

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ

А.А. Великанов<sup>1</sup>, А.А. Столярова<sup>1</sup>, Н.Е. Круглова<sup>2</sup>, Е.А. Демченко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из самых распространенных заболеваний и наиболее частой причиной смерти во всем мире. Известно, что психосоциальные факторы имеют определенное влияние на развитие и течение ИБС. В связи с этим изучение особенностей психоэмоциональной сферы больных ИБС и их психологических характеристик представляется крайне важным для разработки и совершенствования профилактических мероприятий, а также проведения психокоррекционной и психотерапевтической работы с данной группой пациентов.

**Цель:** проведение анализа современных зарубежных исследований для рассмотрения психоэмоциональных факторов и психологических особенностей, присущих пациентам с ИБС, а также их влияния на развитие, течение и исход заболевания. **Заключение.** В настоящей работе рассмотрены и обобщены данные публикаций об особенностях психоэмоциональной сферы больных ИБС. Представлена информация о связи психоэмоциональных факторов, в частности тревоги и депрессии, с ИБС. Отмечено, что при описании психоэмоциональных особенностей больных ИБС следует учитывать не только вероятную симптоматику тревожно-депрессивных расстройств, но также и другие проявления, такие как враждебность, астения, состояние стресса. Приведены данные о неоднозначности роли «традиционных» психологических факторов при ИБС. По результатам выполненного обзора подчеркивается значение комплексных исследований психоэмоциональных и личностных особенностей пациентов с сердечно-сосудистой патологией в целях совершенствования мероприятий, направленных на коррекцию психологических факторов риска ИБС и ее последствий, а также на снижение их негативного воздействия.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, тревожность, депрессия, враждебность, астения, тип поведения А, тип поведения D.

Растущие объемы баз исследовательских данных свидетельствуют о наличии целого ряда психосоциальных факторов, играющих определенную роль в этиопатогенезе сердечно-сосудистых заболеваний. В состав комплексов таких факторов включаются: низкий социально-экономический статус, недостаток социальной поддержки, подверженность стрессу, депрессия, тревога и враждебность. В современной медицине все вышперечисленное рассматривается как условия, повышающие риск развития ИБС, отягощающие ее течение и прогноз. Кроме того, подобные пси-

хосоциальные факторы относят и к препятствиям на пути к лечению и необходимому изменению образа жизни (Pierpoli et al., 2016). Следует также отметить, что сведения о роли указанных факторов в этиопатогенезе болезней сердечно-сосудистой системы различны и нередко противоречивы. Увеличивающийся объем данных, получаемых в результате изучения психологических аспектов болезней сердца, отражает сложность возможных взаимосвязей многочисленных психологических и медико-биологических факторов. При описании психологических характеристик у паци-

ентов с сердечно-сосудистой патологией, в частности, с ишемической болезнью сердца (ИБС) особое внимание традиционно уделяется сфере эмоциональных состояний (тревоги, депрессии, напряженности) и личностных черт (личностные типы, «профили»). В настоящее время имеются различные сведения о влиянии тех или иных психоэмоциональных характеристик на возникновение и течение ИБС. Анализ современной научной литературы важен для понимания особенностей психоэмоциональной сферы пациентов с ИБС и определения патогенной роли различных психоэмоциональных факторов при данной патологии.

Многие исследователи, описывая психоэмоциональные особенности пациентов с рассматриваемым заболеванием, выделяют более частую, чем в общей популяции, встречаемость тревожных и депрессивных состояний (Cohen et al., 2015; Meneghetti et al., 2017; Dhital et al., 2018).

Данный факт с психологической точки зрения является вполне закономерным. ИБС – это заболевание, ассоциирующееся с витальной угрозой (риск инфаркта миокарда, жизнеугрожающего «коронарного события»). Возможные психотравмирующие эффекты, связанные с восприятием факта болезни, необходимостью госпитализации, рекомендуемого хирургического лечения и т. д., безусловно, могут способствовать возникновению соответствующих вариантов психоэмоционального реагирования, формированию тревожных и/или депрессивных проявлений. Считается также, что тревога и депрессия оказывают негативное влияние на течение ИБС. В связи с этим выявление пациентов с тревожной и/или депрессивной симптоматикой важно для проведения своевременной психокоррекционной работы, способной улучшить прогноз исходов заболевания (Pogosova et al., 2015; Blumenthal et al., 2016; Reavell et al., 2018; Albus et al., 2019).

Взаимосвязь тревоги и депрессии с ИБС отличается двунаправленностью – тревога и депрессия могут повышать риск развития ИБС; в свою очередь сам факт заболевания также может приводить к возникновению тревоги и депрессии (Chaddha et al., 2016).

По оценкам, 11–14 % пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями страдают генерализованным тревожным расстройством (ГТР) (Tully et al., 2013) и более 40 % пациентов со стабильной ИБС могут иметь повы-

шенный уровень выраженности симптомов тревоги (Blumenthal et al., 2016). Однако исследовательские данные о распространенности тревожных расстройств весьма гетерогенны. Подобные различия в результатах оценки распространенности тревожности могут быть вызваны методологическими различиями: во-первых, чаще всего тревожность исследуется с помощью опросников самоотчета, вопросы/утверждения в которых могут недостаточно точно отражать состояние госпитализированных пациентов на фоне имеющегося острого коронарного события; во-вторых, при исследовании тревоги опросниками самоотчета не всегда представляется возможным дифференцировать симптомы тревожности и симптомы, напрямую связанные с соматическим расстройством пациента.

Кроме того, известно, что в рамках реальной клинической практики для выявления состояний тревоги и/или депрессии нередко применяются методики «экспресс-диагностики». Врачи кардиологи могут использовать краткие психологические опросники, позволяющие в ограниченные сроки получать данные о тревожных и/или депрессивных проявлениях у пациентов. Тем не менее реализация наиболее объективного и дифференцированного подхода в психодиагностике, безусловно, предполагает проведение полнообъемных психодиагностических обследований. Не вызывает сомнений тот факт, что выполнение таких обследований должно осуществляться высококвалифицированными специалистами в области медицинской психологии. А для выявления каких-либо аффективных психических расстройств и назначения соответствующей терапии важна роль врачей-психотерапевтов в лечебно-реабилитационном процессе. Таким образом, рассматривая вопросы, связанные с частотой встречаемости тревоги и депрессии у больных ИБС, важно подчеркнуть значимость кадровой обеспеченности кардиологических стационаров клиническими психологами и психотерапевтами.

Несмотря на то, что тревога имеет большую распространенность среди пациентов с ИБС, исследовательские данные о взаимосвязи тревоги и болезни сердца – противоречивы. Так, считается, что данное психоэмоциональное проявление является менее надежным предиктором ИБС, нежели депрессивные состояния (Gallagher et al., 2015).

При оценке психологических особенностей больных ИБС разного пола результаты исследований демонстрируют устойчивую тенденцию к большей подверженности депрессивному состоянию у женщин с ИБС, чем у мужчин (Khan et al., 2016; Humphries et al., 2017; Buckland et al., 2019). Аналогичная тенденция прослеживается и в отношении тревожных расстройств (Nasiłowska-Barud, 2017; Dhital et al., 2018). Несмотря на неоднократно выявляемую большую подверженность женщин с ИБС к тревожным и депрессивным расстройствам, у мужчин с ИБС наличие депрессии имеет более устойчивую связь с ухудшением прогноза болезни (Doyle et al., 2015; De Hert et al., 2018). В то же время некоторые исследователи сообщают, что наличие у женщин депрессии на 50 % повышает риск возникновения инфаркта миокарда (ИМ) и кардиальной смерти (Mehta et al., 2016).

Большой интерес у научного сообщества вызывает вопрос влияния тревоги и депрессии на смертность пациентов с ИБС, однако результаты таких исследований нередко противоречивы. Американской кардиологической ассоциацией было официально рекомендовано рассматривать наличие депрессии в качестве самостоятельного фактора риска неблагоприятных медицинских исходов у пациентов с острым коронарным синдромом (Lichtman et al., 2014). Однако ряд исследований сообщают об отсутствии связи между наличием и уровнем депрессии и тревоги, с одной стороны, и смертностью – с другой (Altino et al., 2018), а также об отсутствии связи проявлений тревоги и депрессии с нежелательными коронарными событиями среди пациентов с ИБС или без нее (Pelletier et al., 2015).

Стоит отметить, что в значительном большинстве исследований ведется речь об увеличении риска смертности в связи с наличием у пациента с ИБС сопутствующих тревожных и/или депрессивных проявлений. Так, пациенты с повышенными показателями тревоги имели более высокий показатель смертности в первые три года после перенесенного острого ИМ (Wrenn et al., 2013). Отмечается, что по данным исследования тревожности в клинически стабильный период (по прошествии около двух месяцев после коронарного события) можно говорить о выраженной способности фактора высокой тревожности быть предиктором увеличения показателей риска смерти (Celano et al., 2015). Кроме того, было

выявлено, что депрессивные симптомы также являются устойчивыми предикторами повышенного риска смертности (Kozela et al., 2016). Наличие депрессии связано в целом с повышением риска ИМ и коронарной смерти (Wu et al., 2016). Более того, отмечается, что коморбидность депрессии и тревоги сопровождается увеличенным риском смертности у пациентов с ИБС (Watkins et al., 2013).

Кроме того, в научной литературе имеются сведения о том, что депрессивные симптомы можно обоснованно считать независимыми предикторами повышенного риска осложнений после острого ИМ (AbuRuz et al., 2018). Наличие такого риска, вероятно, обусловлено недостаточной приверженностью к лечению у пациентов, имеющих проявления депрессивной симптоматики.

При рассмотрении вопросов, связанных с изучением роли тревожных и депрессивных проявлений у лиц с ИБС, следует особенно отметить генерализованное тревожное расстройство (ГТР).

Исследование ГТР у пациентов с ИБС (Celano et al., 2016) показало, что его наличие в два раза повышает риск ИМ в течение двух последующих лет, а у пациентов, переживших ИМ, сочетание ИБС и ГТР в два раза повышает риск смертности в течение 10 лет.

Несмотря на традиционное мнение о негативном влиянии тревожности на прогноз пациентов с ИБС и их комплаентности (Pogosova et al., 2015; Aggarwal et al., 2018), некоторые исследователи отмечают, что повышенные показатели тревожности у определенных групп пациентов могут помочь им оздоровить свой образ жизни и сохранить высокую приверженность к лечению (Gallagher et al., 2015), в то время как депрессивные проявления практически всегда связывают с низкой комплаентностью и отсутствием приверженности к рекомендациям по ведению здорового образа жизни (Chaddha et al., 2016; Sin et al., 2016). Возможное благоприятное влияние тревожности на приверженность терапии, вероятно, связано с тем, что неопределенное беспокойство, являющееся одной из основных психологических характеристик тревожного состояния, побуждает пациента к действиям, направленным на достижение результата лечения. Таким образом, можно предположить, что тревога пациентов по поводу самой болезни и ее последствий представляет собой фактор, выполняющий определенную конст-

руктивную роль в лечебно-реабилитационном процессе.

Известно, что в формировании эмоциональных состояний важную роль играют личностные факторы (Sahoo et al., 2018). При описании личностных особенностей больных ИБС традиционно упоминаются типы поведения А и D.

Тип поведения А, о котором впервые в 1959 году заявили американские кардиологи М. Фридман и Р. Розенман, характеризуется следующим комплексом личностных черт: повышенная ответственность, склонность к соперничеству, амбициозность, враждебность, раздражительность, нетерпеливость и постоянное чувство нехватки времени (Friedman et al., 1959). В настоящее время отношение к обоснованности выделения поведенческого типа А в научном сообществе неоднозначно. Некоторые авторы считают такой тип поведения надежным предиктором развития ИБС (Rohit et al., 2016), однако некоторые исследователи склоняются к мнению о том, что роль поведенческого типа А в возникновении ИБС неоднозначна или даже вовсе отсутствует (Sahoo et al., 2018). Стоит отметить, что те авторы, которые ставят под сомнение теорию о «вкладе» в развитие ИБС поведенческого типа А, указывают в первую очередь на неравноценность отдельных компонентов этого типа в его влиянии на ИБС, выделяя прежде всего особую роль враждебности и агрессивности, а также частых проявлений гнева (Bishop, 2016; Sahoo et al., 2018).

Анализируя данные научной литературы, можно обнаружить результаты исследований, свидетельствующих об увеличении риска возникновения ИБС при наличии у человека повышенных показателей враждебности (Akimova et al., 2017). В частности, в ходе исследований было выявлено, что пациенты с более высокими показателями гнева как состояния или гневливости как устойчивой черты характера имеют больше шансов развития у себя стресс-индуцированной ишемии миокарда (Pimple et al., 2014). Вспышки гнева рассматриваются как возможный провоцирующий фактор для возникновения острого коронарного события, например, ИМ (Mostofsky et al., 2014). Также исследования указывают на тенденцию к преобладанию у женщин с ИБС низких показателей контроля гнева (Schmidt et al., 2018).

В 2000 году J. Denollet и его коллегами был предложен другой тип поведения –

D («дистрессовый»). В качестве главных характеристик данного типа выделяют тенденцию к негативной эмоциональности (переживанию гнева, страха, беспокойства, тоски и т. д.) и социальную ингибицию (сдержанность, отсутствие уверенности в себе), связанных с нейротизмом и интроверсией соответственно (Denollet, 2000; Denollet et al., 2011). В качестве фактора риска тип D внесен в Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (Piepoli et al., 2016). Отмечается, что наличие типа D часто сопровождается нежеланием пациентов с ИБС обращаться за помощью по поводу имеющихся у них симптомов сердечно-сосудистых заболеваний. В целом тип D связан с более высоким риском коронарной смерти и более негативным общим прогнозом болезни, а также с большей выраженностью депрессивной симптоматики (Sahoo et al., 2018). Данные о распространенности этого типа в популяции пациентов с ИБС разнятся, но в большинстве исследований указываются цифры от 21 % до 34 % (Denollet, 2005; Vukovic et al., 2014; Pushkarev et al., 2019).

Стоит отметить гетерогенность, а порой и противоречивость психологических и кардиологических данных, полученных в исследованиях по теме этого поведенческого типа (Bishop, 2016; Kupper et al., 2018). Критика концепции типа поведения D основана на следующих фактах: невозможность получения схожих результатов при попытке повторения исследований, описанных командой разработчиков теории типа D; малые выборки испытуемых, задействованных в исследованиях; проведение подтверждающих исследований лишь коллегами самого J. Denollet; а также рассмотрение данного типа поведения в качестве дихотомической переменной, что повышает шансы случайных результатов (Gallagher et al., 2015; Bishop, 2016). Приводятся также факты, вызывающие затруднение в их интерпретации. Так, например, исследование пациентов с ИБС, проходящих интракоронарное стентирование, показало, что социальная ингибиция у них была связана не с ухудшением, а с улучшением прогноза в отношении нефатальных коронарных событий (Meyer et al., 2014); у пациентов с необструктивной ИБС тип D не обнаруживает связи с неблагоприятными коронарными событиями (Bekendam et al., 2018); тип поведения D у женщин в пост-острый период острого коронарного синдрома

не сопровождается более высокими показателями тревоги и депрессии, чем у пациентов контрольной группы (Prata et al., 2017).

Однако некоторые авторы в своих исследованиях подтверждают концепцию поведенческого типа D (Timmermans et al., 2017). В частности, находят свое подтверждение более низкая приверженность к терапии у людей подобного типа (Sumin et al., 2016), а также ведение ими более нездорового образа жизни (Ginting et al., 2016).

Среди традиционно рассматриваемых факторов, влияющих на ИБС, большое внимание уделяется изучению роли стресса. Следует отметить, что наличие самой болезни является психотравмирующим фактором для пациента. Возможное ухудшение состояния, появление целого ряда ограничений, снижение качества жизни, безусловно, могут способствовать формированию эмоциональной напряженности. А психологический дистресс у больных ИБС, как показывают результаты современных исследований, связан с увеличением риска возникновения острых коронарных событий и смертности (Ndrepepa, 2017). Кроме того, стресс рассматривается в качестве независимого предиктора развития ИБС (Wirtz et al., 2017).

В рамках этого направления исследований большой интерес вызывает изучение на модели больных ИБС роли стресса и напряжения, связанных с рабочей деятельностью. Несмотря на приверженность многих авторов мнению о негативном влиянии профессионального стресса на ИБС (Strizhakov et al., 2016; Goldberg et al., 2017), имеющиеся на данный момент результаты некоторых исследований не могут внести четкой определенности по этой теме (Kivimäki et al., 2015; Li et al., 2015; Sara et al., 2018).

Известно, что развитие ИБС часто сопровождается у пациентов астеническим синдромом. Большинство работ, посвященных астении у пациентов с ИБС, сфокусированы на изучении этого состояния у женщин. Исследования указывают, что астения – самый распространенный продромальный симптом ИМ у женщин, а также частый симптом острого ИМ (Barrett, 2018; Blakeman et al., 2018). Женщины демонстрируют более высокие показатели интенсивности астении, чем мужчины (Eckhardt et al., 2014; Muller et al., 2017). Стоит отметить, что исследований астенического состояния у больных ИБС не так много,

что, вероятно, обусловлено трудностью в качественной оценке тяжести преимущественно полиморфных симптомов. Безусловно, определенную сложность может представлять дифференциальная диагностика астенических состояний при ИБС, в частности, разграничение соматогенной и психогенно обусловленной астении. Астенические проявления при сердечно-сосудистой патологии могут быть связаны с тяжестью соматического состояния, ограничением физической активности в результате основного заболевания (боли в груди, одышка при выполнении физической нагрузки). Тем не менее очевидным является и тот факт, что свой «вклад» в развитие астении могут вносить и психологические, психоэмоциональные факторы. Так, например, можно отметить и вероятное влияние на формирование астенической симптоматики наличия при ИБС сопутствующих депрессивных состояний, переживаний актуальных психотравмирующих событий, тревожных опасений, связанных с болезнью, и т. д. В целом астения при ИБС представляет собой сложный феномен, изучение которого является интересным в теоретическом аспекте и важным с практической точки зрения.

При рассмотрении дополнительных психологических факторов, влияющих на ИБС, многие исследователи выделяют в качестве важного предиктора развития заболевания наличие стресса и травматического события в раннем периоде жизни (например, физическое или сексуальное насилие) у женщин, у мужчин же подобной взаимосвязи не прослеживается (Mehta et al., 2016; Humphries et al., 2017; Vaccarino et al., 2017).

В заключение можно отметить, что, согласно данным обзора научной литературы, определенные особенности личности и психоэмоциональной сферы могут быть связаны с развитием ИБС. Тем не менее в описаниях психологических характеристик больных ИБС, представляемых разными исследователями, имеются различные данные о роли тех или иных психоэмоциональных и личностных факторов. Так, неоднозначным является взгляд на такие «традиционные психологические факторы», как поведенческие типы «А» и «D». Кроме того, и роль психоэмоциональных проявлений в виде тревоги и депрессии при сердечно-сосудистой патологии трактуется по-разному. Поэтому представляется в значительной степени актуальным дальнейшее все-

стороннее и комплексное изучение рассмотренных психоэмоциональных характеристик. По нашему мнению, такие исследования необходимо осуществлять с применением различных методов и методик (стандартизованных, количественных, качественных, проективных и т. д.), направленных не только на выявление выраженности тревоги и депрессии, но и на диагностику различных психологических проявлений (астения, агрессия и др.). Такой подход может обеспечить разработку наиболее эффективных мер по снижению неблагоприятного воздействия факторов риска, помочь улучшению качества первичной и вторичной профилактики за счет соответствующей психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Анализируя данные современной научной литературы об особенностях психоэмоциональной сферы пациентов с ИБС и патогенной роли различных психоэмоциональных факторов при указанном заболевании, можно сделать следующие выводы.

1. Наиболее распространенными при ИБС являются депрессивные и тревожные состояния. Во многих работах представлены данные о выраженной патогенной роли депрессии, но сведения о роли тревоги при ИБС – противо-

речивы. Отмечается, что, с одной стороны, тревожные состояния могут негативно влиять на прогноз болезни, но, с другой стороны, тревожность может способствовать сохранению приверженности лечению.

2. При описании личностных особенностей, свойственных пациентам с ИБС, традиционно рассматриваются личностные типы «А» и «D». Отмечается, что роль поведенческого типа А в возникновении ИБС неоднозначна. При этом подчеркивается негативная роль при ИБС таких проявлений в рамках данного типа, как враждебность и агрессивность. Имеющиеся в научной литературе сведения о роли типа «D» также характеризуются противоречивостью.

3. В рамках традиционно рассматриваемых факторов, влияющих на ИБС, особенно подчеркивается роль стресса. Имеются данные о негативной роли стресса и напряжений, связанных с рабочей деятельностью.

4. Несмотря на имеющийся значительный объем данных о психоэмоциональных особенностях пациентов с ИБС и роли психоэмоциональных факторов в этиопатогенезе сердечно-сосудистых заболеваний, необходимы дальнейшие комплексные исследования в рамках данного направления.

### Литература/References

1. Акимова Е.В., Акимов М.Ю., Гакова Е.И., Каюмова М.М., Гафаров В.В., Кузнецов В.А. Ассоциации высокого уровня враждебности и ишемической болезни сердца в открытой городской популяции среди мужчин 25–64 лет. *Терапевтический архив*. 2017. № 1. С. 28–31. [Akimova E.V., Akimov M.Yu., Gakova E.I., Kayumova M.M., Gafarov V.V., Kuznetsova V.A. [Associations between high levels of hostility and coronary heart disease in an open urban population among 25–64-year-old men]. *Ter Arkh.*, 2017, no. 1, pp. 28–31. (in Russ.)] DOI: 10.17116/terarkh201789128-31
2. AbuRuz M.E., Al-Dweik G. Depressive symptoms and complications early after acute myocardial infarction: gender differences. *Open Nurs J.*, 2018, vol. 12, pp. 205–214. DOI: 10.2174/1874434601812010205
3. Aggarwal N.R., Patel H.N., Mehta L.S., Sanghani R.M., Lundberg G.P., Lewis S.J., Mendelson M.A., Wood M.J., Volgman A.S., Mieres J.H. Sex differences in ischemic heart disease. *Circulation*, 2018, vol. 11. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004437
4. Albus C., Herrmann-Lingen C., Jensen K., Hackbusch M., Münch N., Kunczewicz C., Grilli M., Schwaab B., Rauch B. Additional effects of psychological interventions on subjective and objective outcomes compared with exercise-based cardiac rehabilitation alone in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.*, 2019. DOI: 10.1177/2047487319832393
5. Altino D.M., Nogueira-Martins L.A., Gonçalves M.A.B., Barros A.L.B.L., Lopes J.L. Impact of anxiety and depression on morbidity and mortality of patients with coronary syndrome. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018, vol. 71, no. 6, pp. 3048–3053. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0709
6. Barrett D. Fatigue is an important potential symptom of myocardial infarction in women. *Evidence-Based Nursing*, 2018, vol. 21, p. 113. DOI: 10.1136/eb-2018-102961
7. Bekendam M.T., Kop W.J., Barzilay S., Widdershoven J.W., Aarnoudse W., Denollet J.,

- Mommersteeg P.M.C. The predictive value of positive affect and Type D personality for adverse cardiovascular clinical outcomes in patients with non-obstructive coronary artery disease. *J Psychosom Res.*, 2018, no. 104, pp. 108–114. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2017.11.003
8. Bishop G.D. *Personality and Cardiovascular Disease: Overview*. In: Alvarenga M., Byrne D. (eds) *Handbook of Psychocardiology*, 2016, pp. 631–643. DOI:10.1007/978-981-287-206-7\_28
9. Blakeman J.R., Stapleton S.J. An integrative review of fatigue experienced by women before and during myocardial infarction. *J Clin Nurs.*, 2018, no. 27, pp. 906–916. DOI: 10.1111/jocn.14122
10. Blumenthal J.A., Feger B.J., Smith P.J., Watkins L.L., Jiang W., Davidson J., Hoffman B.M., Ashworth M., Mabe S.K., Babyak M.A., Kraus W.E., Hinderliter A., Sherwood A. Treatment of anxiety in patients with coronary heart disease: Rationale and design of the Understanding the benefits of exercise and escitalopram in anxious patients With coronary heart Disease (UNWIND) randomized clinical trial. *Am Heart J.*, 2016, vol. 176, pp. 53–62. DOI: 10.1016/j.ahj.2016.03.003
11. Blumenthal J.A., Sherwood A., Smith P.J., Watkins L., Mabe S., Kraus W.E., Ingle K., Miller P., Hinderliter A. Enhancing cardiac rehabilitation with stress management training: a randomized, clinical efficacy trial. *Circulation*, 2016, vol. 133, no. 14, pp. 1341–1350. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018926
12. Buckland S.A., Pozehl B., Yates B. Depressive symptoms in women with coronary heart disease: a systematic review of the longitudinal literature. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 2019, vol. 34, no. 1, pp. 52–59. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000533
13. Celano C.M., Daunis D.J., Lokko H.N., Campbell K.A., Huffman J.C. Anxiety disorders and cardiovascular disease. *Current psychiatry reports*, 2016, vol. 18, no. 11, p. 101. DOI: 10.1007/s11920-016-0739-5
14. Celano C.M., Millstein R.A., Bedoya C.A., Healy B.C., Roest A.M., Huffman J.C. Association between anxiety and mortality in patients with coronary artery disease: A meta-analysis. *Am Heart J.*, 2015, vol. 170, no. 6, pp. 1105–1115. DOI: 10.1016/j.ahj.2015.09.013
15. Chaddha A., Robinson E.A., Kline-Rogers E., Alexandris-Souphis T., Rubenfire M. Mental health and cardiovascular disease. *The American Journal of Medicine*, 2016, vol. 129, no. 11, pp. 1145–1148. DOI: 10.1016/j.amjmed.2016.05.018
16. Cohen B.E., Edmondson D., Kronish I.M. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *American Journal of Hypertension*, 2015, vol. 28, no. 11, pp. 1295–1302. DOI:10.1093/ajh/hpv047
17. De Hert M., Detraux J., Vancampfort D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues Clin Neurosci.*, 2018, vol. 20, no. 1, pp. 31–40.
18. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med*, 2005, no. 67, pp. 89–97.
19. Denollet J. Type D personality: a potential risk factor refined. *Psychosom Res*, 2000, no. 49, pp. 255–266.
20. Denollet J., Pederson S. Type D personality in patients with cardiovascular disorders. In R. Allan & J. Fisher (Eds.), *Heart and mind: The practice of cardiac psychology*. Washington, American Psychological Association, 2011, pp. 219–247.
21. Dhital P.S., Sharma K., Poudel P., Dhital P.R. Anxiety and Depression among Patients with Coronary Artery Disease Attending at a Cardiac Center, Kathmandu, Nepal. *Nursing research and practice*, 2018, vol. 2018, p. 6. DOI:10.1155/2018/4181952
22. Doyle F., McGee H., Conroy R., Conradi H., Meijer A., Steeds R., Sato H., Stewart D., Parakh K., Carney R., Freedland K., Anselmino M., Pelletier R., Bos E., de Jonge P. Systematic review and individual patient data meta-analysis of sex differences in depression and prognosis in persons with myocardial infarction: A MINDMAPS Study. *Psychosomatic Medicine*, 2015, vol. 77, no. 4, pp. 419–428. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000174
23. Eckhardt A.L., Devon H.A., Piano M.R., Ryan C.J., Zerwic J.J. Fatigue in the presence of coronary heart disease. *Nurs Res.*, 2014, vol. 63, no. 2, pp. 83–89. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000019
24. Friedman M., Rosenman R.H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *J Am Med Assoc.*, 1959, vol. 169, no. 12, pp. 1286–1296.

25. Gallagher J., Parenti G., Doyle F. Psychological aspects of cardiac care and rehabilitation: time to wake up to sleep? *Current Cardiology Reports*, 2015, vol. 17, no. 111. DOI: 10.1007/s11886-015-0667-8
26. Ginting H., van de Ven M., Becker E.S., Näring G. Type D personality is associated with health behaviors and perceived social support in individuals with coronary heart disease. *J Health Psychol.*, 2016, vol. 21, no. 5, pp. 727–737. DOI: 10.1177/1359105314536750
27. Goldberg M., Zins M. Le travail stressant et le cœur ne font pas bon ménage. *Med Sci (Paris)*, 2017, vol. 33, no. 11, pp. 991–996. DOI: 10.1051/medsci/20173311017
28. Humphries K. H., Izadnegahdar M., Sedlak T., Saw J., Johnston N., Schenck-Gustafsson K. et al. Sex differences in cardiovascular disease – Impact on care and outcomes. *Frontiers in neuroendocrinology*, 2017, no. 46, pp. 46–70. DOI: 10.1016/j.yfrne.2017.04.001
29. Khan S.A., Azhar S., Asad S.M., Iqbal A., Kousar R., Ahmad M., Taha A., Murtaza G. Assessment of anxiety and depression in hospitalized cardiac patients of Faisalabad Institute of Cardiology, Pakistan. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 2016, vol. 15, no. 11, pp. 2483–2488. DOI: 10.4314/tjpr.v15i11.25
30. Kivimäki M., Kawachi I. Work Stress as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *Current cardiology reports*, 2015, vol. 17 (9), p. 630. DOI: 10.1007/s11886-015-0630-8
31. Kozela M., Bobak M., Besala A., Micek A., Kubinova R., Malyutina S., Denisova D., Richards M., Pikhart H., Peasey A., Marmot M., Pajak A. The association of depressive symptoms with cardiovascular and all-cause mortality in Central and Eastern Europe: Prospective results of the HAPIEE study. *Eur J Prev Cardiol.*, 2016, vol. 23, no. 17, pp. 1839–1847. DOI: 10.1177/2047487316649493
32. Kupper N., Denollet J. Type D personality as a risk factor in coronary heart disease: a review of current evidence. *J. Curr Cardiol Rep.*, 2018, vol. 20, no. 104. DOI: 10.1007/s11886-018-1048-x
33. Li J., Zhang M., Loerbroks A., Angerer P., Siegrist J. Work stress and the risk of recurrent coronary heart disease events: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 2015, vol. 28, no. 1, pp. 8–19. DOI: 10.2478/s13382-014-0303-7
34. Lichtman J.H., Froelicher E.S., Blumenthal J.A., Carney R.M., Doering L.V., Frasure-Smith N., Freedland K.E., Jaffe A.S., Leifheit-Limson E.C., Sheps D.S., Vaccarino V., Wulsin L. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 2014, vol. 129, pp. 1350–1369. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000019
35. Mehta L.S., Beckie T.M., DeVon H.A., Grines C.L., Krumholz H.M., Johnson M.N., Lindley K.J., Vaccarino V., Wang T.Y., Watson K.E., Wenger N.K. Acute myocardial infarction in women: a scientific statement from the American heart association. American heart association cardiovascular disease in women and special populations committee of the council on clinical cardiology, council on epidemiology and prevention, council on cardiovascular and stroke nursing, and council on quality of care and outcomes research. *Circulation*, 2016, vol. 133, no. 9, pp. 916–947. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000351
36. Meneghetti C.C., Guidolin B.L., Zimmermann P.R., Sfoggia A. Screening for symptoms of anxiety and depression in patients admitted to a university hospital with acute coronary syndrome. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 2017, vol. 39, no. 1, pp. 12–18. DOI: 10.1590/2237-6089-2016-0004
37. Meyer T., Hussein S., Lange H.W., Herrmann-Lingen C. Type D personality is unrelated to major adverse cardiovascular events in patients with coronary artery disease treated by intracoronary stenting. *Ann Behav Med.*, 2014, vol. 48, no. 2 pp. 156–162. DOI: 10.1007/s12160-014-9590-2
38. Mostofsky E., Penner E.A., Mittleman M.A. Outbursts of anger as a trigger of acute cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J.*, 2014, vol. 35, no. 21, pp. 1404–1410. DOI: 10.1093/eurheartj/ehu033
39. Muller A., Alves De F.A.D., Almeida Lopes Monteiro Da Cruz D., Gengo E Silva R.C. P619 Characterization of fatigue in patients with chronic coronary artery disease, *European Heart Journal*, 2017, vol. 38, is. suppl\_1. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx501.P619

40. Nasiłowska-Barud A., Zapolski T., Barud M., Wysokiński A. Overt and covert anxiety as a toxic factor in ischemic heart disease in women: the link between psychological factors and heart disease. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 2017, vol. 23, pp. 751–758. DOI: 10.12659/MSM.902544
41. Ndrepepa G. Psychological distress and mortality in stable coronary heart disease: persistence of high distress means increased risk. *Heart*, 2017, vol. 103, pp. 1840–1841.
42. Pelletier R., Bacon S.L., Arsenault A., Dupuis J., Laurin C., Blais L., Lavoie K.L. Relative associations between depression and anxiety on adverse cardiovascular events: does a history of coronary artery disease matter? A prospective observational study. *BMJ Open*, 2015, vol. 5, no. 12. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006582
43. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., Albus C., Brotons C., Catapano A.L., et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J.*, 2016, no. 37 (29), pp. 2315–81. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw106
44. Pimple P., Shah A., Rooks C., Bremner J.D., Nye J., Ibeanu I., Murrah N., Shallenberger L., Kelley M., Raggi P., Vaccarino V. Association between anger and mental stress-induced myocardial ischemia. *American heart journal*, 2014, vol. 169, no. 1, no. art. 115–121.e2. DOI: 10.1016/j.ahj.2014.07.031
45. Pogosova N., Saner H., Pedersen S.S. et al. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: from theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol.*, 2015, vol. 22, pp. 1290–1306. DOI: 10.1177/2047487314543075
46. Prata J., Martins A.Q., Ramos S., Rocha-Gonçalves F., Coelho R. Female psychological adjustment following an acute coronary syndrome. *Acta Med Port.*, 2017, vol. 30, no. 5, pp. 373–380. DOI: 10.20344/amp.7871
47. Pushkarev G., Denollet J., Kuznetsov V., Spek V., Yaroslavskaya E. Type D personality in Russian patients with cardiovascular disease: validity of the Russian DS14 (DS14-RU). *BMC cardiovascular disorders*, 2019, vol. 19 (1), p. 78. DOI: 10.1186/s12872-019-1056-9
48. Reavell J., Hopkinson M., Clarkesmith D., Lane D. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 2018, vol. 80, no. 8, pp. 742–753. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000626
49. Rohit R.V., Chauhan R.B., Trivedi A.V. Type A personality & coronary artery disease: A case control study. *J Res Med Den Sci*, 2016, vol. 4, no. 1, pp. 50–53. DOI: 10.5455/jrmds.20164111
50. Sahoo S., Padhy S.K., Singla N., Sarkar S. Role of personality in cardiovascular diseases: An issue that needs to be focused too! *Indian Heart J.*, 2018, vol. 70, pp. S471–S477. DOI: 10.1016/j.ihj.2018.11.003
51. Sara J.D., Prasad M., Eleid M.F., Zhang M., Widmer R.J., Lerman A. Association between work related stress and coronary heart disease: a review of prospective studies through the job strain, effort reward balance, and organizational justice models. *Journal of the American Heart Association*, 2018, vol. 7, no. 9. DOI: 10.1161/JAHA.117.008073
52. Schmidt K., Quadros A.S., Moura M.R., Gottschall C., Schmidt M.M. Anger and coronary artery disease in women submitted to coronary angiography: a 48-month follow-up. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 2018, vol. 111, no. 3, pp. 410–416. DOI: 10.5935/abc.20180165
53. Sin N.L., Kumar A.D., Gehi A.K., Whooley M.A. Direction of association between depressive symptoms and lifestyle behaviors in patients with coronary heart disease: the heart and soul study. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 2016, vol. 50, no. 4, pp. 523–532. DOI: 10.1007/s12160-016-9777-9
54. Strizhakov L.A., Lebedeva M.V., Fomin V.V., Muhin N.A. Occupational factors and a risk of cardiovascular diseases. *Ter Arkh.*, 2016, vol. 88, no. 9, pp. 125–130. DOI: 10.17116/terarkh2016889125-130.

55. Sumin A.N., Raih O.I. Influence of Type D Personality on Adherence to Treatment in Cardiac Patients. *Kardiologiya*, 2016, vol. 56, no. 7, pp. 78–83.
56. Timmermans I., Versteeg H., Duijndam S., Graafmans C., Polak P., Denollet J. Social inhibition and emotional distress in patients with coronary artery disease: The type D personality construct. *Journal of Health Psychology*, 2017. DOI: 10.1177/1359105317709513
57. Tully P.J., Cosh S.M. Generalized anxiety disorder prevalence and comorbidity with depression in coronary heart disease: a meta-analysis. *J Health Psychol.*, 2013, vol. 18, no.12 pp. 1601-1616. DOI: 10.1177/1359105312467390
58. Vaccarino V., Bremner J.D. Behavioral, emotional and neurobiological determinants of coronary heart disease risk in women. *Neurosci Biobehav Rev.*, 2017, no. 74 (Pt B), pp. 297–309. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.04.023
59. Vukovic O., Tosevski D.L., Jasovic-Gasic M., Damjanovic A., Zebic M., Britvic D., Stepanovic J., Djordjevic-Dikic A., Beleslin B., Ostojic M. Type D personality in patients with coronary artery disease. *Psychiatria Danubina*, 2014, vol. 26, no. 1, pp. 46–51.
60. Watkins L.L., Koch G.G., Sherwood A., Blumenthal J.A., Davidson J.R., O'Connor C., Sketch M.H. Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. *J Am Heart Assoc.*, 2013, vol. 2, no. 2. DOI: 10.1161/JAHA.112.000068
61. Wirtz P.H., von Känel R. Psychological stress, inflammation, and coronary heart disease. *Curr Cardiol Rep.*, 2017, vol. 19, no. 111. DOI: 10.1007/s11886-017-0919-x
62. Wrenn K.C., Mostofsky E., Tofler G.H., Muller J.E., Mittleman M.A. Anxiety, anger, and mortality risk among survivors of myocardial infarction. *The American journal of medicine*, 2013, vol. 126, no. 12, pp. 1107–1113. DOI: 10.1016/j.amjmed.2013.07.022
63. Wu Q., Kling J.M. Depression and the risk of myocardial infarction and coronary death: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Medicine (Baltimore)*, 2016, vol. 95, no. 6. DOI: 10.1097/MD.0000000000002815

**Великанов Арсений Апетович**, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры гуманитарных наук, медицинский психолог, отделение психологии, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург, Россия), arsen.velikanov@gmail.com; ORCID 0000-0003-4270-4818

**Столярова Анна Александровна**, психолог, волонтер, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург, Россия), anna.stoljarova@gmail.com; ORCID 0000-0002-9506-9021

**Круглова Надежда Евгеньевна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена (Санкт-Петербург, Россия), nkruglova2016@yandex.ru; ORCID 0000-0002-0733-1641

**Демченко Елена Алексеевна**, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории реабилитации; Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург, Россия), elenademchenko2006@rambler.ru; ORCID 0000-0002-7173-0575

*Поступила в редакцию 14 января 2020 г.*

## PSYCHOEMOTIONAL FEATURES IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE: LITERATURE REVIEW

A.A. Velikanov<sup>1</sup>, arsen.velikanov@gmail.com; ORCID 0000-0003-4270-4818

A.A. Stoljarova<sup>1</sup>, anna.stoljarova@gmail.com; ORCID 0000-0002-9506-9021

N.E. Kruglova<sup>2</sup>, nkruglova2016@yandex.ru; ORCID 0000-0002-0733-1641

E.A. Demchenko<sup>1</sup>, elenademchenko2006@rambler.ru; ORCID 0000-0002-7173-0575

<sup>1</sup> Almazov National Medical Research Centre, Saint-Petersburg, Russian Federation

<sup>2</sup> Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint-Petersburg, Russian Federation

**Background:** Coronary heart disease (CHD) is one of the most common diseases and the most common cause of death worldwide. It is known that psychosocial factors have a definite effect on the development and course of CHD. In this regard, the study of the psychoemotional characteristics of patients with CHD and their psychological features seems to be extremely important for the development and improvement of preventive measures, as well as psychotherapeutic work with this group of patients. **Aim:** The article aims to analyze modern foreign studies for considering the psychoemotional factors and psychological characteristics inherent in patients with coronary artery disease, as well as their impact on the development, course, and outcome of the disease. **Conclusion:** The present work studies and summarizes the digest of scientific literature on the features of the psychoemotional sphere of patients with coronary heart disease (CHD). The information about the link between psychoemotional factors and CHD is presented. In particular, a review of the role of anxiety and depression in CHD is presented. It is noted that describing the psychoemotional characteristics of patients with CHD requires taking into account not only the likely symptoms of anxiety and depressive disorders but such manifestations as hostility, fatigue, and stress. The present study shows that the role of traditional psychological factors in CHD is disputable and ambiguous. According to the results of the review, a comprehensive study of psychoemotional and personal characteristics in patients with cardiovascular pathology is essential to improve means for correcting psychological risk factors of CHD and its consequences, as well as for reducing their negative impact.

**Keywords:** coronary heart disease, anxiety, depression, hostility, fatigue, type A personality, type D personality.

Received 14 January 2020

### ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Особенности психоэмоциональной сферы пациентов с ишемической болезнью сердца: обзор исследований / А.А. Великанов, А.А. Столярова, Н.Е. Круглова, Е.А. Демченко // Психология. Психофизиология. – 2020. – Т. 13, № 1. – С. 23–33. DOI: 10.14529/jpps200103

### FOR CITATION

Velikanov A.A., Stoljarova A.A., Kruglova N.E., Demchenko E.A. Psychoemotional Features in Patients with Coronary Heart Disease: Literature Review. *Psychology. Psychophysiology*. 2020, vol. 13, no. 1, pp. 23–33. (in Russ.). DOI: 10.14529/jpps200103