

11. Скворцов Д.В. Диагностика двигательной патологии инструментальными методами: анализ походки, стабилометрия. М.: Т.М. Андреева, 2007;640 с.

12. Ланг Т.А., Сесик М. Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов. Пер. с англ. под ред. В.П. Леонова.

М: Практическая медицина, 2011;480 с.
13. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. М: Медиа сфера, 2003;312 с.

В.Э. Медведев¹, К.В. Зверев², А.В. Епифанов²

¹Кафедра психосоматики и психотерапии ФПК МР Российского университета дружбы народов, ²Городская клиническая больница №71, Москва

Психосоматические корреляции при фибрилляции предсердий

Обследованы больные с фибрилляцией предсердий (ФП), страдающие коморбидными психическими расстройствами. Выделены две группы пациентов, различающиеся по структуре психосоматических соотношений. 1-ю группу составили больные с ФП с признаками реактивной лабильности, которая проявлялась психопатологическими реакциями в ответ на первичные проявления ФП; 2-ю — больные, у которых психические расстройства развились в основном на поздних этапах сердечно-сосудистого заболевания (преимущественно постоянная форма ФП) на фоне таких осложнений, как хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных с ФП часто отмечаются тревожные и ипохондрические расстройства, что совпадает с данными литературы. Помимо этого, на отдаленных стадиях ФП регистрируются депрессивные синдромы, обусловленные тяжелым течением сердечно-сосудистого заболевания, приводящего к развитию ХСН.

Ключевые слова: психокardiология, фибрилляция предсердий, психопатологические расстройства.

Контакты: Владимир Эрнстович Медведев melkorcard@mail.ru

Psychosomatic correlations in atrial fibrillations

V.E. Medvedev¹, K.V. Zverev², A.V. Epifanov²

¹Department of Psychosomatics and Psychotherapy, Russian Peoples' Friendship University, ²City Clinical Hospital Seventy-One, Moscow

Patients with atrial fibrillations (AF) and comorbid mental disorders were examined. Two patient groups differing in the structure of psychosomatic ratios were identified. Group 1 comprised patients with AF and signs of reactivity lability that manifested itself as psychopathological reactions to the primary manifestations of AF; Group 2 included those who had developed mental disorders mainly in end-stage cardiovascular disease (predominantly a permanent form of AF) in the presence of such events as chronic heart failure (CHF).

The results of the study suggest that the patients with AF have frequently anxiety and hypochondriacal disorders, which agrees with the data available in the literature. In addition, end-stage AF is marked by depressive syndromes caused by the severe course of cardiovascular diseases resulting in CHF.

Key words: psychocardiology, atrial fibrillation, psychopathological disorders.

Contact: Vladimir Ernstovich Medvedev melkorcard@mail.ru

Актуальность изучения психосоматических корреляций при фибрилляции предсердий (ФП, или мерцательная аритмия) связана с высокой распространенностью (0,4—1%) этой формы аритмии в популяции [1, 2]. При этом частота аритмии увеличивается с возрастом: у лиц старше 80 лет она достигает 8% [3].

Обычно ФП дебютирует эпизодами, длящимися до 7 сут и более (пароксизмальная и персистирующая форма соответственно). На отдаленных этапах заболевания симптомы аритмии принимают постоянный характер (постоянная форма ФП) на фоне постепенного присоединения сердечно-сосудистых осложнений (хроническая сердечная недостаточность — ХСН, острое нарушение мозгового кровообращения и др.) [4, 5].

Первые упоминания о наличии психических расстройств у больных с ФП относятся к середине прошлого века [5—8]. В то же время к настоящему времени имеются лишь

единичные работы, посвященные комплексному исследованию этих психопатологических проявлений [3, 9—11].

У больных с ФП обычно используется психометрический метод исследования психической патологии с применением различных шкал. При этом характеристики психопатологических расстройств ограничиваются перечислением отдельных симптомов: тревога, соматизация и др. [7, 12—16] и оцениваются в пределах психологических (внутренняя картина болезни) или социальных (качество жизни) феноменов [17—22].

При обследовании больных с ФП часть исследователей [11, 23, 24] обращают внимание на нозогенные тревожно-фобические реакции, которые обнаруживаются более чем у половины таких пациентов на фоне эпизодов пароксизмов аритмии. В других работах [10, 16, 25] констатируется наличие депрессивных и ипохондрических расстройств у больных с ФП. При этом исследование особенностей течения арит-

мии, сопровождающейся депрессией, сводится к фиксации длительности и частоты пароксизмов ФП [3, 6, 26—28].

В то же время вне поля зрения исследователей остаются такие психосоматические аспекты ФП, как связь психопатологических расстройств с патохарактерологическими особенностями пациентов, психогенными факторами, провоцирующими пароксизмы, а также со стереотипами течения соматической патологии (форма, длительность, тяжесть, наличие осложнений ФП). Лишь в отдельных работах встречаются противоречивые упоминания о наличии у больных с ФП дискретных черт «личностного типа А» (перфекционизм, эксплозивность) [29] или «личностного типа D» (негативная аффективность, избегание социальных контактов) [30], которые, по мнению авторов, могут быть одной из основных составляющих патогенного дистресса.

Представленные данные свидетельствуют о необходимости проведения специального клинического исследования для уточнения психосоматических соотношений между патохарактерологическими и психическими расстройствами и особенностями течения этого нарушения сердечного ритма (различные формы и этапы ФП).

Пациенты и методы. Обследование больных с ФП, страдающих коморбидными психическими расстройствами, проводили в 2009—2011 гг. на базе отделения неотложной кардиологии ГКБ №71 Москвы.

Основной метод исследования — клинико-психопатологический. Диагноз психического расстройства устанавливали на основании консультации больных у специалиста-психиатра.

Из исследования исключали пациентов с острым коронарным синдромом, стенокардией напряжения высоких функциональных классов (ФК), кардиомиопатиями различного генеза, ревматическими пороками сердца, миокардитом и перикардитом, нарушением мозгового кровообращения, тиреотоксикозом, иными тяжелыми соматическими заболеваниями, сопровождающимися сердечно-сосудистой, дыхательной, печеночной или почечной недостаточностью.

Широта и строгость критериев исключения обосновывалась необходимостью выделения группы больных, тяжесть соматического состояния которых обусловлена преимущественно ФП или ее осложнениями.

Всем больным проводили кардиологическое обследование. Учитывали особенности течения ФП, в частности формы аритмии (пароксизмальная, персистирующая, постоянная), развитие на отдаленных этапах ФП ХСН, дифференцируемой по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA). Использовали данные инструментальных методик (ЭКГ в 12 стандартных отведениях, функциональные пробы: мониторинг АД, 24-часовое мониторирование ЭКГ по Холтеру и тредмил-тест, трансторакальная ЭхоКГ).

В исследование включено 124 пациента (51 мужчина, 73 женщины, средний возраст — $65,3 \pm 8,7$ года), страдавших ФП. У 51 пациента выявлена пароксизмальная форма ФП, у 18 — персистирующая, у 55 — постоянная.

У большинства больных аритмия развивалась на фоне ИБС или артериальной гипертензии (АГ). Так, стенокардия напряжения I—II ФК диагностирована у 57 больных. У 71 пациента выявлена АГ, у 25 из них сочетавшаяся с ИБС. Идиопатическая ФП имела место у 21 пациента. У 58 больных диагностирована ХСН (преобладали больные с II—III ФК по NYHA).

Результаты исследования. Выделены две группы больных, различавшиеся по структуре психосоматических соотношений. В 1-ю группу вошли больные с ФП и признаками реактивной лабильности, которая проявлялась психопатологическими реакциями, развивающимися в ответ на первичные проявления ФП; во 2-ю группу — больные с ФП, у которых психические расстройства возникли в основном на поздних этапах сердечно-сосудистого заболевания (преимущественно постоянная форма ФП) на фоне ХСН.

В 1-ю группу включено 67 пациентов (27 мужчин и 40 женщин), средний возраст — $55,9 \pm 9,1$ года.

Анализ патохарактерологического склада по МКБ-10 у больных этой группы показал, что в большинстве наблюдений речь идет о доминировании акцентуаций (у 29 пациентов) или патохарактерологических расстройств (у 38). При этом независимо от личностного профиля у 62 (92,5%) больных этой группы отмечалась также патохарактерологическая акцентуация на соматопсихике (по А.Б. Смулевичу [31]): по типу невротической конституции (в 38 наблюдениях) или проприоцептивного диатеза (в 24). Невротическая соматопсихическая акцентуация наблюдалась преимущественно у пациентов с демонстративной (у 29), обсессивно-компульсивной (у 8) и зависимой (у 3) акцентуацией/расстройством личности. Невротическая акцентуация проявлялась возникающими задолго до манифестации ФП (на 2—3-м десятилетии жизни) проявлениями органоневротических расстройств: кардионевроза (22 наблюдения), гипервентиляционного синдрома (12), синдрома раздраженного кишечника (10). Хотя указанные проявления и обнаруживали тенденцию к хроническому или рецидивирующему течению, они, как правило, не расценивались пациентами как проявления болезни, а ассоциировались с воздействием неблагоприятных средовых факторов («духота», «аллергены», «погрешности в диете» и др.), переутомлением или психотравмирующими ситуациями (семейные коллизии, конфликтные ситуации на работе). Соматопсихическая акцентуация по типу проприоцептивного диатеза наблюдалась у больных с ФП с шизотипическим (21 случай) гипопаранойальным (3) и обсессивно-компульсивным (3) расстройствами/акцентуациями личности, что отмечают и другие авторы [32].

ФП (пароксизмальная — у 48 больных, персистирующая — у 8 и постоянная — у 11) развивалась при отсутствии сопутствующего сердечно-сосудистого заболевания (идиопатическая ФП — у 18) либо на фоне АГ (у 23) или ИБС (у 19). Важно отметить, что 63 (94%) пациента связывали манифестацию и большинство повторных приступов ФП с различными индивидуально значимыми стрессовыми ситуациями (свадьба, рождение ребенка, смерть близких, кризисная ситуация, межличностный конфликт и др.).

Симптомы психопатологических расстройств (кардиалгии — покалывание, резь, жжение в области грудной клетки; ощущение усиленных ударов сердца или тахикардия, повышенное потоотделение, чувство жара или холода, чувство внутренней дрожи, тремор) обычно усиливали нарушения ритма сердца; в некоторых случаях имитировали их, протекая по типу субсиндромальных панических атак. Так, в 46 (68,7%) наблюдениях свойственные клинической картине ФП «ощущение перебоев в работе сердца», «неритмичный пульс», слабость сопровождалась «нехваткой воздуха», покалыванием в перикардиальной области, усиленным потоотделением, внутренней дрожью, тремором, метеоризмом и др.

У 12 (17,9%) пациентов с ранее установленным и неоднократно подтвержденным диагнозом ФП при обследовании на фоне перечисленных жалоб пароксизмов аритмии не выявлено.

Помимо амплификации и имитации нарушений ритма сердца, психопатологические расстройства реализовались нозогенными тревожно-фобическими реакциями. На фоне пароксизмов ФП возникали явления танатофобии. В промежутках между приступами регистрировались тревога ожидания (страх возникновения повторных приступов ФП), симптомы нозофобии (страх развития инфаркта миокарда, инсульта и т. д.).

На отдаленных этапах соматического заболевания (в среднем через $2,4 \pm 0,5$ года) у больных отмечалось изменение личности по типу невротической ипохондрии.

Пациенты с соматопсихической акцентуацией по типу проприоцептивного диатеза на протяжении большей части жизни характеризовались парадоксальностью телесной перцепции: склонностью к формированию альтернирующих полисистемных соматизированных и вегетативных расстройств, а также феноменов, гетерономных нормальной перцепции (телесные фантазии, другие сенсопатии), что отмечают и другие авторы [32].

С манифестацией аритмии (пароксизмы ФП) ранее отмечавшиеся телесные фантазии (как и описанные выше соматоформные расстройства) усиливали или дублировали приступ нарушения ритма сердца. Характерны жалобы на «переполюющиеся грудную клетку», «перекатывающиеся» боли, ощущение «подвешенности сердца», «дыры», «прострелы» в груди и др. В отличие от эссенциальных сенестопатий, которые формируются у больных шизофренией, не имеют четкой пространственной локализации, иррадиируют по всему телу, рассматриваемые ощущения имеют предпочтительную топическую проекцию (грудная клетка) и не связаны с областью больного органа (сердца).

Указанные жалобы зачастую (в 17 наблюдениях) сочетались с явлениями «ипохондрии здоровья» и/или аутоагрессивным поведением, направленным на устранение или преодоление нарушений ритма сердца с помощью небезопасных манипуляций над собственным телом (особые приемы растягивания или давления на грудную клетку, живот, необычные позы). Отмечена повышенная мнительность больных в отношении клинических эффектов соматотропных препаратов. Пациенты самостоятельно изыскивали оптимальные, с их точки зрения, дозы и сочетания соматотропных средств, принимали биологически активные вещества.

Осознание происшедших изменений в деятельности организма у больных сопровождалось не тревогой и страхом, а стремлением к преодолению недуга с чувством недоумения и обиды. Доминировали идеи восстановления «любой ценой» физического и социального статуса, ликвидации причин и последствий заболевания. При этом обращение к врачу было связано не столько с необходимостью получения медицинских рекомендаций, сколько с возможностью «уточнения» и «перепроверки» результатов своих собственных действий в отношении соматического страдания (контроль ЭКГ, ее мониторинг и др.).

В качестве следующего этапа исследования оценивали влияние терапии актуальных психопатологических расстройств лекарственными средствами (анксиолитики, антидепрессанты, нейролептики — «корректоры поведения») и/или психотерапии (когнитивная, суггестивная и др.) на

психическое и соматическое состояние пациентов в зависимости от тяжести и длительности психической патологии, а также патохарактерологических расстройств.

Во 2-ю группу вошли 57 больных (24 мужчины, 33 женщины), средний возраст которых оказался несколько больше, чем у больных 1-й группы — $68,5 \pm 9,3$ года.

В преморбиде у пациентов этой группы наблюдались случаи аффективных (гипертимных и истерогипертимных — у 32), обсессивно-компульсивных (ананкастических — у 18) и паранойяльных (у 7) расстройств (у 22) или акцентуаций (у 35) личности, которые не сопровождались проявлениями, отражающими уязвимость соматопсихической сферы. Напротив, эти пациенты на протяжении жизни характеризовались эгодистонным отношением к телесным ощущениям при отсутствии астеноневротических и ипохондрических расстройств. В анамнезе у них выявлялись признаки недооценки тяжести соматического состояния (отсутствие эмоциональной реакции на диагноз ИБС, АГ, ФП) со стремлением к минимизации представлений о возможной соматической катастрофе. Больные исключали вероятность смертельного осложнения, демонстрировали безразличие к угрожающим аспектам заболевания (приступы нестабильной стенокардии, гипертонический криз и др.). Проявления патологии внутренних органов интерпретировали лишь как незначительные отклонения от нормы.

У 49 (86%) больных дебют ФП удалось установить только ретроспективно, по отрывочным данным рутинных медицинских обследований, поскольку пациенты аритмии не замечали и к врачам не обращались. Оценить особенности манифестации (пароксизмальная/постоянная форма) и течения ФП на ранних этапах заболевания у больных этой группы не представлялось возможным из-за отсутствия достоверных медицинских данных.

Пациентов этой группы госпитализировали лишь на фоне длительного течения ФП (постоянная форма — у 44 больных, персистирующая — у 10 и пароксизмальная — у 3), при развитии ИБС и/или АГ (у всех 57). В подавляющем большинстве случаев (у 55, или 96,5% больных) госпитализация была вызвана нарастающими явлениями ХСН (отеки, усиление одышки, приступы ортопноэ и др.), которые привели к иммобилизации больного.

Об отдельных случаях психогенной провокации приступов ФП (персистирующая и пароксизмальная формы) сообщили лишь 3 пациента.

Психопатологические расстройства у пациентов данной группы проявлялись нозогенными (у 34) или соматогенными (у 23) депрессивными состояниями. На первый план при нозогенных депрессиях наряду со стертой гипотимией (как правило, пациенты жаловались на подавленность, апатию) выступала тревога, связанная с обостренным самонаблюдением, тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия. При этом наибольшие опасения вызывали уже не симптомы ФП, а ее осложнения — ХСН. Так, одним из постоянных признаков нозогенной депрессии был содержательный комплекс, включавший пессимистическое восприятие и оценку последствий болезни, тревожные опасения и ипохондрические фобии, тесно связанные с актуальным соматическим состоянием. При этом доминировали представления об опасности наиболее острых проявлений ХСН (приступы ортопноэ, одышки и др.), неблагоприятном исходе заболевания (боязнь задохнуться), бесперспективности лечения.

*Эффективность разных методов терапии
у пациентов с ФП, имеющих психические расстройства*

Метод лечения	1-я группа (n=34)	2-я группа (n=22)
Фармакотерапия	20 (59)	12 (55)
Психотерапия	8 (24)	2 (9)
Сочетание фармако- и психотерапии	24 (71)	13 (59)

Примечание. В скобках — процент больных.

Манифестация соматогенных депрессий также была связана с ХСН (появление отеков, усиление одышки, приступов ортопноэ и др.). Гипотимия характеризовалась сниженным настроением по типу депрессии истощения с явлениями физического бессилия, слабостью, вялостью, утратой энергии, «жизненных сил». Чувство усталости возникало при самых незначительных нагрузках и фактически не было связано с ними. Отмечались также признаки эмоциональной неустойчивости с явлениями раздражительной слабости и астенической гиперестезии. Характерны повышенная слезливость, обостренная чувствительность к сенсорным раздражителям с непереносимостью звуков, света и др. Указанные симптомы сопровождалась жалобами на ощущение «физической утомляемости», «немогущности», которые обусловлены длительным и тяжелым течением сердечно-сосудистого заболевания.

Общей психопатологической особенностью депрессий была значительная выраженность соматовегетативных проявлений, таких как снижение массы тела, нарушения сна, головокружение, тремор, боль в грудной клетке, диспноэ, диспепсия, включая горечь и сухость во рту, запор, метеоризм и др.

Выраженность аффективных расстройств могла изменяться в зависимости от суточного ритма и тяжести ХСН. Так, у больных с приступами ортопноэ, наиболее выраженные проявления которого отмечались в ночное время, ухудшение настроения, утяжеление соматовегетативных расстройств происходило с наступлением вечера. Пациенты сообщали, что на исходе дня у них нарастает подавленность, сопряженная с тревогой и чувством безнадежности. В эти же часы усиливаются и соматовегетативные расстройства.

У большинства больных с соматогенными депрессиями обратное развитие психопатологической симптоматики происходило на фоне стабилизации соматического состояния [27].

Предварительные результаты лечения пациентов обеих групп представлены в таблице.

Из данных таблицы следует, что у пациентов 2-й группы, у которых развитие и течение ФП происходило независимо от патохарактерологических расстройств, психогенных влияний, в качестве основного метода коррекции сопутствующих психопатологических симптомов предпочтительнее использовать фармакотерапию. Присоединение психотерапевтических методик практически не влияло на психическое состояние этих пациентов. При этом у больных 1-й группы наиболее эффективной была сочетанная терапия, включавшая лекарственные средства и психотерапию.

Обсуждение. Результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных с ФП часто отмечаются тревожные и ипохондрические расстройства, что совпадает с данными литературы [12, 13, 26, 28, 33—36]. Помимо этого, в отдаленные сроки ФП регистрируются депрессивные синдромы, обусловленные тяжелым течением сердечно-сосудистого заболевания и развитием ХСН.

Результаты настоящего исследования, рассмотренные с позиций психосоматической медицины, позволяют высказать рабочую гипотезу о существовании как минимум двух вариантов/этапов течения ФП [37]: «психосоматического» (преимущественно с пароксизмальной формой ФП), при котором у пациентов обнаруживаются признаки сомато-психической лабильности (манифестация и повторные приступы ФП на фоне стрессовых ситуаций и психические реакции психопатологического уровня в ответ на первичные проявления соматического страдания), а течение болезни характеризуется более благоприятным прогнозом, и «классического «соматического»» (больные 2-й группы, характеризующиеся эгодистонным отношением к телесным ощущениям на протяжении жизни), при котором подобные реакции не наблюдаются, а динамика психосоматических связей отражает явный рост влияния соматогенных факторов. Психопатологические расстройства у этих пациентов развиваются при длительном существовании сердечно-сосудистого заболевания (преимущественно постоянная форма ФП) и провоцируются тяжелыми кардиологическими осложнениями (ХСН). Большая часть этих больных обращаются за медицинской помощью значительно позже, чем пациенты 1-й группы.

Полученные данные позволяют уточнить характер психосоматических соотношений, а выдвинутая рабочая гипотеза объясняет, почему в сплошной выборке больных стационара преобладают лица с недавно дебютирующей ФП, а также пациенты с осложнениями данного типа аритмии. Кроме того, результаты исследования позволяют объяснить данные других авторов [12, 13, 20—22], которые отмечают, что наиболее выраженные психические расстройства и худшие показатели качества жизни наблюдаются в дебюте ФП и при возникновении на ее фоне сердечно-сосудистых осложнений.

В то же время остается открытым вопрос о ведущих факторах обращения пациентов за медицинской помощью в дебюте ФП. Отсутствие в настоящем исследовании объективных данных об особенностях манифестации аритмии у большинства больных 2-й группы и невозможность сравнить их с таковыми у пациентов 1-й группы не позволяют сделать однозначный вывод о причинах более раннего обращения последних к врачу: была ли это тяжесть соматического страдания или усугубление его психическими расстройствами. Кроме того, характер исследования не дает возможности проследить катамнез психических расстройств у больных 1-й группы. Однако эта задача может быть решена при проведении дальнейших исследований.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о практической необходимости разработки дифференцированной терапии патохарактерологических и психопатологических расстройств у пациентов с ФП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Feinberg W.M., Blackshear J.L., Laupacis A. et al. Prevalence, age distribution, and gender of patients with atrial fibrillation. An and implications. *Arch Intern Med* 1995;155:469—73.
2. Go A.S., Hylek E.M., Phillips K.A. et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA* 2001;285:2370—5.
3. Mattioli A.V., Bonatti S., Zennaro M. et al. The relationship between personality, socioeconomic factors, acute life stress and the development, spontaneous conversion and recurrences of acute lone atrial fibrillation. *Europace* 2005;7:211—20.
4. Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Europace* 2006;8:651—745.
5. Horsten M., Ericson M., Perski A. et al. Psychosocial Factors and Heart Rate Variability in Healthy Women. *Psychosom Med* 1999;61:49—57.
6. Березин Ф.Б., Богословский В.А., Михайлов А.Н. Психофизиологические корреляции при пароксизмальной форме сердечных аритмий. *Кардиология* 1978;18(9):100—5.
7. Петрова Т.Р., Скибитский В.В. Клинико-гемодинамические эффекты психотропных препаратов и психосоматические корреляции при сердечных аритмиях. *Тер арх* 1986;58(11):97—101.
8. Wolf P.A., Abbott R.D., Kannel W.B. Atrial fibrillation: a major contributor to stroke in the elderly. The Framingham Study. *Arch Intern Med* 1987;147:1561—72.
9. Медведев В.Э., Епифанов А.В. Психосоматические аспекты фибрилляции предсердий. Материалы XV съезда психиатров России 9—12 ноября 2010. М., 111—2.
10. Сыркин А.Л., Копылов Ф.Ю., Попова Е.А. и др. Психические расстройства на разных этапах течения фибрилляции предсердий. *Псих расстр в общ мед* 2007;4:10—4.
11. Яковенко Т.В., Шубик Ю.В., Костюк Г.П. и др. Структура и динамика нозогенных психических реакций у больных с различными формами фибрилляции предсердий. *Вестн аритмол* 2006;44:26—29.
12. Борозинец А.Ю. Патогенетические особенности нарушений ритма сердца и их фармакотерапия. Дис. ... канд. мед. наук, 2001.
13. Кононова А.Г. Динамика кардиоваскулярных показателей и психовегетативных расстройств при лечении сердечных аритмий в амбулаторных условиях. Дис. ... канд. мед. наук Тверь, 2000.
14. Недоступ А.В., Соловьева А.Д., Санькова Т.А. Психофункциональные корреляции у пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий. *Тер арх* 2001;73(9):55—61.
15. Van den Berg M.P., Ranchor A.V., van Sonderen F.L.P. et al. Paroxysmal atrial fibrillation, quality of life and neuroticism. *Netherlands J Med* 2005;5:170—4.
16. Schauer D.P., Moomaw Ch.J., Wess M. et al. Psychosocial Risk Factors for Adverse Outcomes in Patients with Nonvalvular Atrial Fibrillation Receiving Warfarin. *J Gen Intern Med* 2005;20:1114—9.
17. Либис Р.А. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Дис. ... докт. мед. наук. Оренбург, 1998.
18. Минаков Э.В. Качество жизни больных с резистентной к медикаментозной терапии фибрилляцией предсердий неклапанного генеза. *Рос кард журн* 2005;1:37—40.
19. Ehlers A., Mayou R.A., Sprigings D.C. et al. Psychological and Perceptual Factors Associated With Arrhythmias and Benign Palpitations. *Psychosom med* 2000;62(5):693—702.
20. Fukuta Y., Fukuta M., Hayashi E. et al. Improvement of mental health and the quality of life after catheter ablation for paroxysmal supraventricular tachycardia. *Nip Koshu Eisei Zasshi* 2004;51(8):592—602.
21. Van den Berg M.P., Hassink R.J., Tuinenburg A.E. et al. Quality of life in patients with paroxysmal atrial fibrillation and its predictors: importance of the autonomic nervous system. *Eur Heart J* 2001;22:247—53.
22. Sears S.F., Lewis T.S., Kuhl E.A. et al. Predictors of Quality of Life in Patients With Implantable Cardioverter Defibrillators. *Psychosomatics* 2005;46:5.
23. Eaker E.D., Sullivan L.M., Kelly-Hayes M. et al. 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;67(5):692—6.
24. 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;11(2):104—9.
25. Mayou R., Sprigings D., Birkhead J. et al. Characteristics of patients presenting to a cardiac clinic with palpitation. *QJM* 2003;96(2):115—23.
26. Санькова Т.А., Соловьева А.Д., Недоступ А.В. Сравнительный анализ симптоматики пароксизма мерцательной аритмии и панических атак. *Кардиология* 2004;6:26—30.
27. Хаспекова Н.Б., Соловьева А.Д., Недоступ А.В. и др. Влияние клоназепама и антиаритмических препаратов на вариабельность ритма сердца больных с пароксизмальной формой мерцательной аритмии. *Кардиология* 2005;45(1):35—40.
28. Krahn A.D., Manfreda J., Tate R.B. et al. The natural history of atrial fibrillation: incidence, risk factors, and prognosis in the Manitoba follow-up study. *Am J Med* 1995;98:476—84.
29. Dunbar F. Character and symptom formation — Some Preliminary Notes with Special Reference to Patients with Hypertensive, Rheumatic and Coronary Disease. *Jnt J Psychoanal* 1938;8:8—18.
30. Pedersen S.S., van Domburg R.T., Theuns D.A.M.J. et al. Type D Personality Is Associated With Increased Anxiety and Depressive Symptoms in Patients With an Implantable Cardioverter Defibrillator and Their Partners. *Psychosom med* 2004;66:714—9.
31. Смулевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств. М., 2009;205 с.
32. Смулевич А.Б., Волель Б.А., Медведев В.Э. и др. Развития личности при соматических заболеваниях (к проблеме нажитой ипохондрии). *Псих расстр в общ мед* 2008;2:3—11.
33. Kang Y. Effect of uncertainty on depression in patients with newly diagnosed atrial fibrillation. *Prog Cardiovasc Nurs* 2006;21(2):83—8.
34. Ong L., Cribbie R., Harris L. et al. Psychological correlates of quality of life in atrial fibrillation. *Qual Life Res* 2006;15(8):1323—33.
35. Paquette M., Roy D., Talajic M. et al. Role of gender and personality on quality-of-life impairment in intermittent atrial fibrillation. *American Journal of cardiology*. 2000;86(7):713—812.
36. Palomo L., Rubio C., Gervas J. The comorbidity in primary care. *Gac Sanit*. 2006;20:182—91.
37. Медведев В.Э., Копылов Ф.Ю., Троснова А.П. и др. Психосоматические соотношения при кризовом течении гипертонической болезни. *Псих расстр в общ мед* 2007;1:10—3.