению типов реагирования на болезнь в группах пациентов с ЛАГ и фибрилляцией предсердий (ФП), тем не менее у пациентов с ЛАГ преобладал эргопатический тип, при котором доминирует тенденция к минимизации тех аспектов болезни, которые имеют угрожающий смысл: исключается возможность летального исхода, формируются представления о «чудесном» исцелении, а тяжелые проявления болезни субъективно воспринимаются в большей мере как возможно устранимая проблема, несколько снижающая повседневную активность, а не как тягостное или крайне болезненное состояние. При этом авторы, проведя сравнительный анализ больных ЛАГ с пациентами с синдромом Эйзенгеймера, отмечают значимые межгрупповые различия: у пациентов с синдромом Эйзенгеймера в связи с неполным формированием эталонов здоровья отмечается более толерантное отношение к соматическому неблагополучию и одновременно более выраженная тенденция к отказу от борьбы с заболеванием [38, 49].

При сравнении типов отношения к болезни пациентов с ЛАГ и ФП (Алёхин А.Н., Чумакова И.О. и др., 2012) исследователями были выявлены достоверные различия в выраженности отдельных тенденций в структуре внутренней картины болезни. Несмотря на менее

благоприятный прогноз и большую обременительность болезни у больных ЛАГ, пациенты были менее склонны непродуктивно фиксироваться на неприятных ощущениях, менее раздражительны, конфликтны и тревожны, отмечалось формирование своеобразного «стоицизма» (озабоченность возможным обременением близких своим заболеванием, а также стремление скрывать от других людей факт болезни) в отличие от пациентов, страдающих ФП — распространенной, как правило, обратимой формой нарушения ритма, которая в большинстве случаев не представляет прямой угрозой для жизни больного, у которых психологическая адаптация к заболеванию была значительно нарушена. В группе больных с ФП были отмечены более явные тенденции к ипохондрической фиксации на ощущениях, раздражительная «усталость» от болезни, эмоциональная напряженность, дисфоричность [60].

В работе Е.В. Андреевой (2012) представлены результаты исследования отношения болезни у пациенток с ЛАГ на разных этапах прогрессирования соматической патологии. Автором установлена условная граница тяжести проявления ЛАГ (переход из второго функционального класса в третий), при достижении которой прослеживается выраженный качественный «сдвиг» адаптационных механизмов: усиление ситуационной и личностной тревожности, нарастание астенических проявлений, а также усиление ипохондрических, неврастенических, меланхолических и дисфорических тенденций [61].

Что касается литературы, посвященной личностной предрасположенности к ЛГ, необходимо отметить, что исследования (клинические и психологические) этого направления немногочисленны и до сих пор ограничиваются работами (преимущественно психологически ориентированными), проведенными на небольших выборках.

В упомянутом выше исследовании А.Н. Алёхина и соавт. (2012) при сравнении личностных особенностей пациентов с ЛАГ и ФП были выявлены высокие показатели по субшкале астенического компонента тревожности — 52,6% у больных с ЛАГ против 37,5% у больных ФП ($p < 0,05$). Значительная ситуационная и личностная тревожность у пациентов с ЛАГ также отмечалась в исследовании L. Halimi и соавт. (2018) — 60 и 64% соответственно, при этом большая выраженность наблюдалась у пациентов мужского пола [13]. Согласно японским исследователям S. Funabashi, M. Kataoka (2017), у пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией значительно преобладал депрессивный тип характера (у 70% пациентов) по сравнению со здоровой группой, при этом статистически значимой разницы по другим типам, включая гипертимный, возбудимый, тревожный, шизоидный и циклотимный, выявлено не было [60].

Существует ограниченное число исследований, описывающих личностные особенности пациентов с врожденными пороками сердца (ВПС), приводящими к развитию ЛГ. По данным исследования D. Schoormans и соавт. (2012), распространенность дистрессорного

² Клиническая тестовая методика ТОБОЛ (тип отношения к болезни) была разработана и опубликована в методических рекомендациях в 1987 г. коллективом авторов из лаборатории клинической психологии НИИ им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Карпова Э.Б., Иовлев Б.В.) для диагностики типов отношения к болезни. При создании методики составители использовали предложенную А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым в 1980 г. клинико-психологическую типологию отношения к болезни [59].

типа личности³ среди пациентов с ВПС составляет примерно 20%, при этом у данных пациентов наблюдалось более низкое качество жизни и недостаточная приверженность лечению, ухудшение общего и функционального состояния [63]. В отечественном исследовании М.Л. Горбатовой (1989) особенностей характера больных с ВПС от 17 до 40 лет с помощью патохарактерологического диагностического опросника чаще определялись смешанные типы характера (73,4%), преимущественно астеноневротический. Различные типы характера пациентов с ВПС встречались с определенной частотой: лабильно-астеноневротический — в 43,8% случаев, лабильный — в 9,9% случаев, лабильно-истероидный и сенситивно-астеноневротический — по 6,6% соответственно, лабильно-сенситивный — в 9,9% случаев [64]. В другом отечественном исследовании И.В. Дроздовой и Е.М. Лысунец (2010) у 81,2% больных, оперированных по поводу врожденных аномалий сердечно-сосудистой системы, были выявлены акцентированные черты, среди которых преобладали демонстративная, эмотивная и циклотимическая, среди всех характерологических черт — эмотивная, циклотимическая и экзальтированная [65]. В другом исследовании тех же авторов (2010) больные с оперированными ВПС отличались ипохондрической фиксацией на своем соматическом состоянии, вытеснением тревоги, лабильностью эмоциональных реакций и демонстративным поведением [66].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги, следует отметить, что в литературе, посвященной изучению конституционально-характерологических особенностей у больных ЛГ, представлены различные, порой конкурирующие позиции. Нет информации, которая бы указывала на предпочтительное

³ Поведенческий тип личности Д (дистрессорный) при сердечно-сосудистых заболеваниях был впервые предложен в 1995 г. J. Denollet и характеризуется негативной возбудимостью, под которой понимается склонность человека испытывать отрицательные дистрессорные эмоции, и социальным ингибированием, которое связано с низкой самооценкой, со склонностью сдерживать экспрессию эмоций и меньшим числом персональных связей с окружающими. Сочетание названных двух компонентов повышает частоту неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (увеличение риска развития инфаркта миокарда и смертности) и является предиктором низкого качества жизни [61].

накопление конституционально-характерологических аномалий при различных типах ЛГ, а также недостаточное освещена проблема вклада расстройств личности как фактора формирования определенных типов внутренней картины болезни и психических расстройств у больных ЛГ.

Обращает на себя внимание отсутствие каких-либо исследований по оценке более широкого спектра психопатологических расстройств разных регистров от психогенных и невротических до эндоформных и эндогенных. Большинство работ по исследованию легочной гипертензии и коморбидной психической патологии связано лишь с общей оценкой распространенности тревожных и депрессивных расстройств, без описания их влияния на течение, динамику и прогноз основного заболевания, что гораздо более полно представлено в области изучения хронической сердечной недостаточности и сопутствующей психической патологии. Кроме того, данных о спектре психической патологии при некоторых формах легочной гипертензии, таких как хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия или легочная артериальная гипертензия при системных заболеваниях соединительной ткани, крайне мало или они отсутствуют как таковые. Краткие субъективные и объективные опросники и шкалы по тревоге и депрессии, которые часто используются для скрининга в существующих немногочисленных зарубежных исследованиях, такие как шкала тревоги и депрессии Бека, госпитальная шкала тревоги и депрессии, краткий опросник по симптомам депрессии (QIDS-SR), зачастую не выявляют клинически значимых психопатологических нарушений, особенностей психосоматических соотношений и целого ряда других характеристик, которые определяют клиническую картину и особенности динамики психических расстройств при данном виде сердечно-сосудистой патологии.

Соответственно, представляется целесообразным уточнение психопатологической структуры расстройств, манифестирующих в связи с развитием ЛГ, а также их оценка в динамике на разных этапах течения болезни, выявление особенностей и спектра накапливаемой психической патологии при различных клинических формах ЛГ и изучение роли конституционально-личностного предрасположения в формировании психопатологических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Simonneau G., Robbins I.M., Beghetti M., Channick R.N., Delcroix M., Denton C.P., Elliott C.G., Gaine S.P., Gladwin M.T., Jing Z., Krowka M.J., Langleben D., Nakanishi N., Souza R. Updated clinical classification of pulmonary hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*. 2009;54:43–54. <https://DOI:10.1016/j.jacc.2009.04.012>
- Simonneau G., Robbins I.M., Beghetti M., Channick R.N., Delcroix M., Denton C.P., Elliott C.G., Gaine S.P., Gladwin M.T., Jing Z., Krowka M.J., Langleben D., Nakanishi N., Souza R. Updated clinical classification of pulmonary hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*. 2009;54:43–54. <https://DOI:10.1016/j.jacc.2009.04.012>

2. Galìè N., Humbert M., Vachery J., Gibbs S., Lang I., Torbicki A., Simonneau G., Peacock A., Noordegraaf A., Beghetti A., Ghofrani A., Gomez Sanchez M., Hansmann G., Klepetko W., Lancellotti P., Matucci M., McDonagh T., Pierard L., Trindade P., Zompatori M., Hoeper M. 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). *Eur. Heart J.* 2016;37(1):67–119. [https://DOI:10.1093/eurheartj/ehv317](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv317)
3. Galìè N., Manes A., Negro L., Palazzini M., Bacchi-Reggiani M.L., Branzi A. A meta-analysis of randomized controlled trials in pulmonary arterial hypertension. *Eur. Heart J.* 2009;30(4):394–403. [https://DOI:10.1093/eurheartj/ehp022](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehp022)
4. Barst R.J. Pulmonary hypertension: past, present and future. *Annals of Thoracic Medicine.* 2008;3(1):1–4. [https://DOI:10.4103/1817-1737.37832](https://doi.org/10.4103/1817-1737.37832)
5. Shafazand S., Goldstein M.K., Doyle R.L., Hlatky M.A., Gould M.K. Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *Chest.* 2004;126(5):1452–1459. [https://DOI:10.1378/chest.126.5.1452](https://doi.org/10.1378/chest.126.5.1452)
6. Taichman D.B., Shin J., Hud L., Archer-Chicko C., Kaplan S., Sager J.S., Gallop R., Christie J., Hansen-Flaschen J., Palevsky H. Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *Respiratory Research.* 2005; 6:92–102. [https://DOI:10.1186/1465-9921-6-92](https://doi.org/10.1186/1465-9921-6-92)
7. White J., Hopkins R.O., Glissmeyer E.W., Kitterman N., Elliott C.G. Cognitive, emotional, and quality of life outcomes in patients with pulmonary arterial hypertension. *Respiratory Research.* 2006;7:55. [https://DOI:10.1186/1465-9921-7-55](https://doi.org/10.1186/1465-9921-7-55)
8. Looper K.J., Pierre A., Dunkley D.M., Sigal J.J., Langleben D. Depressive symptoms in relation to physical functioning in pulmonary hypertension. *J. Psychosomat. Res.* 2009;66(3):221–225. [https://DOI:10.1016/j.jpsychores.2008.09.014](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.014)
9. Löwe B., Gräfe K., Ufer C., Kroenke K., Grünig E., Herzog W., Borst M.M. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychosomatic Medicine.* 2004;66(6):831–836. [https://DOI:10.1097/01.psy.0000145593.37594.39](https://doi.org/10.1097/01.psy.0000145593.37594.39)
10. Somaini G., Hasler E.D., Saxer S., Huber L.C., Lichtblau M., Speich R., Bloch K.E., Ulrich S. Prevalence of Anxiety and Depression in Pulmonary Hypertension and Changes during Therapy. *Respiration.* 2016;91(5):359–366. [https://DOI:10.1159/000445805](https://doi.org/10.1159/000445805)
11. Larisch A., Neeb C., Zwaan M. de, Pabst C., Tiede H., Ghofrani A., Olsson K., Hoeper M., Kruse J. Psychische Belastung und Psychosomatischer Behandlungswunsch von Patienten mit Pulmonaler Hypertonie. *Psychotherap. Psychosomat. Med. Psychologie.* 2014;64(9–10):384–389. [https://DOI:10.1055/s-0034-1377013](https://doi.org/10.1055/s-0034-1377013)
- Galìè N., Humbert M., Vachery J., Gibbs S., Lang I., Torbicki A., Simonneau G., Peacock A., Noordegraaf A., Beghetti A., Ghofrani A., Gomez Sanchez M., Hansmann G., Klepetko W., Lancellotti P., Matucci M., McDonagh T., Pierard L., Trindade P., Zompatori M., Hoeper M. 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). *Eur. Heart J.* 2016;37(1):67–119. [https://DOI:10.1093/eurheartj/ehv317](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv317)
- Galìè N., Manes A., Negro L., Palazzini M., Bacchi-Reggiani M.L., Branzi A. A meta-analysis of randomized controlled trials in pulmonary arterial hypertension. *Eur. Heart J.* 2009;30(4):394–403. [https://DOI:10.1093/eurheartj/ehp022](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehp022)
- Barst R.J. Pulmonary hypertension: past, present and future. *Annals of Thoracic Medicine.* 2008;3(1):1–4. [https://DOI:10.4103/1817-1737.37832](https://doi.org/10.4103/1817-1737.37832)
- Shafazand S., Goldstein M.K., Doyle R.L., Hlatky M.A., Gould M.K. Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *Chest.* 2004;126(5):1452–1459. [https://DOI:10.1378/chest.126.5.1452](https://doi.org/10.1378/chest.126.5.1452)
- Taichman D.B., Shin J., Hud L., Archer-Chicko C., Kaplan S., Sager J.S., Gallop R., Christie J., Hansen-Flaschen J., Palevsky H. Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *Respiratory Research.* 2005; 6:92–102. [https://DOI:10.1186/1465-9921-6-92](https://doi.org/10.1186/1465-9921-6-92)
- White J., Hopkins R.O., Glissmeyer E.W., Kitterman N., Elliott C.G. Cognitive, emotional, and quality of life outcomes in patients with pulmonary arterial hypertension. *Respiratory Research.* 2006;7:55. [https://DOI:10.1186/1465-9921-7-55](https://doi.org/10.1186/1465-9921-7-55)
- Looper K.J., Pierre A., Dunkley D.M., Sigal J.J., Langleben D. Depressive symptoms in relation to physical functioning in pulmonary hypertension. *J. Psychosomat. Res.* 2009;66(3):221–225. [https://DOI:10.1016/j.jpsychores.2008.09.014](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.014)
- Löwe B., Gräfe K., Ufer C., Kroenke K., Grünig E., Herzog W., Borst M.M. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychosomatic Medicine.* 2004;66(6):831–836. [https://DOI:10.1097/01.psy.0000145593.37594.39](https://doi.org/10.1097/01.psy.0000145593.37594.39)
- Somaini G., Hasler E.D., Saxer S., Huber L.C., Lichtblau M., Speich R., Bloch K.E., Ulrich S. Prevalence of Anxiety and Depression in Pulmonary Hypertension and Changes during Therapy. *Respiration.* 2016;91(5):359–366. [https://DOI:10.1159/000445805](https://doi.org/10.1159/000445805)
- Larisch A., Neeb C., Zwaan M. de, Pabst C., Tiede H., Ghofrani A., Olsson K., Hoeper M., Kruse J. Psychische Belastung und Psychosomatischer Behandlungswunsch von Patienten mit Pulmonaler Hypertonie. *Psychotherap. Psychosomat. Med. Psychologie.* 2014;64(9–10):384–389. [https://DOI:10.1055/s-0034-1377013](https://doi.org/10.1055/s-0034-1377013)

12. Harzheim D., Klose H., Pinado F.P., Ehlken N., Nagel C., Fischer C., Ghofrani A., Rosenkranz S., Seyfarth H., Halank M., Mayer E., Grünig E., Guth S. Anxiety and depression disorders in patients with pulmonary arterial hypertension and chronic thromboembolic pulmonary hypertension. *Respiratory Research*. 2013;14:104. [https://DOI:10.1186/1465-9921-14-104](https://doi.org/10.1186/1465-9921-14-104)
13. Halimi L., Marin G., Molinari N., Gamez A.-S., Boissin C., Suehs Carey M., Vachier I., Bourdin A. Impact of psychological factors on the health-related quality of life of patients treated for pulmonary arterial hypertension. *J. Psychosomat. Res.* 2018;105:45–51. [https://DOI:10.1016/j.jpsychores.2017.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.12.003)
14. Tartavouille T.M. A predictive model of the effects of depression, anxiety, stress, 6-minute-walk distance, and social support on health-related quality of life in an adult pulmonary hypertension population. *Clinical Nurse Specialist*. 2015;29(1):22–28. [https://DOI:10.1097/NUR.0000000000000099](https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000099)
15. Yorke J., Deaton C., Campbell M., McGowen L., Sephton P., Kiely D.G., Armstrong I. Symptom severity and its effect on health-related quality of life over time in patients with pulmonary hypertension: a multisite longitudinal cohort study. *BMJ Open Resp. Res.* 2018;5(1):e000263. [https://DOI:10.1136/bmjresp-2017-000263](https://doi.org/10.1136/bmjresp-2017-000263)
16. McCollister D.H., Beutz M., McLaughlin V., Rumsfeld J., Masoudi F.A., Tripputi M., Yaeger T., Weintraub P., Badesch D.B. Depressive Symptoms in Pulmonary Arterial Hypertension: Prevalence and Association With Functional Status. *Psychosomatics*. 2010;51(4):339–339. [https://DOI:10.1016/S0033-3182\(10\)70706-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(10)70706-4)
17. Vanhoof J.M.M., Delcroix M., Vandavelde E., Denhaerynck K., Wuyts W., Belge C., Dobbels F. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *J. Heart Lung Transplantation*. 2014;33(8):800–808. [https://DOI:10.1016/j.healun.2014.04.003](https://doi.org/10.1016/j.healun.2014.04.003)
18. Von Visger T.T., Kuntz K.K., Phillips G.S., Yildiz V.O., Sood N. Quality of life and psychological symptoms in patients with pulmonary hypertension. *Heart & Lung*. 2018;47(2):115–121. [https://DOI:10.1016/j.hrtlng.2017.12.004](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.12.004)
19. Humbert M., Sitbon O., Chaouat A., Bertocchi M., Habib G., Gressin V., Yaici A., Weitzenblum E., Cordier J., Chabot F., Dromer C., Pison C., Reynaud-Gaubert M., Haloun A., Laurent M., Hachulla E., Simonneau G. Pulmonary arterial hypertension in France: Results from a national registry. *Am. J. Resp. Crit Care Med.* 2006;173(9):1023–1030. [https://DOI:10.1164/rccm.200510-16680C](https://doi.org/10.1164/rccm.200510-16680C)
20. Mukerjee D., St George D., Coleiro B., Knight C., Denton C.P., Davar J., Black C.M., Coghlan J.G. Prevalence and outcome in systemic sclerosis associated pulmonary arterial hypertension: application of a registry approach. *Ann. Rheumat. Dis.* 2003;62(11):1088–1093. [https://DOI:10.1136/ard.62.11.1088](https://doi.org/10.1136/ard.62.11.1088)
21. MacGregor A.J. Pulmonary hypertension in systemic sclerosis: Risk factors for progression and consequences for survival. *Rheumatology*. 2001;40(4):453–459. [https://DOI:10.1093/rheumatology/40.4.453](https://doi.org/10.1093/rheumatology/40.4.453)
- Harzheim D., Klose H., Pinado F.P., Ehlken N., Nagel C., Fischer C., Ghofrani A., Rosenkranz S., Seyfarth H., Halank M., Mayer E., Grünig E., Guth S. Anxiety and depression disorders in patients with pulmonary arterial hypertension and chronic thromboembolic pulmonary hypertension. *Respiratory Research*. 2013;14:104. [https://DOI:10.1186/1465-9921-14-104](https://doi.org/10.1186/1465-9921-14-104)
- Halimi L., Marin G., Molinari N., Gamez A.-S., Boissin C., Suehs Carey M., Vachier I., Bourdin A. Impact of psychological factors on the health-related quality of life of patients treated for pulmonary arterial hypertension. *J. Psychosomat. Res.* 2018;105:45–51. [https://DOI:10.1016/j.jpsychores.2017.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.12.003)
- Tartavouille T.M. A predictive model of the effects of depression, anxiety, stress, 6-minute-walk distance, and social support on health-related quality of life in an adult pulmonary hypertension population. *Clinical Nurse Specialist*. 2015;29(1):22–28. [https://DOI:10.1097/NUR.0000000000000099](https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000099)
- Yorke J., Deaton C., Campbell M., McGowen L., Sephton P., Kiely D.G., Armstrong I. Symptom severity and its effect on health-related quality of life over time in patients with pulmonary hypertension: a multisite longitudinal cohort study. *BMJ Open Resp. Res.* 2018;5(1):e000263. [https://DOI:10.1136/bmjresp-2017-000263](https://doi.org/10.1136/bmjresp-2017-000263)
- McCollister D.H., Beutz M., McLaughlin V., Rumsfeld J., Masoudi F.A., Tripputi M., Yaeger T., Weintraub P., Badesch D.B. Depressive Symptoms in Pulmonary Arterial Hypertension: Prevalence and Association With Functional Status. *Psychosomatics*. 2010;51(4):339–339. [https://DOI:10.1016/S0033-3182\(10\)70706-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(10)70706-4)
- Vanhoof J.M.M., Delcroix M., Vandavelde E., Denhaerynck K., Wuyts W., Belge C., Dobbels F. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *J. Heart Lung Transplantation*. 2014;33(8):800–808. [https://DOI:10.1016/j.healun.2014.04.003](https://doi.org/10.1016/j.healun.2014.04.003)
- Von Visger T.T., Kuntz K.K., Phillips G.S., Yildiz V.O., Sood N. Quality of life and psychological symptoms in patients with pulmonary hypertension. *Heart & Lung*. 2018;47(2):115–121. [https://DOI:10.1016/j.hrtlng.2017.12.004](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.12.004)
- Humbert M., Sitbon O., Chaouat A., Bertocchi M., Habib G., Gressin V., Yaici A., Weitzenblum E., Cordier J., Chabot F., Dromer C., Pison C., Reynaud-Gaubert M., Haloun A., Laurent M., Hachulla E., Simonneau G. Pulmonary arterial hypertension in France: Results from a national registry. *Am. J. Resp. Crit Care Med.* 2006;173(9):1023–1030. [https://DOI:10.1164/rccm.200510-16680C](https://doi.org/10.1164/rccm.200510-16680C)
- Mukerjee D., St George D., Coleiro B., Knight C., Denton C.P., Davar J., Black C.M., Coghlan J.G. Prevalence and outcome in systemic sclerosis associated pulmonary arterial hypertension: application of a registry approach. *Ann. Rheumat. Dis.* 2003;62(11):1088–1093. [https://DOI:10.1136/ard.62.11.1088](https://doi.org/10.1136/ard.62.11.1088)
- MacGregor A.J. Pulmonary hypertension in systemic sclerosis: Risk factors for progression and consequences for survival. *Rheumatology*. 2001;40(4):453–459. [https://DOI:10.1093/rheumatology/40.4.453](https://doi.org/10.1093/rheumatology/40.4.453)

22. Stupi A.M., Steen V.D., Owens G.R., Barnes E.L., Rodnan G.P., Medsger T.A. Pulmonary hypertension in the CREST syndrome variant of systemic sclerosis. *Arthritis and Rheumatism*. 1986;29(4):515–524. <https://DOI:10.1002/art.1780290409>
23. Koh E. Pulmonary hypertension in systemic sclerosis: An analysis of 17 patients. *Rheumatology*. 1996;35(10):989–993. <https://DOI:10.1093/rheumatology/35.10.989>
24. Аронов П.В., Старовойтова М.Н., Ковалевская О.Б., Серавина О.Ф., Вельтищев Д.Ю. Стресс и депрессия у больных системной склеродермией (обзор зарубежной литературы). *Психические расстройства в общей медицине*. 2009;4:17–19.
25. Mozzetta A., Antinone V., Alfani S., Neri P., Foglio Bonda P.G., Pasquini P., Puddu P., Picardi A. Mental health in patients with systemic sclerosis: a controlled investigation. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*. 2008;22(3):336–340. <https://DOI:10.1111/j.1468-3083.2007.02426.x>
26. Thombs B.D., Hudson M., Taillefer S.S., Baron M. Prevalence and clinical correlates of symptoms of depression in patients with systemic sclerosis. *Arthritis and Rheumatism*. 2008;59(4):504–509. <https://DOI:10.1002/art.23524>
27. Vanhoof J.M.M., Delcroix M., Vandeveld E., Denhaerynck K., Wuyts W., Belge C., Dobbels F. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *J. Heart Lung Transplantation*. 2014;33(8):800–808. <https://DOI:10.1016/j.healun.2014.04.003>
28. Von Visger T.T., Kuntz K.K., Phillips G.S., Yildiz V.O., Sood N. Quality of life and psychological symptoms in patients with pulmonary hypertension. *Heart & Lung*. 2018;47(2):115–121. <https://DOI:10.1016/j.hrtlng.2017.12.004>
29. Humbert M., Sitbon O., Chaouat A., Bertocchi M., Habib G., Gressin V., Yaici A., Weitzenblum E., Cordier J., Chabot F., Dromer C., Pison C., Reynaud-Gaubert M., Haloun A., Laurent M., Hachulla E., Simonneau G. Pulmonary arterial hypertension in France: Results from a national registry. *Am. J. Resp. Crit. Care Med*. 2006;173(9):1023–1030. <https://DOI:10.1164/rccm.200510-16680C>
30. Сулейманова Г.П., Рамкхелавон М.Б. Психосоматические соотношения при системной склеродермии. *Фундаментальные исследования*. 2013;(7–2):407–411.
31. Angelopoulos N.V., Drosos A.A., Moutsopoulos H.M. Psychiatric symptoms associated with scleroderma. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2001;70(3):145–150. <https://DOI:10.1159/000056240>
32. Benrud-Larson L.M., Heinberg L.J., Boling C., Reed J., White B., Wigley F.M., Haythornthwaite J.A. Body image dissatisfaction among women with scleroderma: Extent and relationship to psychosocial function. *Health Psychology*. 2003;22(2):130–139. <https://DOI:10.1037/0278-6133.22.2.130>
33. Thombs B.D., Taillefer S.S., Hudson M., Baron M. Depression in patients with systemic sclerosis: a systematic review of the evidence. *Arthritis and Rheumatism*. 2007;57(6):1089–1097. <https://DOI:10.1002/art.22910>
34. Roca R.P., Wigley F.M., White B. Depressive symptoms associated with scleroderma. *Arthritis & Rheumatism*. 1996;39(6):1035–1040. <https://DOI:10.1002/art.1780390623>
- Stupi A.M., Steen V.D., Owens G.R., Barnes E.L., Rodnan G.P., Medsger T.A. Pulmonary hypertension in the CREST syndrome variant of systemic sclerosis. *Arthritis and Rheumatism*. 1986;29(4):515–524. <https://DOI:10.1002/art.1780290409>
- Koh E. Pulmonary hypertension in systemic sclerosis: An analysis of 17 patients. *Rheumatology*. 1996;35(10):989–993. <https://DOI:10.1093/rheumatology/35.10.989>
- Aronov P.V., Starovojtova M.N., Kovalevskaya O.B., Seravina O.F., Vel'tishchev D.Yu. Stress i depressiya u bol'nyh sistemnoj sklerodermiej (obzor zarubezhnoj literatury). *Psihicheskie rasstrojstva v obshchej medicine*. 2009;4:17–19. (In Russ.).
- Mozzetta A., Antinone V., Alfani S., Neri P., Foglio Bonda P.G., Pasquini P., Puddu P., Picardi A. Mental health in patients with systemic sclerosis: a controlled investigation. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*. 2008;22(3):336–340. <https://DOI:10.1111/j.1468-3083.2007.02426.x>
- Thombs B.D., Hudson M., Taillefer S.S., Baron M. Prevalence and clinical correlates of symptoms of depression in patients with systemic sclerosis. *Arthritis and Rheumatism*. 2008;59(4):504–509. <https://DOI:10.1002/art.23524>
- Vanhoof J.M.M., Delcroix M., Vandeveld E., Denhaerynck K., Wuyts W., Belge C., Dobbels F. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *J. Heart Lung Transplantation*. 2014;33(8):800–808. <https://DOI:10.1016/j.healun.2014.04.003>
- Von Visger T.T., Kuntz K.K., Phillips G.S., Yildiz V.O., Sood N. Quality of life and psychological symptoms in patients with pulmonary hypertension. *Heart & Lung*. 2018;47(2):115–121. <https://DOI:10.1016/j.hrtlng.2017.12.004>
- Humbert M., Sitbon O., Chaouat A., Bertocchi M., Habib G., Gressin V., Yaici A., Weitzenblum E., Cordier J., Chabot F., Dromer C., Pison C., Reynaud-Gaubert M., Haloun A., Laurent M., Hachulla E., Simonneau G. Pulmonary arterial hypertension in France: Results from a national registry. *Am. J. Resp. Crit. Care Med*. 2006;173(9):1023–1030. <https://DOI:10.1164/rccm.200510-16680C>
- Sulejmanova G.P., Ramkkelavon M.B. Psihosomaticheskie sootnosheniya pri sistemnoj sklerodermii. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2013;(7–2):407–411. (In Russ.).
- Angelopoulos N.V., Drosos A.A., Moutsopoulos H.M. Psychiatric symptoms associated with scleroderma. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2001;70(3):145–150. <https://DOI:10.1159/000056240>
- Benrud-Larson L.M., Heinberg L.J., Boling C., Reed J., White B., Wigley F.M., Haythornthwaite J.A. Body image dissatisfaction among women with scleroderma: Extent and relationship to psychosocial function. *Health Psychology*. 2003;22(2):130–139. <https://DOI:10.1037/0278-6133.22.2.130>
- Thombs B.D., Taillefer S.S., Hudson M., Baron M. Depression in patients with systemic sclerosis: a systematic review of the evidence. *Arthritis and Rheumatism*. 2007;57(6):1089–1097. <https://DOI:10.1002/art.22910>
- Roca R.P., Wigley F.M., White B. Depressive symptoms associated with scleroderma. *Arthritis & Rheumatism*. 1996;39(6):1035–1040. <https://DOI:10.1002/art.1780390623>

35. Silva A.M., Vaz C., Areias M.E.G., Vieira D., Proença C., Viana V., Moura C., Areias J.C. Quality of life of patients with congenital heart diseases. *Cardiology in the Young*. 2011;21(6):670–676. <https://DOI:10.1017/S1047951111000576>
36. Müller J., Hess J., Hager A. Minor symptoms of depression in patients with congenital heart disease have a larger impact on quality of life than limited exercise capacity. *Int. J. Cardiol.* 2012;154(3):265–269. <https://DOI:10.1016/j.ijcard.2010.09.029>
37. Amedro P., Basquin A., Gressin V., Clerson P., Jais X., Thambo J., Guerin P., Cohen S., Bonnet D. Health-related quality of life of patients with pulmonary arterial hypertension associated with CHD: the multicentre cross-sectional ACHILLE study. *Cardiology in the Young*. 2016;26(7):1250–1259. <https://DOI:10.1017/S1047951116000056>
38. Алёхин А.Н., Андреева Е.В., Гончарова Н.С., Моисеева О.М., Трифонова Е.А. Качество жизни и отношение к болезни пациентов с тяжелыми формами хронической сердечной недостаточности (на примере легочной артериальной гипертензии и синдрома Эйзенменгера). В кн.: Будущее клинической психологии 2012. Материалы VI Всероссийской научно-практической заочной конференции. Под ред. Левченко Е.В., Деменевой А.Е. Пермь: ПГНИУ; 2012:24–38.
39. Horner T., Liberthson R., Jellinek M.S. Psychosocial profile of adults with complex congenital heart disease. *Mayo Clinic Proceedings*. 2000;75(1):31–36. <https://DOI:10.4065/75.1.31>
40. Westhoff-Bleck M., Briest J., Fraccarollo D., Hilfiker-Kleiner D., Winter L., Maske U., Busch M.A., Bleich S., Bauersachs J., Kahl K.G. Mental disorders in adults with congenital heart disease: Unmet needs and impact on quality of life. *J. Affect. Dis.* 2016;204:180–186. <https://DOI:10.1016/j.jad.2016.06.047>
41. Bang J.S., Jo S., Kim G.B., Kwon B.S., Bae E.J., Noh C.I., Choi J.Y. The mental health and quality of life of adult patients with congenital heart disease. *Int. J. Cardiol.* 2013;170(1):49–53. <https://DOI:10.1016/j.ijcard.2013.10.003>
42. Kovacs A.H., Saidi A.S., Kuhl E.A., Sears S.F., Silversides C., Harrison J.L., Ong L., Colman J., Oechslin E., Nolan R.P. Depression and anxiety in adult congenital heart disease predictors and prevalence. *Int. J. Cardiol.* 2009;137(2):158–164. <https://DOI:10.1016/j.ijcard.2008.06.042>
43. Wang Q., Hay M., Clarke D., Menahem S. The prevalence and predictors of anxiety and depression in adolescents with heart disease. *J. Pediatr.* 2012;161(5):943–946. <https://DOI:10.1016/j.jpeds.2012.04.010>
44. Bromberg J.I., Beasley P.J., D'Angelo E.J., Landzberg M., DeMaso D.R. Depression and anxiety in adults with congenital heart disease: a pilot study. *Heart & Lung*. 2003;32:105–110. <https://DOI:10.1067/mhl.2003.26>
45. O'Donovan C.E., Painter L., Lowe B., Robinson H., Broadbent E. The impact of illness perceptions and disease severity on quality of life in congenital heart disease. *Cardiology in the Young*. 2016;26(1):100–109. <https://DOI:10.1017/S1047951114002728>
- Silva A.M., Vaz C., Areias M.E.G., Vieira D., Proença C., Viana V., Moura C., Areias J.C. Quality of life of patients with congenital heart diseases. *Cardiology in the Young*. 2011;21(6):670–676. <https://DOI:10.1017/S1047951111000576>
- Müller J., Hess J., Hager A. Minor symptoms of depression in patients with congenital heart disease have a larger impact on quality of life than limited exercise capacity. *Int. J. Cardiol.* 2012;154(3):265–269. <https://DOI:10.1016/j.ijcard.2010.09.029>
- Amedro P., Basquin A., Gressin V., Clerson P., Jais X., Thambo J., Guerin P., Cohen S., Bonnet D. Health-related quality of life of patients with pulmonary arterial hypertension associated with CHD: the multicentre cross-sectional ACHILLE study. *Cardiology in the Young*. 2016;26(7):1250–1259. <https://DOI:10.1017/S1047951116000056>
- Alyohin A.N., Andreeva E.V., Goncharova N.S., Moiseeva O.M., Trifonova E.A. Kachestvo zhizni i otnoshenie k bolezni pacientov s tyazhelymi formami hronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti (na primere legochnoy arterial'noj gipertenzii i sindroma Ejzenmengera). V kn.: Budushchee klinicheskoy psihologii 2012. Materialy VI Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy zaochnoj konferencii. Pod red. Levchenko E.V., Demenevoj A.E. Perm': PGNIU; 2012:24–38. (In Russ.).
- Horner T., Liberthson R., Jellinek M.S. Psychosocial profile of adults with complex congenital heart disease. *Mayo Clinic Proceedings*. 2000;75(1):31–36. <https://DOI:10.4065/75.1.31>
- Westhoff-Bleck M., Briest J., Fraccarollo D., Hilfiker-Kleiner D., Winter L., Maske U., Busch M.A., Bleich S., Bauersachs J., Kahl K.G. Mental disorders in adults with congenital heart disease: Unmet needs and impact on quality of life. *J. Affect. Dis.* 2016;204:180–186. <https://DOI:10.1016/j.jad.2016.06.047>
- Bang J.S., Jo S., Kim G.B., Kwon B.S., Bae E.J., Noh C.I., Choi J.Y. The mental health and quality of life of adult patients with congenital heart disease. *Int. J. Cardiol.* 2013;170(1):49–53. <https://DOI:10.1016/j.ijcard.2013.10.003>
- Kovacs A.H., Saidi A.S., Kuhl E.A., Sears S.F., Silversides C., Harrison J.L., Ong L., Colman J., Oechslin E., Nolan R.P. Depression and anxiety in adult congenital heart disease predictors and prevalence. *Int. J. Cardiol.* 2009;137(2):158–164. <https://DOI:10.1016/j.ijcard.2008.06.042>
- Wang Q., Hay M., Clarke D., Menahem S. The prevalence and predictors of anxiety and depression in adolescents with heart disease. *J. Pediatr.* 2012;161(5):943–946. <https://DOI:10.1016/j.jpeds.2012.04.010>
- Bromberg J.I., Beasley P.J., D'Angelo E.J., Landzberg M., DeMaso D.R. Depression and anxiety in adults with congenital heart disease: a pilot study. *Heart & Lung*. 2003;32:105–110. <https://DOI:10.1067/mhl.2003.26>
- O'Donovan C.E., Painter L., Lowe B., Robinson H., Broadbent E. The impact of illness perceptions and disease severity on quality of life in congenital heart disease. *Cardiology in the Young*. 2016;26(1):100–109. <https://DOI:10.1017/S1047951114002728>

46. Awaad M.I., Darahim K.E. Depression and anxiety in adolescents with congenital heart disease. *Middle East Current Psychiatry* 2015;22(1):2–8. <https://DOI.org/10.1097/01.XME.0000457325.90630.4f>
47. Aguirre-Camacho A., Moreno-Jiménez B. Depression and Anxiety in Patients With Pulmonary Hypertension: The Role of Life Satisfaction and Optimism. *Psychosomatics*. 2018. <https://DOI:10.1016/j.psym.2018.04.002>
48. Pfeuffer E., Krannich H., Halank M., Wilkens H., Kolb P., Jany B., Held M. Anxiety, Depression, and Health-Related QOL in Patients Diagnosed with PAH or CTEPH. *Lung*. 2017;195(6):759–768. <https://DOI:10.1007/s00408-017-0052-z>
49. Funabashi S., Kataoka M., Inami T., Kikuchi T., Yanagisawa R., Ishiguro C., Okamoto S., Yoshino H., Watanabe K., Satoh T. Depressive Status in Patients With Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension. *Circulation J*. 2017;81:1051–1053. <https://DOI:10.1253/circj.CJ-17-0197>
50. Рохлин Л.Л. «Сознание болезни» и его значение в клинической практике. *Клиническая медицина*. 1957;35(9):11–21.
51. Pieringer W. Psychosomatische und somatopsychische Aspekte der progressiv chronischen Polyarthrit. *Wien Klin. Wochenschr*. 1978;(94):17–20.
52. Смулевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. М.: Медицинское информационное агентство; 2012.
53. Wryobeck J.M., Lippo G., McLaughlin V., Riba M., Rubenfire M. Psychosocial aspects of pulmonary hypertension: a review. *Psychosomatics*. 2007;48(6):467–475. <https://DOI:10.1176/appi.psy.48.6.467>
54. Kingman M., Hinzmman B., Sweet O., Vachiéry J. Living with pulmonary hypertension: unique insights from an international ethnographic study. *BMJ Open*. 2014;4(5):e004735. <https://DOI:10.1136/bmjopen-2013-004735>
55. Gihl A.F. Health-related quality of life in pulmonary arterial hypertension. *Advances in Pulmonary Hypertension*. 2010;8(4):215–222, 55.
56. Guillevin L., Armstrong I., Aldrighetti R., Howard L.S., Ryfthenius H., Fischer A., Lombardi S., Studer S., Ferrari P. Understanding the impact of pulmonary arterial hypertension on patients' and carers' lives. *Eur. Resp. Rev*. 2013;22(130):535–542. <https://DOI:10.1183/09059180.00005713>
57. Flattery M.P., Pinson J.M., Savage L., Salyer J. Living with pulmonary artery hypertension: patients' experiences. *Heart & Lung*. 2005;34(2):99–107. <https://DOI:10.1016/j.hrtlng.2004.06.010>
58. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина; 1977.
59. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева; 2005.
60. Алёхин А.Н., Чумакова И.О., Андреева Е.В., Трифонова Е.А. Клинические факторы психической адаптации пациентов с сердечно-сосудистой патологией (на примере легочной артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий). *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*. 2012;6(265):66–72.
- Awaad M.I., Darahim K.E. Depression and anxiety in adolescents with congenital heart disease. *Middle East Current Psychiatry* 2015;22(1):2–8. <https://DOI.org/10.1097/01.XME.0000457325.90630.4f>
- Aguirre-Camacho A., Moreno-Jiménez B. Depression and Anxiety in Patients With Pulmonary Hypertension: The Role of Life Satisfaction and Optimism. *Psychosomatics*. 2018. <https://DOI:10.1016/j.psym.2018.04.002>
- Pfeuffer E., Krannich H., Halank M., Wilkens H., Kolb P., Jany B., Held M. Anxiety, Depression, and Health-Related QOL in Patients Diagnosed with PAH or CTEPH. *Lung*. 2017;195(6):759–768. <https://DOI:10.1007/s00408-017-0052-z>
- Funabashi S., Kataoka M., Inami T., Kikuchi T., Yanagisawa R., Ishiguro C., Okamoto S., Yoshino H., Watanabe K., Satoh T. Depressive Status in Patients With Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension. *Circulation J*. 2017;81:1051–1053. <https://DOI:10.1253/circj.CJ-17-0197>
- Rohlin L.L. «Soznanie bolezni» i ego znachenie v klinicheskoy praktike. *Klinicheskaya medicina*. 1957; 35(9):11–21. (In Russ.).
- Pieringer W. Psychosomatische und somatopsychische Aspekte der progressiv chronischen Polyarthrit. *Wien Klin. Wochenschr*. 1978;(94):17–20.
- Smulevich A.B. Rasstrojstvalichnosti. Traektoriya v prostranstve psihicheskoy i somaticheskoy patologii. M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo; 2012. (In Russ.).
- Wryobeck J.M., Lippo G., McLaughlin V., Riba M., Rubenfire M. Psychosocial aspects of pulmonary hypertension: a review. *Psychosomatics*. 2007;48(6):467–475. <https://DOI:10.1176/appi.psy.48.6.467>
- Kingman M., Hinzmman B., Sweet O., Vachiéry J. Living with pulmonary hypertension: unique insights from an international ethnographic study. *BMJ Open*. 2014;4(5):e004735. <https://DOI:10.1136/bmjopen-2013-004735>
- Gihl A.F. Health-related quality of life in pulmonary arterial hypertension. *Advances in Pulmonary Hypertension*. 2010;8(4):215–222, 55.
- Guillevin L., Armstrong I., Aldrighetti R., Howard L.S., Ryfthenius H., Fischer A., Lombardi S., Studer S., Ferrari P. Understanding the impact of pulmonary arterial hypertension on patients' and carers' lives. *Eur. Resp. Rev*. 2013;22(130):535–542. <https://DOI:10.1183/09059180.00005713>
- Flattery M.P., Pinson J.M., Savage L., Salyer J. Living with pulmonary artery hypertension: patients' experiences. *Heart & Lung*. 2005;34(2):99–107. <https://DOI:10.1016/j.hrtlng.2004.06.010>
- Luriya R.A. Vnutrennyaya kartina bolezni i yatrogennye zabolevaniya. 4-e izd. M.: Medicina; 1977. (In Russ.).
- Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. Psihologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachej. SPb.: NIPNI im. V.M. Bekhtereva; 2005. (In Russ.).
- Alyohin A.N., Chumakova I.O., Andreeva E.V., Trifonova E.A. Klinicheskie faktory psihicheskoy adaptacii pacientov s serdechno-sosudistoj patologiej (na primere legochnoj arterial'noj gipertenzii i fibrillyacii predserdij). *Vestnik YUzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psihologiya*. 2012;6(265):66–72. (In Russ.).

61. Андреева Е.В. Психологическая адаптация к болезни в клинической динамике легочной артериальной гипертензии у женщин. *Известия РГПУ им. А.И. Герцена*. 2012;159–164.
62. Martens E.J., Mols F., Burg M.M., Denollet J. Type D personality predicts clinical events after myocardial infarction, above and beyond disease severity and depression. *J. Clin. Psychiatry*. 2010;71(6):778–783. [https://DOI:10.1136/10.4088/JCP.08m04765blu](https://doi.org/10.1136/10.4088/JCP.08m04765blu)
63. Schoormans D., Mulder B.J., van Melle J.P., Pieper E.G., van Dijk A.P., Sieswerda G.T., Hulsbergen-Zwarts M.S., Plokker T.H., Brunninkhuis L.G., Vliegen H.W., Sprangers M.A. Patients with a congenital heart defect and type D personality feel functionally more impaired, report a poorer health status and quality of life, but useless healthcare. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs*. 2012;11(3):349–355. DOI:10.1177/1474515112437828
64. Горбатова М.Л. Патохарактерологические особенности инвалидов молодого возраста с врожденным пороком сердца. Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации: Сборник научных трудов. М.; 1989.
65. Дроздова И.В., Лысунец Е.М. Психологические особенности больных с оперированными врожденными аномалиями сердца. *Международный медицинский журнал*. 2010;16(3):6–11.
66. Дроздова И.В., Лысунец Е.М., Мороз С.М. Личностные особенности больных с оперированными врожденными пороками сердца. *Международный медицинский журнал*. 2010;16(4):8–10.
- Andreeva E.V. Psihologicheskaya adaptaciya k bolezni v klinicheskoy dinamike legochnoj arterial'noj gipertenzii u zhenshchin. *Izvestiya RGPU im. A.I. Gercena*. 2012:159–164. (In Russ.).
- Martens E.J., Mols F., Burg M.M., Denollet J. Type D personality predicts clinical events after myocardial infarction, above and beyond disease severity and depression. *J. Clin. Psychiatry*. 2010;71(6):778–783. [https://DOI:10.1136/10.4088/JCP.08m04765blu](https://doi.org/10.1136/10.4088/JCP.08m04765blu)
- Schoormans D., Mulder B.J., van Melle J.P., Pieper E.G., van Dijk A.P., Sieswerda G.T., Hulsbergen-Zwarts M.S., Plokker T.H., Brunninkhuis L.G., Vliegen H.W., Sprangers M.A. Patients with a congenital heart defect and type D personality feel functionally more impaired, report a poorer health status and quality of life, but use less healthcare. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs*. 2012;11(3):349–355. DOI:10.1177/1474515112437828
- Gorbatova M.L. Patoharakterologicheskie osobennosti invalidov molodogo vozrasta s vrozhdennym porokom serdca. Psihologicheskie issledovaniya v praktike vrachebno-trudovoj ekspertizy i social'no-trudovoj rehabilitacii: Sbornik nauchnyh trudov. M.; 1989. (In Russ.).
- Drozdova I.V., Lysunec E.M. Psihologicheskie osobennosti bol'nyh s operirovannymi vrozhdennymi anomalijami serdca. *Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal*. 2010;16(3):6–11. (In Russ.).
- Drozdova I.V., Lysunec E.M., Moroz S.M. Lichnostnye osobennosti bol'nyh s operirovannymi vrozhdennymi porokami serdca. *Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal*. 2010;16(4):8–10. (In Russ.).

Самушия Марина Антиповна, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия
E-mail: sma-psychiatry@mail.ru

Рожкова Юлия Игоревна, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия
E-mail: yuliarozhkova92@gmail.com

Marina A. Samushiya, Dr. of Sci. (Med.), professor, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

E-mail: sma-psychiatry@mail.ru

Yulia I. Rozhkova, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

E-mail: yuliarozhkova92@gmail.com

Дата поступления 05.10.2018
Date of receipt 05.10.2018

Дата принятия 26.02.2019
Accepted for publication 26.02.2019