

ОБЗОРЫА.Н.Алехин¹, Е.А.Трифорова^{1,2}, Д.С.Лебедев³, Е.Н.Михайлов³**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В АРИТМОЛОГИИ (НА МОДЕЛИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ)**¹*Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена,*²*Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева,*³*ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова Федерального агентства по высокотехнологической медицинской помощи», Санкт-Петербург*

Рассматриваются результаты исследований по психологическим аспектам фибрилляции предсердий, показано, что несмотря на значительные успехи в изучении психологических проблем при фибрилляции предсердий, остается целый ряд вопросов, нуждающихся в более глубоком изучении.

Ключевые слова: аритмия, фибрилляция предсердий, психологические проблемы, психосоциальная адаптация, качество жизни, отношение к болезни, психосоматические-соматопсихические соотношения

The results of studies in psychological aspects of atrial fibrillation are considered. It was shown that, despite a considerable progress in studying psychological issues associated with atrial fibrillation, a number of problems still need in-depth studies.

Key words: arrhythmia, atrial fibrillation, psychological problems, psychosocial adaptation, quality of life, attitude toward disease, psychosomatic-somatopsychic interrelations.

Усиление интеграционных процессов в науках о человеке является общепризнанной тенденцией, которая находит свое отражение как на теоретико-методологическом уровне, так и на уровне практических исследований [18]. В медицине интеграционные процессы связаны с признанием биопсихосоциальной модели здоровья/болезни, служащей основанием для сотрудничества врачей-соматологов и специалистов в области психического здоровья (клинических психологов, психиатров, психотерапевтов) в диагностическом и лечебно-восстановительном процессах [11]. Оставляя в стороне весьма острый вопрос о барьерах во взаимопонимании между специалистами естественнонаучной и гуманитарной ориентации, а также об отсутствии нормативно-правовых и организационных оснований для работы психолога в соматической клинике, следует подчеркнуть, что в настоящее время развиваются предпосылки для реализации междисциплинарного подхода в исследованиях и практике оказания помощи пациентам с соматическими заболеваниями.

Прежде всего, качество жизни, являющееся мерой благополучия человека (здорового и больного), признается сегодня профессиональным сообществом как один из основных критериев эффективности медицинских вмешательств. Такой статус качества жизни при всей проблематичности его «измерения» отражает важную тенденцию возрастания внимания к личности больного, его переживаниям, повседневным заботам, актуальным потребностям и ценностям [2]. Кроме того, интерес к качеству жизни, субъективной картине болезни пациента можно рассматривать как попытку преодоления возрастающего отчуждения от пациента, которое является обратной стороной расширяющихся технологических возможностей и потенциальных границ вмешательства медицины. Закономерным в связи с этим представляется само возникновение и все более глубокое понимание значимости идей биоэтики - об-

ласти исследования этических проблем, возникающих в системе «человек - биомедицина» [13].

С другой стороны, сближению позиций соматически ориентированных врачей и специалистов в сфере психического здоровья способствует осознание пределов эффективности био-центрированных методов лечения, очевидной и эмпирически подтвержденной зависимости характера течения и исхода заболевания от психического состояния и личностных особенностей пациента во всем многообразии их проявлений.

Не будет преувеличением сказать, что к настоящему времени накоплен весьма обширный эмпирический материал, характеризующий сложные психосоматические-соматопсихические соотношения практически при всех известных видах соматической патологии. Наибольший удельный вес в этих исследованиях занимают работы, посвященные заболеваниям сердца [17]. Это связано прежде всего с социальной значимостью, традиционно высокой распространенностью и жизнеугрожающим характером большинства кардиологических расстройств. Кроме того, заболевания сердца являются одной из наиболее иллюстративных моделей сложных психосоматических-соматопсихических взаимодействий, что обусловлено очевидной вовлеченностью сердечнососудистой системы в процесс эмоционального реагирования человека, а также особой культурально детерминированной семантикой сердца (а следовательно, особой значимостью нарушений его деятельности) [3]. Не случайно проявления сердечной дисфункции занимают важное место в структуре соматоформной симптоматики при психических расстройствах: при кардионеврозе, других формах соматоформных и ипохондрических расстройств, при тревожно-фобических и панических расстройствах, при депрессии (симптом «предсердной тоски») и др. [14, 25, 41].

Традиционно внимание специалистов в области психокardiологии сосредоточено на больных с ише-

мической болезнью сердца [15, 16, 17, 29, 23], и лишь относительно недавно на волне развития новых медицинских (диагностических, интервенционных, хирургических) технологий и возрастающей специализации в медицине стали оформляться новые области исследования, выдвигающие на первый план психологические особенности и трудности больных с другими формами патологии сердца. Среди них важное место занимают аритмии и, в частности, наиболее распространенная форма нарушения ритма сердца - фибрилляция предсердий (ФП). Как известно, ФП является наджелудочковой формой тахикардии, характеризуется наличием некоординированности возбуждения предсердий и нарушения их механической функции [7]. ФП выявляется у 1% взрослого населения [43], предрасполагает к развитию сердечной недостаточности, является одной из наиболее частых причин инвалидирующих церебральных тромбоэмболий и повторных госпитализаций.

Сама специфика болезни (клинические проявления, последствия, характер лечения) определяет ее существенное влияние на актуальную жизненную ситуацию и систему личностных отношений больного, что связано со следующими обстоятельствами.

- Страдает жизненно важный орган (сердце), что в значительной мере определяет личностную реакцию на болезнь.
- ФП в большинстве случаев развивается на фоне других соматических заболеваний, отягощая их течение.
- Болезнь существенно ограничивает функциональные возможности пациента.
- При пароксизмальной форме приступы аритмии для большинства пациентов труднопрогнозируемы, что приводит к развитию тревожного ожидания или чувства беспомощности.
- Постоянная (персистирующая) ФП сопровождается болезненным переживанием неестественности ритма сердца, его «чуждости».
- Существует риск инвалидирующих осложнений заболевания.
- Ряд диагностических процедур и большинство методов немедикаментозного лечения при ФП носит стрессогенный характер.
- Лекарственная терапия доступными сегодня препаратами обладает сравнительно низкой эффективностью и снижает частоту и длительность пароксизмов аритмии только у 40% пациентов [37]. Хирургическое и интервенционное лечение (катетерная абляция) ФП позволяет добиться полного устранения симптоматичных нарушений ритма не у всех пациентов (по разным данным, от 28% до 85,3% при катамнезе 1 год) [63].
- Церебральные осложнения ФП (как острые, так и хронические) могут оказывать значимое влияние на психическую деятельность и функциональные возможности больного.

Таким образом, ФП, являясь патологическим состоянием и одновременно психотравмирующим обстоятельством, может приводить к существенному снижению качества жизни пациента. Вместе с тем следует отметить и другой аспект взаимосвязи соматического и психического при ФП: потенциальное влияние психо-

логических особенностей человека на риск развития, характер течения нарушения сердечного ритма и медицинский прогноз. Такое влияние может быть как непосредственным (связанным с биохимическими, нейроэндокринными изменениями при неблагоприятных эмоциональных состояниях), так и опосредованным поведением пациента, которое, в свою очередь, детерминировано комплексом усвоенных представлений и установок.

Разграничить влияние психологических характеристик пациента на соматическое состояние и влияние соматического статуса на психическое состояние и личность чрезвычайно затруднительно, а при уже развившемся заболевании фактически невозможно. Психосоматические-соматопсихические связи образуют «порочный круг»: психологические и психопатологические предпосылки ФП могут не только повышать риск её развития, но и неблагоприятно влиять на её течение; в свою очередь, неблагоприятное течение ФП может создавать условия для развития психических расстройств и психологических трудностей, еще более ухудшающих медицинский прогноз. Безусловно, каждый конкретный пациент с ФП обладает своими уникальными психологическими и соматическими характеристиками, имеет свою, особую, историю развития заболевания, формирования и поддержания психосоматических-соматопсихических зависимостей. Вместе с тем знание общих тенденций и характерных сочетаний соматических и психических нарушений при ФП позволяет определить наиболее перспективные направления психологического сопровождения диагностического и лечебно-восстановительного процесса, повысить эффективность взаимодействия врачей-аритмологов и специалистов в области психического здоровья с целью улучшения качества жизни и медицинского прогноза больных.

Доступные к настоящему времени данные исследований по указанной проблеме могут быть систематизированы следующим образом:

- психологические факторы риска развития ФП;
- психологические факторы риска пароксизмов и рецидива ФП;
- психический статус (психические расстройства и нарушения психической адаптации) больных при ФП;
- отношение к заболеванию и лечению и качество жизни больных ФП.

Психологические факторы риска развития ФП

Следует отметить, что поиск психологических причин (или, по крайней мере, условий) развития сердечнососудистых заболеваний, включая нарушения ритма сердца, - область исследований, имеющая весьма глубокие корни в ортодоксальной психосоматике, ведущей начало от работ З.Фрейда. В частности, еще Франц Александер в своем классическом труде 1950 г. «Психосоматическая медицина: принципы и практическое применение» («Psychosomatic medicine: its principles and applications») [24], рассматривая психогенез аритмий, писал: «Говоря о специфичности эмоциональных факторов, можно сказать, что хроническая беспредметная тревога и подавляемые агрессивные импульсы являются важными эмоциональными факторами при

таких расстройствах. Агрессивность стимулирует тревогу, которая, образуя типичный невротический порочный круг, в свою очередь, усиливает агрессивность». На подверженность больных аритмиями тревожным состояниям, гневу и депрессии указывается и в первых систематических психосоматически ориентированных исследованиях данной категории больных [31].

В дальнейшем развитии данной области исследований значительную роль сыграли разработки американских кардиологов M.Friedman и R.Rosenman [36]. В 1960-е годы ими был выделен и описан паттерн поведения, независимо от других известных факторов риска повышающий вероятность развития ишемической болезни сердца, - так называемый поведенческий тип А («коронарный тип»), характеризующийся разнообразными проявлениями амбициозности, соревновательности, нетерпеливости, сверхвовлеченности в работу (или другую деятельность), агрессивности, стремления к доминированию [16, 64, 73]. В дальнейшем в его структуре был выделен психологический конструкт враждебности, которая рассматривается как комплекс устойчивых антагонистических установок по отношению к окружающим [80]. В исследованиях было показано влияние враждебности на риск развития метаболического синдрома, ишемической болезни сердца и гипертонической болезни, неблагоприятного течения других форм хронической соматической патологии (бронхиальной астмы, сахарного диабета и др.), смертности в целом [5, 69]. В настоящее время враждебность рассматривается как один из наиболее перспективных психологических конструктов в плане выделения психосоматических зависимостей, однако воспроизводимость результатов остается несколько проблематичной [39], что заставляет лишь с осторожностью интерпретировать любые положительные результаты в данной области, тем более, как в случае с ФП, когда исследования немногочисленны.

Фактически к настоящему времени проведено лишь одно масштабное проспективное исследование психологических факторов риска ФП - в рамках известной программы «Framingham Offspring Study». Исследование включило 3800 взрослых испытуемых (от 17 до 77 лет) с 10-летним периодом наблюдения [34]. Было установлено, что, вне зависимости от известных факторов риска, склонность к переживанию гнева и враждебность достоверно повышают вероятность развития ФП у мужчин (но не у женщин). Также было выявлено, что в качестве фактора риска развития ФП у мужчин может рассматриваться состояние нервно-психического напряжения (tension), оцениваемое по самоотчетам о частом переживании беспокойства, нервозности, тревоги, невозможности расслабиться, нарушениях сна [33].

Роль эмоционального напряжения как предиктора развития ФП в раннем периоде после открытой операции на сердце была также продемонстрирована в исследовании P.Tully и соавт. [76]. Отслеживая эмоциональное состояние больных до и после кардиохирургического вмешательства, авторы установили, что переживание тревоги в постоперационный (но не дооперационный) период связано с повышенным риском

развития ФП. Таким образом, согласно проведенным исследованиям, состояние эмоциональной напряженности с аффективной модальностью гнева и тревоги способствуют развитию ФП у мужчин, а при наличии предрасполагающей сердечной патологии тревога может провоцировать осложнения при кардиохирургическом вмешательстве в виде ФП как у мужчин, так и у женщин.

Фактически приведенные выше исследования (по нашим сведениям) являются к настоящему времени единственными работами, позволяющими предположить роль эмоциональных состояний в возникновении ФП. Следует отметить, что хотя депрессивные расстройства рассматриваются в качестве эмпирически подтвержденного фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС, гипертонической болезни, инсульта) [61], аналогичных проспективных исследований с оценкой риска ФП не проводилось.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПАРОКСИЗМОВ И РЕЦИДИВА ФП

Роль стресса и негативных эмоций в провокации обострений заболеваний сердца (стенокардии, инфаркта миокарда, аритмий) известна как из практического, житейского опыта, так и по результатам исследований [29]. Проведя систематический обзор исследований (за 1970-2004 г.г.) поведенческих и эмоциональных триггеров острого коронарного синдрома P.C.Strike, A.Stepto [71] заключают, что в настоящее время есть адекватные эмпирические основания для вывода о роли повышенных физических нагрузок (особенно при их нерегулярности), эмоционального стресса, переживания гнева и чрезмерного волнения в провокации инфаркта миокарда и внезапной сердечной смерти у лиц с неблагоприятными предрасполагающими факторами (сердечно-сосудистыми заболеваниями). В отношении стрессовых событий, в частности, эпидемиологические данные свидетельствуют о резком возрастании госпитализаций в связи с инфарктом миокарда в дни стихийных бедствий, террористических актов, в утренние часы понедельников, в дни значимых спортивных состязаний (обострения сердечно-сосудистых заболеваний чаще наблюдаются у болельщиков проигравшей стороны). В нескольких исследованиях с использованием дневниковых самоотчетов об эмоциональном состоянии в течение дня и за 15 минут - 2 часа до приступа было показано, что острый коронарный синдром чаще развивается на фоне переживания гнева.

Близкие результаты были получены и при изучении поведенческих и эмоциональных триггеров желудочковых аритмий. Большая часть подобных исследований проводилась с участием пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами (условие, значительно облегчающее мониторинг деятельности сердца пациентов). Показано, что риск жизнеопасных желудочковых тахикардий увеличивается при остром стрессе [83] и в целом при возрастании стрессовых нагрузок (в частности, в понедельник) [62]. В экспериментальных условиях умственные нагрузки (решение математических задач) и эмоциональный стресс (эмоциональная провокация критическими

репликами) способствуют дестабилизации деятельности сердца у лиц с желудочковыми аритмиями (альтернации Т-волн, длительность цикла тахикардии) в противоположность здоровым испытуемым [45, 48]. По результатам мониторинга также убедительно была показана возможность провокации эпизода желудочковой аритмии (в том числе требующей разряда кардиовертера-дефибрилятора) физическими нагрузками и переживанием гнева [47, 49].

К сожалению, несмотря на значительную распространенность ФП, исследования психологических триггеров пароксизмов данной формы аритмии немногочисленны. К настоящему времени известно, что риск приступа ФП зависит от времени суток (чаще утром и вечером), дня недели (по данным масштабного израильского исследования риск существенно снижен в выходной день - субботу), времени года (риск возрастает в осенне-зимний сезон) [79]. В нескольких исследованиях с использованием ретроспективных самоотчетов было продемонстрировано, что эмоциональный стресс может выступать в качестве провокатора пароксизма ФП при ее идиопатической форме. Так, целенаправленный опрос 100 пациентов, госпитализированных в связи с приступом идиопатической ФП [38], показал, что 54% обследованных связывают приступ с предшествующим ему переживанием эмоционального стресса. Стресс явился наиболее частым из указываемых пациентами триггеров пароксизма; за ним по частоте следовали физические нагрузки (42%) и утомление / усталость (41%).

Обследовав 400 пациентов с первым приступом идиопатической ФП, A.V.Mattioli и соавт. [54, 55] установили, что предшествующий приступу период (30 дней) характеризовался у большинства повышенной стрессовой нагрузкой (средний показатель по шкале самоотчета о существенных жизненных событиях превышал таковой в контрольной группе здоровых). При этом у пациентов со стрессогенной провокацией приступа значительно чаще отмечалось спонтанное восстановление синусового ритма. Примечательно, что у этой категории пациентов авторы обнаружили и большую представленность поведенческих паттернов, относящихся к упомянутому выше типу А.

Следует отметить, что лица с идиопатической ФП не случайно привлекают внимание исследователей. Очевидно, что именно на этой модели есть вероятность выявить относительно «чистые» психосоматические зависимости, однако успехи данного направления пока невелики. Число работ, посвященных факторам риска идиопатической ФП хотя и растет в последние годы, все же невелико. Высказываются предположения о генетической обусловленности идиопатической ФП, есть свидетельства связи ФП с чрезмерными физическими (спортивными) нагрузками [46].

Описанными исследованиями фактически ограничивается доступная к настоящему времени информация о внебиологических факторах риска пароксизмов при ФП. Более того, и имеющиеся исследования не лишены ограничений, связанных с особенностями организации и методики обследования. Прежде всего, искажения может вносить ретроспективный характер

самоотчета пациентов, влияние их актуального эмоционального состояния и обстоятельств болезни на оценку предшествующих событий, смешение собственно тревоги/гнева и вегетативных эквивалентов приближающегося приступа.

Несколько более широкие возможности прогностической оценки представляет изучение роли эмоциональных состояний в повышении риска рецидива нарушения ритма сердца. В исследовании H.Lange, C.Herrmann-Lingen [52] у 54 пациентов с персистирующей ФП с помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS) оценивалась выраженность соответствующих симптомов до процедуры электрической кардиоверсии. В течение последующих 2 месяцев рецидив нарушения ритма был отмечен у половины пациентов. Эти больные исходно имели достоверно более высокие показатели выраженности проявлений депрессии (но не тревоги), что позволило авторам сделать вывод о прогностически неблагоприятной роли угнетенного настроения и иных симптомов депрессивного спектра с точки зрения возможности рецидива нарушений ритма сердца после немедикаментозного вмешательства. Описанные результаты согласуются с выводами исследователей о патогенном влиянии депрессивных расстройств и субдепрессивных состояний на медицинский прогноз при ФП [35].

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ПРИ ФП

Данные о распространенности психических нарушений у больных с ФП весьма противоречивы в связи с неоднородностью обследованных выборок по клиническим характеристикам и различиями в методических подходах. Общий вывод, однако, состоит в том, что наличие ФП ассоциировано с более высоким риском психических расстройств и нарушений психической адаптации (по некоторым данным, их распространенность достигает среди больных ФП 70-80%) [19]. Характер патологии, определяемый вовлеченностью сердечно-сосудистой системы, вероятностью тромбозомболических осложнений, психотравмирующими последствиями, обуславливает повышенное внимание исследователей к когнитивным дисфункциям и дезадаптивным личностным реакциям на заболевание и лечение (нозогенным расстройствам).

Когнитивные нарушения

К настоящему времени накоплены убедительные свидетельства повышенного риска сосудистых и нейродегенеративных деменций у больных с ФП [32]. В частности, в длительном когортном исследовании 2837 пациентов в возрасте 71 ± 15 лет с впервые выявленной ФП вероятность развития деменции в последующие 4,6 года составила 22,5 на 1 тыс. человек в год (по сравнению с 6,8 на 1 тыс. человек в год в общей популяции) [59]. Аналогичные результаты были получены в недавнем американском исследовании (в рамках «Intermountain Heart Collaborative Study»), включившем 37025 пациентов в возрасте преимущественно от 40 до 80 лет с 5-летним периодом наблюдения [26]. Было установлено, что наличие ФП связано с повышенным риском старческой и сосудистой деменции, а также деменции при болезни Альцгеймера.

Среди наиболее вероятных патофизиологических механизмов связи ФП и деменции выделяют «немые» тромбоэмболические церебральные ишемии, а также церебральную гипоперфузию вследствие колебаний сердечного выброса. Как и в других клинических группах, дополнительными факторами риска являются пожилой и старческий возраст, сопутствующие депрессивные расстройства, инсульты в анамнезе, ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь, проживание в одиночестве. Показано, что когнитивные нарушения снижают приверженность антикоагулянтной терапии, что, в свою очередь, по механизму «порочного круга», увеличивает вероятность тромбоэмболических осложнений и дальнейшего когнитивного снижения [77]. В связи с этим особого внимания заслуживает отмечаемая рядом авторов проблема гиподиагностики и ФП, и деменции, и депрессивных расстройств у пожилых людей [27].

В научно-практическом плане остается недостаточно изученным соотношение ФП и когнитивной дисфункции, не достигающей клинически значимой степени выраженности, то есть уровня легкого когнитивного расстройства и тем более деменции. Очевидно, что у социально активных больных (в допензионном возрасте), больных с идиопатической формой ФП вероятность деменции невысока, а последствия ФП для когнитивного функционирования могут быть неглубокими, но все же создающими определенные трудности в повседневной жизни. Кроме того, открытым остается вопрос о влиянии на когнитивные функции интервенционного и хирургического лечения ФП. Он представляется значимым в связи с появляющимися эмпирическими свидетельствами возрастания риска «немых» церебральных тромбоэмболических ишемий и сопутствующей им неблагоприятной динамики нейропсихологических (нейрокогнитивных) характеристик больных в результате катетерной аблации [53, 66, 67]. Также в доступных к настоящему времени работах не учитывается влияние на успешность выполнения когнитивных проб характерных для больных неврозоподобных нарушений. Последние могут обуславливать ложный эффект когнитивного снижения и, соответственно, гипердиагностику когнитивных расстройств.

Неврозоподобные расстройства при ФП

В структуре неврозоподобных расстройств при ФП (как и при большинстве соматически заболеваний) центральное место занимают астенические, тревожные и депрессивные. Повышенная утомляемость, ощущение недостатка энергии и жизненных сил, упорная слабость - весьма типичные жалобы больных с ФП, позволяющие предположить наличие расстройств астенического круга. О тенденции к развитию астении свидетельствуют и результаты исследований качества жизни больных ФП (типичными, в частности, являются пониженные показатели по шкале витальности) [28, 74]. Вместе с тем систематического изучения нарушений астенического круга при ФП пока не проводилось, диагнозы «неврастения» или «органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство» у этих больных чрезвычайно редки, что обусловлено, по-видимому, тенденцией к «нормализации» жалоб на

повышенную утомляемость, их «объяснимостью» соматическим состоянием, трудностями разграничения соматически и личностно обусловленных изменений психического тонуса.

Значительно большее внимание специалистов привлекают тревожные и депрессивные расстройства, по данным исследований, достоверно более распространенные среди больных ФП. Сопоставимость результатов разных исследований этой проблемы несколько затруднительна ввиду использования разных методических подходов (клинико-психопатологический метод или тест-опросники), а также неоднородности клинических групп.

Согласно данным S.Suzuki, H.Kasanuki [72], полученным при обследовании 240 пациентов с пароксизмальной формой ФП, у 29,5% больных может быть диагностирована агорафобия - тревожное расстройство, проявляющееся навязчивым страхом определенных мест и ситуаций (толпы, открытого пространства, транспорта) и их упорным избеганием. При этом фабула страха у пациентов связана именно с приступом аритмии (страхом его начала в определенной ситуации). О.В.Евсина [4], обследовав 112 госпитализированных больных с различными формами ФП, выявила клинически значимую тревогу у 26,8% и тревожно-депрессивные реакции - у 8%. Несколько более высокие показатели приводят исследователи, использовавшие тест-опросники для оценки тревожности (как актуального состояния и как личностной черты): повышенные показатели тревожности выявляются у 28-39,4% пациентов с ФП [9, 50, 75].

Расстройства депрессивного спектра менее характерны для больных с ФП: клинически значимые (преимущественно легкие) депрессии диагностируются у 13,4% больных с разными формами ФП [4]; повышенные показатели выраженности депрессивной симптоматики (по клиническим опросникам и шкалам), согласно разным данным, - у 10-38% [28, 35, 50, 75].

Сведения о связи характера эмоциональных нарушений с формой ФП противоречивы. Согласно одним исследованиям, форма ФП не связана с преобладающим эмоциональным фоном [28], согласно другим работам - такая зависимость существует. В частности, В.В.Ломакин и соавт. [9], а также Т.В.Крытова [6] указывают на преобладание расстройств тревожного спектра у больных с пароксизмальной формой и депрессивных - у больных с персистирующей формой. По данным О.В.Евсиной [4], наоборот: у пациентов с рецидивирующей формой ФП при пароксизмальной форме преобладает депрессия, а при персистирующей форме - тревога.

Среди факторов риска тревожных и депрессивных расстройств у больных ФП выделяют женский пол, принадлежность к старшей возрастной группе, наличие гипертонической болезни, стенокардии напряжения, ожирения, а также низкий социально-экономический статус.

Наличие тревожных и депрессивных расстройств у больных ФП существенно ухудшает медицинский прогноз, с одной стороны, в связи со снижением приверженности к лечению, а с другой стороны - за счет

сопутствующих биохимических, нейрогуморальных сдвигов [6, 17, 35, 61]. В частности, в проспективном исследовании с участием 974 больных ФП с более чем 3-летним катамнезом было установлено, что наличие повышенных показателей по «Опроснику депрессивности Бека» вне зависимости от значимых факторов риска (включая возраст, семейное положение, наличие хронической сердечной недостаточности, пароксизмальную форму ФП, наличие / количество госпитализаций и электрокардиоверсии в связи с ФП в анамнезе, характер лекарственной терапии) связано с повышенным риском смертности - общей, вследствие сердечно-сосудистых заболеваний и отдельно нарушений ритма сердца [35].

Фактически эмоциональные нарушения нередко оказываются главным препятствием к достижению целей лечения, как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. В связи с этим особое значение приобретают патогенетические факторы этих нарушений, среди которых ведущими являются особенности личностного реагирования на заболевание [6].

ОТНОШЕНИЕ К ЗАБОЛЕВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ФП

В медицинской (клинической) психологии особенности реагирования личности на заболевание рассматриваются в рамках проблемы внутренней картины болезни, отношения к болезни, личностного смысла болезни и др. [1, 10, 12]. Эти понятия отражают, по сути, единый психологический конструкт - совокупность представлений, переживаний, поведения больного в связи с заболеванием.

Опыт специалистов и систематические исследования показывают, что многие больные ФП испытывают трудности в адаптации к болезни [57]. При этом качество их жизни достоверно ниже, чем в среднем в популяции, а также, что закономерно, у условно здоровых людей [8, 30, 74]. Среди обстоятельств, оказывающих наиболее выраженное влияние на качество жизни при ФП: собственно неприятные ощущения в области сердца (сердцебиения, перебои, ощущение остановки сердца и др.), общая слабость и быстрая утомляемость, невольная фиксация внимания на работе сердца, тревожное ожидание приступов, снижение настроения, тревога за свою жизнь и судьбу, необходимость постоянного лечения, затруднения в реализации привычного образа жизни (отдыха, работы), нарушения сна, боль в области сердца, изменения в отношениях с близкими [6]. Достоверные различия в уровне качества жизни больных с пароксизмальной, персистирующей и хронической формой ФП, как правило, не выявляются [21]. Улучшение соматического состояния в результате фармакотерапии и/или интервенционного лечения позволяет достичь повышения качества жизни у большинства больных [74, 81]. При малосимптоматичном течении нарушения ритма качество жизни пациентов в целом закономерно выше, чем при симптоматичной ФП [65], однако собственно психологические особенности этой категории больных, специфика их личностного реагирования на заболевание и лечение пока остаются вне поля зрения исследователей.

По данным Т.В.Крятовой [6], у больных с фибрилляцией предсердий на фоне ИБС и гипертонической болезни дезадаптивные личностные реакции на заболевание (нозогенные расстройства) встречаются в 52% случаев - достоверно чаще, чем у пациентов без клинически значимых аритмий. Преобладающими являются реакции с выраженным тревожным компонентом (в особенности у больных с пароксизмальной формой ФП), проявляющимся постоянными опасениями за состояние своего здоровья, ожиданием неблагоприятного течения болезни, тревожной бдительностью в ожидании приступа [50]. Особую роль в формировании тревожной реакции на заболевание играет переживание неопределенности, неконтролируемости ситуации [42].

Существенно, что сам по себе выраженный аффективный (эмоциональный) компонент отношения к болезни оказывает существенное влияние на восприятие симптоматики. Так, например, S.Sear и соавт. [68] в рамках программы «Patient Atrial Shock Survey of Acceptance and Tolerance Study» проанализировали соотношение объективных показателей деятельности сердца, регистрируемых с помощью кардиовертера-дефибриллятора, и субъективной картины болезни (эмоциональных реакций и жалоб) у 96 больных ФП. Было установлено, что эмоциональное состояние пациентов более тесно связано с количеством предъявляемых жалоб, чем объективно регистрируемые нарушения деятельности сердца (эпизоды пароксизмов ФП). Таким образом, психический статус и эмоциональная реакция на заболевание оказываются не менее, а в ряде случаев и более значимым фактором, определяющим субъективный физический дискомфорт в связи с болезнью, чем ее объективная тяжесть. Этот вывод подтверждают исследования, в которых показано, что вне зависимости от объективных показателей тяжести состояния эмоциональная реакция на заболевание [4, 22, 30, 50], а также личностные особенности, связанные с эмоциональной лабильностью (нейротизм) [78], оказывают существенное влияние на качество жизни больных ФП. Весьма показательным, в частности, что в исследовании P.Dorian и соавт. [30] у 152 пациентов с рецидивирующей ФП вообще не было выявлено статистически значимой корреляции между показателями качества жизни и традиционно используемыми объективными параметрами тяжести заболевания. Дополнительным свидетельством важной роли личностных факторов в формировании субъективной картины болезни являются исследования сердцебиений в структуре соматоформных, тревожно-фобических и депрессивных расстройств, при которых сердечная симптоматика обусловлена психогенными причинами, неопасна, но вызывает выраженный дистресс (вплоть до панического страха) у пациентов [14, 25, 41].

Таким образом, субъективный план переживания болезни и личностные особенности пациента чрезвычайно значимы для понимания того, как формируется качество его жизни, и это имеет важные последствия, причем не только психологического свойства. Очевидно, что представления и переживания пациента в связи с заболеванием определяют его приверженность к

лечению и, следовательно, могут опосредованно влиять на медицинский прогноз. В связи с этим особого внимания заслуживают данные зарубежных исследователей о весьма низкой информированности пациентов о заболевании в целом, об антикоагулянтной терапии, немедикаментозном лечении (катетерной аблации), процедурах самоконтроля (проверка пульса) и рекомендуемом образе жизни при ФП [51, 58, 70, 82]. Так, по данным D.Lane et al. [51], 80% больных с ФП знают, что страдают аритмией, однако лишь 49% могут назвать ее форму (ФП или мерцательная аритмия); только 50% пациентов считают ФП серьезным состоянием и знают, что оно повышает риск развития инсульта; 52% имеют определенные представления о действии антикоагулянтов, однако лишь 21% видят связь между приемом антикоагулянтов и снижением риска развития инсульта. Аналогичные отечественные исследования пока не проводились, но можно предположить, что уровень информированности российских пациентов не будет превышать приведенные выше показатели.

P.Kneeland, M.Fang [44] провели систематический обзор исследований, посвященных приверженности пациентов к антикоагулянтной терапии. В среднем 7-22% пациентов прерывают антикоагулянтную терапию (варфарином) после ее назначения в краткосрочной перспективе, а спустя 2,5-3 года этот показатель составляет уже 33%. Пациенты отмечают определенные неудобства, связанные с приемом антикоагулянтов: необходимость постоянного контроля уровня МНО, риск кровотечений и других побочных эффектов, диетические ограничения и ограничения в употреблении алкоголя. Значимыми социально-демографическими факторами нарушения приверженности антикоагулянтной терапии являются молодой возраст, мужской пол, низкий социально-экономический статус и низкий уровень социальной поддержки. Более привержены терапии лица с высшим образованием и высокой профессиональной активностью, что, по-видимому, связано с особенностями мотивации и ценностных ориентаций. Затрудняют выполнение медицинских рекомендаций когнитивные нарушения, полипрагмазия при высоком уровне коморбидности; нередко отказ от варфарина провоцируется эпизодом кровотечения. Среди психологических барьеров - субъективная значимость препятствий и неудобств, связанных с приемом антикоагулянтов, отсутствие интереса к информации о состоянии своего здоровья и активное уклонение от нее (по-видимому, имеющие характер психологической защиты).

Опыт терапевтического обучения и систематического информирования больных с ФП свидетельствует, что подобная работа необходима и должна проводиться в сотрудничестве медиков и психологов при учете известных факторов, влияющих на приверженность лечению, включая особенности личного реагирования на заболевание [40, 51, 56, 60].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обобщение результатов проведенных к настоящему времени исследований, посвященных особенностям психосоматических-соматопсихических соот-

ношений при ФП, позволяет заключить, что в данном направлении были достигнуты определенные успехи, хотя многие аспекты проблемы остаются недостаточно изученными. Пока лишь в одном исследовании была продемонстрирована роль личностных особенностей в формировании риска ФП, однако эта зависимость была выявлена только у мужчин и пока не получила адекватного объяснения (как и отсутствие подобной зависимости у женщин). Кроме того, характер выделенных личностных факторов риска (нервно-психическое напряжение, враждебность и склонность к переживанию гнева) позволяет предположить их связь с общей вегетативной лабильностью, которая может иметь в своей основе снижение функциональных резервов сердечно-сосудистой системы. Возможность такой интерпретации подтверждает выявленная связь между постоперационной тревогой и риском развития ФП.

В любом случае, сама задача корректной оценки роли личности в развитии болезни требует более подробного анализа собственно психологической составляющей и стиля поведения в соотношении с конституциональными особенностями и параметрами деятельности сердечно-сосудистой системы в привычных и в стрессовых условиях. Важно также отметить, что широко используемые сегодня процедуры многомерного математико-статистического анализа позволяют лишь на поверхностном уровне оценить удельный вклад каждого из факторов в риск развития заболевания (включая ФП) и не могут раскрыть реальное их взаимодействие. В этом смысле необходимо в полной мере осознавать условность любых выводов об эффекте некой переменной «вне зависимости от других известных факторов риска».

Исследования психологических факторов риска пароксизмов и рецидива ФП немногочисленны, носят ретроспективный характер и пока позволяют лишь предположить определенную роль стрессовых событий как триггеров и провокаторов рецидивов симптоматичной ФП. Для подтверждения этих предположений необходимы исследования, основанные на длительном мониторинге соматического и эмоционального состояния пациентов с учетом их личностных особенностей, характера стрессогенных ситуаций, а также формы ФП.

К настоящему времени получены убедительные свидетельства повышенной распространенности депрессии и невротизированных (тревожных и депрессивных) нарушений среди больных ФП. Показано, что указанные расстройства негативно сказываются на течении ФП и ухудшают медицинский прогноз. Вместе с тем неясно, связано ли наличие ФП с доклиническими формами когнитивных дисфункций и каково влияние на когнитивное функционирование медикаментозного и немедикаментозного лечения ФП.

Противоречивы данные относительно связи психического статуса с формой и тяжестью ФП, характером ее течения, получаемого лечения и его эффективности. В частности, вне поля зрения исследователей, как правило, оказываются малосимптоматичные больные, а также больные, у которых ФП успешно корригируется фармакотерапией. Остаются неразработанными

ными модели психогенеза нозогенных расстройств у больных с ФП (выявляемые у 52%): нуждается в прояснении характер взаимодействия психотравмирующих аспектов заболевания с личностными особенностями пациента.

Убедительно показано, что качество жизни больных с ФП снижено, для половины пациентов характерны дезадаптивные личностные реакции на заболевание. По данным зарубежных исследований, уровень информированности пациентов о ФП и методах ее лечения весьма низкий, приверженность антикоагулянтной терапии не превышает 70%, однако терапевтическое обучение больных может повысить как информированность о заболевании, так и уровень комплаентности. Безусловно, необходимы аналогичные исследования на отечественной выборке, проясняющие не только степень нарушения комплаентности, но и препятствия к осведомленности о ФП и выполнению врачебных рекомендаций.

В свете доказанной роли личностных факторов в формировании субъективной картины болезни, вклю-

чая степень физического дискомфорта, весьма важной представляется проблема психологических коррелятов малосимптоматического течения ФП. Кроме того, недостаточно изученными остаются вопросы, касающиеся психологической реакции пациентов с ФП на потенциально весьма стрессогенные процедуры немедикаментозного лечения (электрокардиоверсии, катетерной абляции, хирургического вмешательства) и инвазивного диагностического исследования.

Несмотря на то, что качество жизни пациентов имеет позитивную динамику в результате катетерной абляции даже при наличии рецидива [81], само отношение к возможности рецидива, личностные реакции на него и повторное лечение не изучены. Наконец, учитывая то, что к настоящему времени накоплен весьма большой объем данных о психологических характеристиках больных с ФП, необходим поиск реальных путей интеграции психологического знания в практику оказания помощи пациентам и повышения качества их жизни, что, собственно, является конечной целью любых научных изысканий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. - СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005.
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине // Сибирский психологический журнал. 2007. №26. С. 112-119.
3. Воскресенская А.Б. Исследование образа сердца в норме и патологии // Психологическая наука и образование. 2007. №1. С. 18-30.
4. Евсина О.В. качество жизни, тревожно-депрессивные нарушения и прогноз у больных с различными формами фибрилляции предсердий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Рязань, 2009.
5. Ениколопов С.Н., Садовская А.В. Враждебность и проблема здоровья человека // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. №7. С. 59-64.
6. Крятова Т.В. Особенности обследования и лечения больных с фибрилляцией предсердий, страдающих нозогениями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2010.
7. Кушаковский М.С. Фибрилляция предсердий (причины, механизмы, клинические формы, лечение и профилактика). - СПб.: Фолиант, 1999.
8. Либис Р.А., Прокофьев А.Б., Коц Я.И. Оценка качества жизни у больных с аритмиями // Кардиология. 1998. №3. С. 49-51.
9. Ломакин В.В., Копылов Ф.Ю., Никитина Ю.М. и др. Психосоматические особенности течения фибрилляции предсердий // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2009. №1. С. 61-65.
10. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. 4-е изд. - М., 1977.
11. Незнанов Н.Г., Карвасарский Б.Д. (ред.) Клиническая психотерапия в общей врачебной практике. - СПб.: Питер, 2008.
12. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М.: изд-во МГУ, 1987.
13. Орлов А.Н. Клиническая биоэтика: Избранные лекции. - М.: Медицина, 2003.
14. Остроглазов В.Г. Психопатологические состояния пограничного уровня, сопровождающиеся функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М., 1989.
15. Погосова Г.В. Психологическая реабилитация больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М., 1998.
16. Положенцев С.Д., Руднев Д.А. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А). - Л.: Наука, 1990.
17. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005.
18. Трошин В.Д. Идеи интеграции в современной медицине // Неврологический вестник. 2001. Т. XXXIII. Вып. 3-4. С. 50-51.
19. Шпак Л.В., Кононова А.Г. Состояние гемодинамики, эмоциональные расстройства и отношение личности к болезни при лечении нарушений сердечного ритма в амбулаторных условиях // Кардиология. 1999. №4. С. 33-37.
20. Шхвацабая И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. - М.: Медицина, 1978.
21. Яковенко Т.В., Шубик Ю.В., Костюк Г.П., Крятова Т.В. Качество жизни пациентов с различными формами фибрилляции предсердий и влияние на него лечения нозогенных психических реакций // Вестник аритмологии. 2008. №51. С. 36-39.
22. Яковенко Т.В., Шубик Ю.В., Костюк Г.П., Крятова Т.В. Структура и динамика нозогенных психических реакций у больных с различными формами фибрилляции предсердий // Вестник аритмологии. 2006. №44. С. 26-29.

23. Янушкявичус З., Блужас И., Баубинене А., Гоштаутас А. Психологические аспекты ишемической болезни сердца. В кн. ИБС: первичная психологическая профилактика и реабилитация больных. - Вильнюс, 1982. - С. 3-16.
24. Alexander F. Psychosomatic medicine: its principles and applications. New York: WW Norton, 1950. [Александр Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение. - М.: Эксмо-Пресс, 2002. пер. с англ.]
25. Barsky A.J., Delamater B.A., Clancy S.A. et al. Somatized psychiatric disorder presenting as palpitations // Arch. Intern. Med. 1996. V.156. №10. P.1102-1108.
26. Bunch T.J., Weiss J.P., Crandall B.G. et al. Atrial fibrillation is independently associated with senile, vascular, and Alzheimer's dementia // Heart. Rhythm. 2010. V.7. №4. P.433-437.
27. Collerton J., Davies K., Jagger C. et al. Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study // B.M.J. 2009. V.339. b4904.
28. Dąbrowski R., Smolis-Bąk E., Kowalik I. et al. Quality of life and depression in patients with different patterns of atrial fibrillation // Kardiol. Pol. 2010. V.68. №10. P.1133-1139.
29. Davidson K.W. Emotional predictors and behavioral triggers of acute coronary syndrome // Cleve. Clin. J. Med. 2008. V.75(Suppl 2). S15-S19.
30. Dorian P., Jung W., Newman D. et al. The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy // J. Am. Coll. Cardiol. 2000. V.36. P.1303-1309.
31. Duncan C.H., Stevenson I.P., Ripley H.S. Life Situations, Emotions, and Paroxysmal Auricular Arrhythmias // Psychosom. Med. 1950. V.12. P.23-37.
32. Duron E., Hanon O. Vascular risk factors, cognitive decline, and dementia // Vasc. Health. Risk. Manag. 2008. V.4. №2. P.363-381.
33. Eaker E.D., Sullivan L.M., Kelly-Hayes M. et al. Tension and anxiety and the prediction of the 10-year incidence of coronary heart disease, atrial fibrillation, and total mortality: the Framingham Offspring Study // Psychosom. Med. 2005. V.67. №5. P.692-696.
34. Eaker E.D., Sullivan L.M., Kelly-Hayes M. et al. Anger and hostility predict the development of atrial fibrillation in men in the Framingham Offspring Study // Circulation. 2004. V.109. №10. P.1267-1271.
35. Frasure-Smith N., Lespérance F., Habra M. et al. Elevated Depression Symptoms Predict Long-Term Cardiovascular Mortality in Patients With Atrial Fibrillation and Heart Failure // Circulation. 2009. V.120. P.134-140.
36. 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. V.169. №12. P.1286-1296.
37. Fuster V., Ryden L.E., Cannom D.S. et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation) // J. Am. Coll. Cardiol. 2006. V.48. P.149-246.
38. Hansson A., Madsen-Hardig B., Olsson S.B. Arrhythmia-provoking factors and symptoms at the onset of paroxysmal atrial fibrillation: A study based on interviews with 100 patients seeking hospital assistance // BMC Cardiovasc. Disord. 2004. V.4. P.13.
39. Hemingway H., Marmot M. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies // British Medical Journal. 1999. V.318. P.1460-1467.
40. Holbrook A., Labiris R., Goldsmith C.H. et al. Influence of decision aids on patient preferences for anticoagulant therapy: a randomized trial // CMAJ. 2007. V.176. №11. P.1583-1587.
41. Jonsbu E., Dammen T., Morken G. et al. Cardiac and psychiatric diagnoses among patients referred for chest pain and palpitations // Scand. Cardiovasc. J. 2009. V.43. №4. P.256-259.
42. Kang Y. Role of health locus of control between uncertainty and uncertainty appraisal among patients with atrial fibrillation // West. J. Nurs. Res. 2009. V.31. №2. P.187-200.
43. Kannel W.B., Wolf P.A., Benjamin E.J., Levy D. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population-based estimates // Am. J. Cardiol. 1998. V.82(8A). P.2N-9N.
44. Kneeland P.P., Fang M.C. Current issues in patient adherence and persistence: focus on anticoagulants for the treatment and prevention of thromboembolism // Patient Prefer Adherence. 2010. V.4. P.51-60.
45. Kozłowski D., Budrejko S., Lip G.Y. et al. Lone atrial fibrillation: what do we know? // Heart. 2010. V.96. №7. P.498-503.
46. Lampert R., Jain D., Burg M.M. et al. Destabilizing effects of mental stress on ventricular arrhythmias in patients with implantable cardioverter-defibrillators // Circulation. 2000. V.101. P.158-164.
47. Kop W.J., Krantz D.S., Nearing B.D. et al. Effects of acute mental stress and exercise on T-wave alternans in patients with implantable cardioverter defibrillators and controls // Circulation 2004. V.109. P.1864-1869.
48. Lampert R., Joska T., Burg M.M. et al. Emotional and physical precipitants of ventricular arrhythmia // Circulation. 2002. V.106. №14. P.1800-1805.
49. Lampert R. Anger and ventricular arrhythmias // Current Opinion in Cardiology. 2010. V.25. №1. P.46-52.
50. Lane D.A., Langman C.M., Lip G.Y., Nouwen A. Illness perceptions, affective response, and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation // J. Psychosom. Res. 2009. V.66. №3. P.203-210.
51. Lane D.A., Ponsford J., Shelley A. et al. Patient knowledge and perceptions of atrial fibrillation and anticoagulant therapy: effects of an educational intervention programme. The West Birmingham atrial fibrillation project // International Journal of Cardiology. 2006. V.110. P.354-358.
52. Lange H.W., Herrmann-Lingen C. Depressive symptoms predict recurrence of atrial fibrillation after cardioversion // J. Psychosom. Res. 2007. V.63. P.509-513.

53. Lickfett L., Hackenbroch M., Lewalter T. et al. Cerebral diffusion-weighted magnetic resonance imaging: a tool to monitor the thrombogenicity of left atrial catheter ablation // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2006. V.17. P.1-7.
54. Mattioli A.V. Effect of coffee consumption, lifestyle and acute life stress in the development of acute lone atrial fibrillation // *Journal of Cardiovascular Medicine.* 2008. V.9. Issue 8. P.794-798.
55. Mattioli A.V., Bonatti S., Zennaro M., Mattioli G. The relationship between personality, socio-economic factors, acute life stress and the development, spontaneous conversion and recurrences of acute lone atrial fibrillation // *Europace.* 2005. V.7. P.211-220.
56. Mazor K.M., Baril J., Dugan E. et al. Patient education about anticoagulant medication: is narrative evidence or statistical evidence more effective? // *Patient. Educ. Couns.* 2007. V.69. №1-3. P.145-157.
57. McCabe P.J., Schad S., Hampton A., Holland D.E. Knowledge and self-management behaviors of patients with recently detected atrial fibrillation // *Heart Lung.* 2008. V.37. №2. P.79-90.
58. McCabe P.J. Psychological distress in patients diagnosed with atrial fibrillation: the state of the science // *J. Cardiovasc. Nurs.* 2010. V.25. №1. P.40-51.
59. Miyasaka Y., Barnes M.E., Petersen R.C. et al. Risk of dementia in stroke-free patients diagnosed with atrial fibrillation: data from a community-based cohort // *Eur. Heart. J.* 2007. V.28. P.1962-1967.
60. Munschauer F.E. 3rd, Sohocki D., Smith Carrow S., Priore R.L. A community education program on atrial fibrillation: implications of pulse self-examination on awareness and behavior // *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases.* 2004. V.13. P.208-213.
61. Musselman D.L., Evans D.L., Nemeroff C.B. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology and treatment // *Arch. General Psychiatry.* 1998. V.55. P.580-592.
62. Peters R.W., McQuillan S., Resnick S.K., Gold M.R. Increased Monday incidence of life-threatening ventricular arrhythmias // *Circulation.* 1996. V.94. P.1346-1349.
63. Rodgers M., McKenna C., Palmer S. et al. Curative catheter ablation in atrial fibrillation and typical atrial flutter: systematic review and economic evaluation // *Health. Technol. Assess.* 2008. V.12. №34. iii-iv, xi-xiii, P.1-198.
64. Rosenman R.H., Brand J.H., Jenkins C.D. et al. Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: final follow-up experience of 8.5 years // *JAMA.* 1975. V.233. P.872-877.
65. Savelieva I., Paquette M., Dorian P. et al. Quality of life in patients with silent atrial fibrillation // *Heart.* 2001. V.85. P.216-217.
66. Schrickel J.W., Lickfett L., Lewalter T. et al. Incidence and predictors of silent cerebral embolism during pulmonary vein catheter ablation for atrial fibrillation // *Europace.* 2010. V.12. №1. P.52-57.
67. Schwarz N., Kuniss M., Nedelmann M. et al. Neuropsychological decline after catheter ablation of atrial fibrillation // *Heart Rhythm.* 2010. Aug 3.
68. Sears S.F., Serber E.R., Alvarez L.G. et al. Understanding atrial symptom reports: objective versus subjective predictors // *Pacing Clin. Electrophysiol.* 2005. V.28. №8. P.801-807.
69. Seigler I.C., Peterson B.L., Barefoot J.C., Williams R.B. Hostility during late adolescence predicts coronary risk factors at mid-life // *Am. J. Epidemiol.* 1992. V.136. P.146-154.
70. Smith M.B., Christensen N., Wang S. et al. Warfarin knowledge in patients with atrial fibrillation: implications for safety, efficacy, and education strategies // *Cardiology.* 2010. V.116. №1. P.61-69.
71. Strike P.C., Steptoe A. Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: a systematic review and critique // *Psychosom. Med.* 2005. V.67. P.179-186.
72. Suzuki S., Kasanuki H. The influences of psychosocial aspects and anxiety symptoms on quality of life of patients with arrhythmia: investigation in paroxysmal atrial fibrillation // *Int. J. Behav. Med.* 2004. V.11. №2. P.104-109.
73. The Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Heart Disease // *Circulation.* 1981. V.63. P.1199-1215.
74. Thrall G., Lane D., Carroll D., Lip G.Y. Quality of life in patients with atrial fibrillation: a systematic review // *Am. J. Med.* 2006. V.119. №5:448.e1-19.
75. Thrall G., Lip G.Y., Carroll D., Lane D. Depression, anxiety, and quality of life in patients with atrial fibrillation // *Chest.* 2007. V.132. №4. P.1259-1264.
76. Tully P.J., Bennetts J.S., Baker R.A. et al. Anxiety, depression, and stress as risk factors for atrial fibrillation after cardiac surgery // *Heart Lung.* 2010. May 6.
77. van Deelen B.A., van den Bemt P.M., Egberts T.C. et al. Cognitive impairment as determinant for sub-optimal control of oral anticoagulation treatment in elderly patients with atrial fibrillation // *Drugs Aging.* 2005. V.22. №4. P.353-360.
78. Van den Berg M.P., Ranchor A.V., van Sonderen F.L.P. et al. Paroxysmal atrial fibrillation, quality of life and neuroticism // *Neth. J. Med.* 2005. V.63. P.170-174.
79. Viskin S., Golovner M., Malov N. et al. Circadian variation of symptomatic paroxysmal atrial fibrillation. Data from almost 10 000 episodes // *Eur. Heart. J.* 1999. V.20. P.1429-1434.
80. Williams R.B. Barefoot J.C. Coronary-prone behavior: The emerging role of the hostility complex. In Houston BK, Snyder CR (eds), *Type A Behavior Pattern: Research, Theory, and Intervention.* - New York: Wiley, 1988. - P.189-211
81. Wokhlu A., Monahan K.H., Hodge D.O. et al. Long-term quality of life after ablation of atrial fibrillation: the impact of recurrence, symptom relief, and placebo effect // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2010. V.55. №21. P.2308-2316.
82. Xu W., Sun G., Lin Z. et al. Knowledge, attitude, and behavior in patients with atrial fibrillation undergoing radiofrequency catheter ablation // *J. Interv. Card. Electrophysiol.* 2010. V.28. №3. P.199-207.
83. Ziegelstein R.C. Acute Emotional Stress and Cardiac Arrhythmias // *JAMA.* 2007. V.298. №3. P.324-329.