

ISSN 1607-419X
ISSN 2411-8524 (Online)
УДК 159.9:616.8-008.6:616.127



Ассоциация типа личности Д и уровня депрессии с копинг-стратегиями у больных хроническим коронарным синдромом

А. Н. Сумин, А. В. Щеглова

Федеральное государственное бюджетное научное
учреждение «Научно-исследовательский институт
комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»,
Кемерово, Россия

Контактная информация:

Сумин Алексей Николаевич,
ФГБНУ «НИИ КПССЗ»,
Сосновый бул., д. 6, г. Кемерово,
Россия, 650002.
Тел.: 8 (3842) 64-44-61.
E-mail: an_sumin@mail.ru

*Статья поступила в редакцию
02.02.23 и принята к печати 10.11.23.*

Резюме

Цель исследования — изучить ассоциации типа личности Д и уровня депрессии с копинг-стратегиями преодоления стресса у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). **Материалы и методы.** В исследование включены 112 пациентов (68 мужчин и 45 женщин) в возрасте от 25 до 81 года, поступивших на плановое чрескожное коронарное вмешательство в ФГБНУ «НИИ КПССЗ». Для определения типа личности Д использовали опросник DS-14. Для определения уровня тревоги и депрессии использовали госпитальную шкалу HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Для оценки копинг-стратегий использовали опросники «Способы совладающего поведения» (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) и «Индикатор стратегий преодоления стресса» (The Coping Strategy Indication, CSI). Больных разделили на группы в двух вариантах: 1) с наличием или отсутствием типа личности Д и 2) с наличием субклинической или клинической депрессии и ее отсутствием. **Результаты.** Наличие типа личности Д выявлено у 35,4% больных, отсутствие — у 64,6% пациентов. Наличие депрессии выявлено у 25,5% больных, отсутствие депрессии — у 74,5% больных. Больные с типом не-Д чаще применяли редкое использование стратегий «Самоконтроль» ($p = 0,04$) и «Бегство-избегание» по сравнению с типом Д ($p = 0,05$). Больные с депрессией чаще использовали стратегии «Разрешение проблем» (43% и 11%, $p = 0,020$), «Поиск социальной поддержки» (43% и 5%, $p = 0,001$) и «Избегание» (21% и 2%, $p = 0,012$), редко использовали «Конфронтационный копинг» (36% против 9%, $p = 0,001$), без депрессии — умеренное использование данной стратегии (66% против 43%, $p = 0,033$). Независимыми факторами, ассоциированными с типом Д, оказались уровень тревожности ($p = 0,022$), наличие депрессии ($p = 0,044$) и умеренное предпочтение копинг-стратегии «Принятие ответственности» ($p = 0,019$). Модель бинарной логистической регрессии была статистически значимой ($\chi^2(3) = 19,3$, $p < 0,001$). Независимыми факторами, ассоциированными с депрессией, были уровень негативной возбудимости ($p = 0,001$) и редкое использование стратегии «Конфронтационный копинг» ($p = 0,001$). Модель бинарной логистической регрессии была статистически значимой ($\chi^2(2) = 21,9$, $p < 0,001$). **Заключение.** У больных ИБС с депрессией выявлено преобладание копинг-стратегий: «Стратегия поиска социальной поддержки», «Стратегия избегания», «Стратегия

разрешения проблем» и реже — «Конфронтационный копинг». При типе личности Д реже использовали копинг-стратегию «Самоконтроль» и чаще — стратегию «Бегство-избегание».

Ключевые слова: тип личности Д, копинг-стратегии, депрессия, стресс, хронический коронарный синдром

Для цитирования: Сумин А. Н., Щеглова А. В. Ассоциация типа личности Д и уровня депрессии с копинг-стратегиями у больных хроническим коронарным синдромом. Артериальная гипертензия. 2024;30(3):304–317. doi:10.18705/1607-419X-2024-2305. EDN: VWKZZA

Association of personality type D and depression level with coping strategies in patients with chronic coronary syndrome

A. N. Sumin, A. V. Shcheglova

Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russia

Corresponding author:

Aleksey N. Sumin,
Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases,
6 Sosnoviy blvd., Kemerovo, 650002
Russia.
Phone: 8 (3842) 64-44-61.
E-mail: an_sumin@mail.ru

Received 2 February 2023;
accepted 10 November 2023.

Abstract

Objective. To study associations of personality type D and depression level with coping strategies for coping with stress in patients with coronary heart disease (CHD). **Design and methods.** The study included 112 patients (68 men and 45 women), aged 25 to 81 years, who were admitted for elective percutaneous coronary intervention at the Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases. To determine the type of personality D, the DS-14 questionnaire was used. To determine the level of anxiety and depression, the hospital scale HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) was used. To evaluate coping strategies, the questionnaires “Ways of Coping Behavior” (WCQ) and “Indicator of Coping Strategies” (The Coping Strategy Indication, CSI) were used. The patients were divided into groups in two variants: 1) with the presence or absence of personality type D and 2) with the presence of subclinical or clinical depression and its absence. **Results.** The presence of personality type D was detected in 35,4 % of patients, absence — in 64,6 % of patients. The presence of depression was detected in 25,5 % of patients, the absence of depression — in 74,5 % of patients. Patients with type no-D were more likely to use rare “Self-control” strategies ($p = 0,04$) and “Escape-avoidance” compared to type D ($p = 0,05$). Patients with depression more often used the strategies of “Problem resolution” (43 % and 11 %, $p = 0,020$), “Search for social support” (43 % and 5 %, $p = 0,001$) and “Avoidance” (21 % and 2 %, $p = 0,012$), rarely used “Confrontational coping” (36 % vs. 9 %, $p = 0,001$), without depression — moderate use of this strategy (66 % vs. 43 %, $p = 0,033$). The independent factors associated with type D were the level of anxiety ($p = 0,022$), the presence of depression ($p = 0,044$) and a moderate preference for the coping strategy “Taking responsibility” ($p = 0,019$). The binary logistic regression model was statistically significant ($\chi^2(3) = 19,3$, $p < 0,001$). Independent factors associated with depression were the level of negative excitability ($p = 0,001$) and the rare use of the “Confrontational coping” strategy ($p = 0,001$). The binary logistic regression model was statistically significant ($\chi^2(2) = 21,9$, $p < 0,001$). **Conclusions.** In patients with CHD with depression, the predominance of coping

strategies was found: “Social support search strategy”, “Avoidance Strategy”, “Problem resolution Strategy” and, less often, “Confrontational coping”. With personality type D, the coping strategy “Self-control” was used less often and the “Escape-avoidance” strategy was used more often.

Key words: personality type D, coping strategies, depression, stress, chronic coronary syndrome

For citation: Sumin AN, Shcheglova AV. Association of personality type D and depression level with coping strategies in patients with chronic coronary syndrome. Arterial'naya Gipertenziya = Arterial Hypertension. 2024;30(3):304–317. doi:10.18705/1607-419X-2024-2305. EDN: VWKZZA

Введение

Личностные особенности пациента не только играют существенную роль в его восприятии своего заболевания [1], но и могут определять другие параметры, которые учитывают в пациент-ориентированном подходе (качество жизни, предпочтения при выборе метода лечения и так далее) [2, 3]. Более того, психологические особенности пациентов могут влиять на выраженность соматических проявлений стрессовых воздействий, на развитие проявлений психологического дистресса и даже на прогноз пациентов [4, 5]. Неудивительно, что среди исследователей сохраняется интерес к изучению данной проблемы, и одним из таких направлений является тип личности Д. Данный тип личности характеризуется сочетанием двух черт — эмоциональным пессимизмом и интроверсией [6]. Исследования данного типа личности продолжают более двух десятилетий. В настоящее время убедительно показано его негативное влияние на качество жизни при различных заболеваниях, предрасположенность таких лиц к развитию психологического дистресса (тревоги и депрессии), а также негативное влияние на прогноз при некоторых сердечно-сосудистых заболеваниях (прежде всего, у больных ишемической болезнью сердца (ИБС)) [7–9]. Выявлены два основных механизма негативного влияния типа личности Д на развитие и прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний — биологический (реализация негативного воздействия повседневного стресса на активацию нейрогормональных систем, развитие эндотелиальной дисфункции, повышение концентрации провоспалительных биомаркеров) и поведенческий (склонность к нездоровому образу жизни, недостаточное следование рекомендациям врача) [10]. Исследования, направленные на коррекцию негативного влияния типа личности Д на прогноз, столкнулись с определенными проблемами, — изменить склонность больных к нездоровому стилю жизни трудно было без влияния на их личностные особенности, а тип личности Д оказался стабилен во времени [11] и практически не менялся даже при активных реабилитационных мероприятиях с участием психолога [12]. Поэтому внимание исследователей привлека-

ли воздействия с коррекцией негативных последствий стресса для больного. Стратегии преодоления стресса (или копинг-стратегии) при типе личности Д стали изучать как у здоровых лиц [13–15], так и при различных заболеваниях [16, 17], в том числе и у больных с сердечно-сосудистой патологией [18, 19]. В то же время известно, что наличие депрессии у больных ИБС обладает схожим негативным влиянием на качество жизни [20] и прогноз [21]. Тем не менее оценка копинг-стратегий у больных ИБС при наличии депрессии до сих пор практически не изучена, лишь единичные публикации посвящены данному вопросу [22]. Это послужило основой для настоящего **исследования, целью** которого было изучение ассоциации типа личности Д и уровня депрессии с копинг-стратегиями преодоления стресса у больных ИБС.

Материалы и методы

В исследование было включено 112 больных ИБС (45 мужчин и 67 женщин, возраст $62,9 \pm 1,0$ год, от 25 до 81 года), поступивших в отделение хирургического лечения сложных нарушений сердечного ритма и электрокардиостимуляции ФГБНУ «НИИ КПССЗ» для проведения планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в период с октября 2020 года по октябрь 2021 года. Критерии включения были следующие: стабильная ИБС, планируемое ЧКВ, способность адекватно выполнить анкетирование, подписание добровольного информированного согласия. Критерии исключения из исследования: острый коронарный синдром, тяжелые сопутствующие заболевания, неспособность понять и/или выполнить процедуры протокола исследования, отказ пациента от начала или продолжения исследования. Исследование было согласовано с Этическим комитетом института и проводилось в соответствии с Хельсинкским соглашением всемирной медицинской ассоциации.

На догоспитальном этапе и в стационаре больным проводилось стандартное предоперационное обследование, результаты которого были получены из информационной системы ФГБНУ «НИИ КПССЗ» и медицинских карт пациентов. В ходе обследования проводилось дополнительное анкетиро-

рование пациентов. Для определения типа личности Д использовали опросник DS-14, состоящий из 14 вопросов, включающий подшкалы NA («негативная возбудимость») и SI («социальная подавленность») [23]. При наличии 10 баллов и выше по каждой из шкал диагностировали тип личности Д. Для определения уровня тревоги и депрессии использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Каждому утверждению шкалы HADS соответствуют четыре варианта ответа. Чем больше общий балл, тем сильнее выражены симптомы тревоги или депрессии. При наличии 8–10 баллов определяли субклинически выраженную тревогу/депрессию; при 11 баллах и выше — клинически выраженную тревогу/депрессию.

Для оценки копинг-стратегий были использованы опросники «Способы совладающего поведения» (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) и «Индикатор стратегий преодоления стресса» (The Coping Strategy Indication, CSI). Подробно применение и трактовка данных опросников описаны нами ранее [24].

Опросник «Способы совладающего поведения» (Ways of Coping Questionnaire, WCQ), разработанный S. Folkman и R. Lazarus, в адаптации Л. И. Вассермана и соавторов [25] применяли для диагностирования копинг-стратегий. Опросник содержит пятьдесят различных вариантов поведения в проблемной или трудной жизненной ситуации. В зависимости от того, как часто испытуемый использует описываемый вариант поведения, ему предлагаются утверждения «никогда», «редко», «иногда», «часто». Эти утверждения оцениваются по 4-балльной системе и сгруппированы в следующие шкалы: «Конфронтационный копинг», «Планирование решения проблемы», «Самоконтроль», «Положительная переоценка», «Принятие ответственности», «Дистанцирование», «Поиск социальной поддержки», «Бегство-избегание». Конфронтационный копинг предполагает агрессивное поведение с целью изменения положения дела, враждебность, готовность к риску. Для копинг-стратегии «Планирование решения проблемы» характерна деятельность, включающая анализ, разработку алгоритмов решения проблемы. Копинг-стратегии «Самоконтроль» свойственны усилия по регулированию и управлению своими эмоциями и действиями. Для копинг-стратегии «Положительная переоценка» присущи усилия по поиску положительных моментов в проблемной или трудной жизненной ситуации. Копинг-стратегия «Принятие ответственности» — это осознание собственной роли в возникновении проблемы и возможные способы ее решения.

Копинг-стратегия «Дистанцирование» предполагает усилия по отделению себя от проблемной ситуации и снижению ее значимости. Копинг-стратегия «Поиск социальной поддержки» — это обращение к окружающим за помощью. Для копинг-стратегии «Бегство-избегание» характерны усилия, которые направлены к уходу от трудной жизненной ситуации. Обработку «сырых» показателей осуществляли путем перевода в стандартные Т-баллы. Кроме того, степень выраженности для больного той или иной копинг-стратегии определялась как редкое использование, либо умеренное использование, либо выраженное предпочтение соответствующей стратегии.

С помощью опросника «Индикатор стратегий преодоления стресса» (The Coping Strategy Indication, CSI; адаптация Н. А. Сирота и соавторов [26]) определяли доминирующие копинг-стратегии личности. Эта методика позволяет выделить три группы основополагающих копинг-стратегий: «Разрешение проблем», когда человек выявляет проблему и находит эффективные способы ее решения; «Поиск социальной поддержки» — обращение к окружающим и за эмоциональной помощью (сочувствие, понимание), и за информационной помощью (полезная информация, совет), и за материальной поддержкой; стратегия «Избегание», способствующая снижению эмоционального напряжения путем ухода от проблемной ситуации. В опроснике 33 суждения, на которые респондент дает следующие варианты ответа: полностью согласен, согласен, не согласен. Ответы оцениваются по 3-балльной системе. Шкалам присуждаются различные уровни использования доминирующих копинг-стратегий: очень низкий, низкий, средний, высокий.

Дальнейший анализ проводился при разделении больных на группы в двух вариантах: 1) с наличием или отсутствием типа личности Д и 2) с наличием субклинической или клинической депрессии (8 и более баллов по шкале HADS) и ее отсутствием (менее 8 баллов по шкале HADS). При таком разделении на группы анализировали преобладающие копинг-стратегии у больных с типом Д или наличием депрессии по сравнению с больными без таких проявлений психологического дистресса.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ SPSS 17.0. Проверка распределения количественных переменных на нормальность проводилась с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. При нормальном распределении данные представлены в виде среднего и ошибки среднего ($M \pm m$), при отличном от нормального распределения — в виде медианы и квартилей (25-го и 75-го процентилей). Для сравнения двух

групп применяли t-критерий Стьюдента, критерий Манна–Уитни и критерий χ^2 (хи-квадрат). Для оценки факторов, ассоциированных с наличием типа личности Д и субклинической или клинической депрессии, был проведен множественный логистический регрессионный анализ (метод Forward Stepwise LR). В качестве независимых переменных в модели были включены клинические факторы копинг-стратегии, полученные в опроснике WSQ, а также наличие депрессии, уровень депрессии и тревоги по данным опросника HADS (для модели с типом личности Д) или наличие типа Д, баллы по шкалам NA и SI (для модели с депрессией). Уровень критической значимости (p) был принят 0,05.

Результаты

В таблице 1 представлена общая клиническая характеристика обследованных нами больных ИБС перед проведением ЧКВ. У пациентов часто встречалась сопутствующая артериальная гипертензия (в 86 % случаев), более половины из них перенесли ранее инфаркт миокарда (57 %), стенокардия II–III функционального класса выявлена у 75 % пациентов. Выраженность хронической сердечной недостаточности была невысокой (0–I стадии) у 60 % больных. У пациентов преобладали поражение одной (71 %) и двух коронарных артерий (22 %). При сопоставлении больных с наличием либо отсутствием типа личности Д по клиническим показателям отличия были выявлены только по частоте сахарного диабета — в группе больных с типом Д он выявлен в 35 % случаев, в группе без типа Д — в 15 % ($p = 0,018$). В свою очередь, у больных с депрессией чаще встречалась хроническая сердечная недоста-

точность IIВ стадии по сравнению с больными без депрессии ($p = 0,023$). По остальным клиническим параметрам группы с различными проявлениями психологического дистресса между собой не различались.

Средние баллы по подшкалам опросников DS-14 и HADS среди всей когорты обследованных представлены на рисунке 1. Наличие типа личности Д выявлено у 40 больных, отсутствие — у 73 пациентов. У больных с типом личности Д отмечены более высокий уровень тревоги (5,0 против 4,0 баллов, $p = 0,010$) и депрессии (7,0 против 5,0 баллов, $p < 0,001$) по сравнению с больными без типа личности Д. По данным опросника HADS, наличие субклинической и клинической депрессии (8 баллов и выше) выявлено у 28 больных, отсутствие депрессии — у 82 больных. У больных с депрессией чаще выявляли тип личности Д (57 % против 27 %, $p = 0,003$) и более высокий уровень негативной возбудимости по шкале NA (13,0 против 9,3 баллов, $p < 0,001$) по сравнению с больными без депрессии.

На рисунках 2 и 3 представлены средние значения подшкал копинг-стратегий изученных опросников в зависимости от наличия/отсутствия типа личности Д и депрессии. Ни по одной шкале эти показатели не различались в группах с типом личности Д и его отсутствием или в группе больных с депрессией и ее отсутствием. При более детальной оценке копинг-стратегий с выделением частоты использования той или иной стратегии преодоления стресса отличия уже были выявлены. Так, больные в группе с типом не-Д чаще применяли редкое использование стратегий «Самоконтроль» ($p = 0,04$) и «Бегство-избегание» по сравнению с типом Д

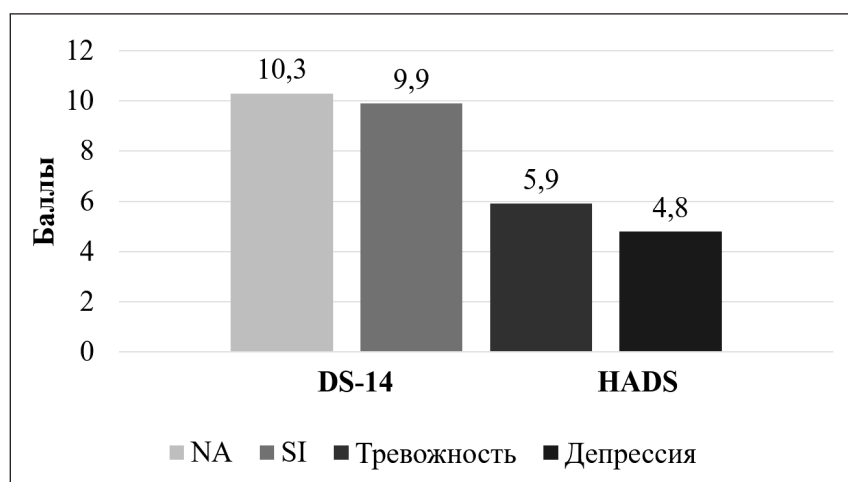


Рисунок 1. Значения шкал DS-14 и HADS у больных ишемической болезнью сердца (в целом по всей когорте)

Примечание: DS-14 — опросник для определения типа личности Д; HADS — госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale); NA — негативная возбудимость; SI — социальное подавление.

Таблица 1

**ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Показатель	n = 112
Мужчины, n (%)	45 (41)
Возраст, годы	62,9 ± 1,0
Индекс массы тела, кг/м ²	25,2 ± 0,4
Инвалидность, n (%)	34 (30)
Работающие, n (%)	44 (40)
Курение, n (%)	51 (46)
Артериальная гипертензия, n (%)	93 (86)
Сахарный диабет, n (%)	25 (23)
Инсульт в анамнезе, n (%)	10 (9)
Инфаркт миокарда в анамнезе, n (%)	62 (57)
Коронарное шунтирование в анамнезе, n (%)	10 (9)
Каротидная эндартерэктомия в анамнезе, n (%)	3 (3)
Функциональный класс стенокардии, n (%)	16 (15)
I, n (%)	12 (11)
II, n (%)	67 (61)
III n (%)	15 (14)
Хроническая сердечная недостаточность, n (%)	7 (6)
I, n (%)	58 (54)
IIA, n (%)	41 (38)
PIB, n (%)	4 (4)
Стенозы 1 коронарной артерии, n (%)	78 (71)
Стенозы 2 коронарных артерий, n (%)	24 (22)
Стенозы 3 коронарных артерий, n (%)	9 (8)
Стеноз ствола левой коронарной артерии, n (%)	2 (2)
Общий холестерин, Ме (LQ; UQ) ммоль/л	4,15 [3,4; 4,85]
Липопротеины высокой плотности, Ме (LQ; UQ) ммоль/л	1,26 [0,93; 1,77]
Липопротеины низкой плотности, Ме (LQ; UQ) ммоль/л	2,67 [1,75; 3,84]
Триглицериды, Ме (LQ; UQ) ммоль/л	1,4 [1,1; 1,9]
Мочевина, Ме (LQ; UQ) мкмоль/л	6,85 [5,75; 8,2]
Креатинин, Ме (LQ; UQ) мкмоль/л	84,5 [75,0; 99,5]
Глюкоза, Ме (LQ; UQ) ммоль/л	6,35 [5,15; 7,7]

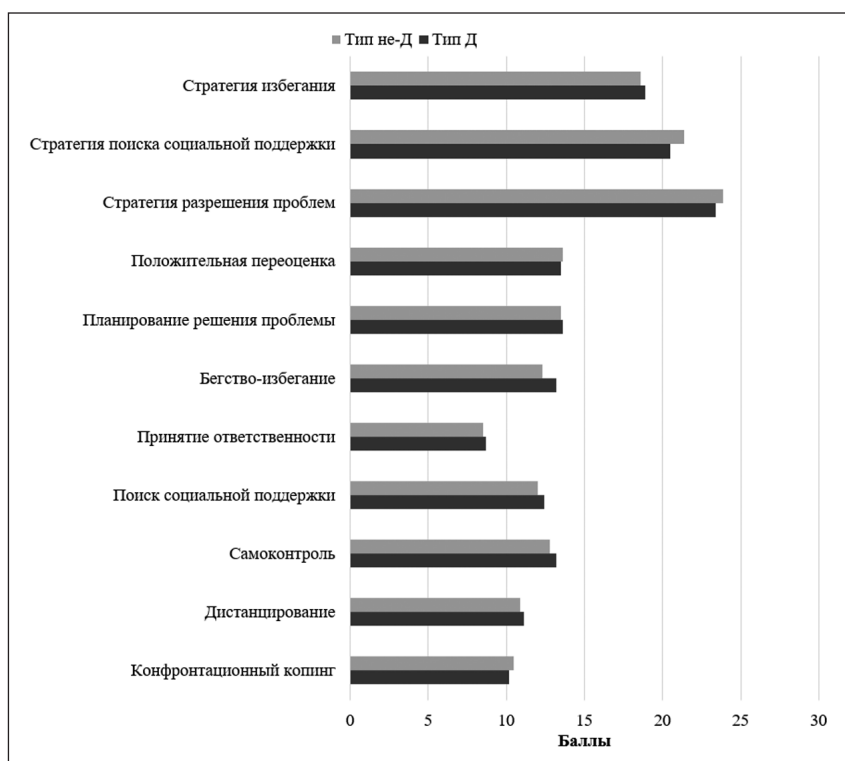


Рисунок 2. Значения шкал опросников «Способы совладающего поведения Лазаруса» и «Индикатор копинг-стратегий Амирхана» у больных ишемической болезнью сердца с типом личности Д и при его отсутствии

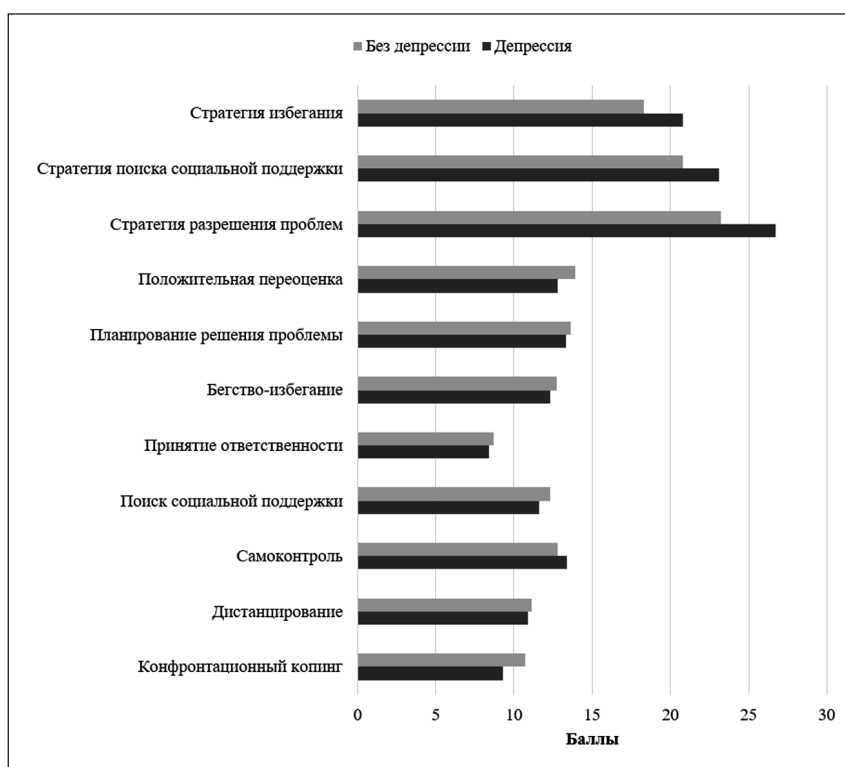


Рисунок 3. Значения шкал опросников «Способы совладающего поведения Лазаруса» и «Индикатор копинг-стратегий Амирхана» у больных ишемической болезнью сердца с наличием/отсутствием депрессии

($p = 0,05$) (табл. 2) по данным опросника WSQ. Тем не менее частота использования различных копинг-стратегий в опроснике Амирхана в группах с типом Д и без него не отличалась (табл. 4).

Различия в использовании стратегий преодоления стресса в группах с наличием или отсутствием депрессии оказались более выраженными. Для больных с депрессией более характерным оказалось редкое использование стратегии «Конфронтационный копинг» (36 % против 9 %, $p = 0,001$), для больных без депрессии — умеренное использование данной стратегии (66 % против 43 %, $p = 0,033$) (табл. 3). По данным опросника Амирхана, у больных с депрессией отмечены высокие уровни использования стратегий «Разрешение проблем» (43 % и 11 %, $p = 0,020$), «Поиск социальной поддержки» (43 % и 5 %, $p = 0,001$) и «Избегание» (21 % и 2 %, $p = 0,012$) по сравнению с пациентами без депрессии (табл. 5).

По данным множественной логистической регрессии, при включении в модель результатов опросников WSQ, HADS и клинических факторов (табл. 6) независимыми факторами, ассоциированными с наличием типа личности Д, оказались уровень тревожности ($p = 0,022$), наличие депрессии ($p = 0,044$) и умеренное предпочтение копинг-стратегии «Принятие ответственности» ($p = 0,019$). Модель бинарной логистической регрессии была статистически значимой ($\chi^2(3) = 19,3$, $p < 0,001$), она объясняла 24,9 % (Nagelkerke R^2) вариативности наличия типа личности Д и корректно классифицировала 69,8 % случаев.

В модель для депрессии были включены, помимо клинических факторов и результатов опросника WSQ, сведения о наличии типа личности Д и значения подшкал опросника DS-14. С наличием депрессии были независимо ассоциированы уровень негативной возбудимости ($p = 0,001$) и редкое использование стратегии «Конфронтационный копинг». Модель бинарной логистической регрессии была статистически значимой и в этом случае ($\chi^2(2) = 21,9$, $p < 0,001$), при этом объясняла 30,6 % (Nagelkerke R^2) вариативности наличия типа личности Д и корректно классифицировала 79,8 % случаев.

Обсуждение

В настоящем исследовании продемонстрировано преобладание следующих копинг-стратегий у лиц с депрессией: «Стратегия поиска социальной поддержки», «Стратегия избегания», «Стратегия разрешения проблем» и реже — «Конфронтационный копинг». У больных с типом личности Д различия в способах преодоления стресса оказа-

лись менее выраженными: они реже использовали копинг-стратегию «Самоконтроль» и чаще — стратегию «Бегство-избегание».

Последний факт оказался вполне ожидаемым. Ранее для лиц с типом личности Д при изучении копинг-стратегий, как правило, выявляли дезадаптивные способы преодоления стресса. Так, среди молодых здоровых лиц было показано, что с типом личности Д была ассоциирована копинг-стратегия «Бегство-избегание», а с типом не-Д — стратегия «Положительная переоценка» [24]. У больных ИБС также отмечены сходные показатели — чаще встречались стратегии преодоления стресса «Избегание», «Принятие-смирение» [19] и «Перекладывание ответственности» [22], реже — «Конфронтация» [19] и «Планирование» [22]. Различия в выраженности и конкретных проявлениях неадекватных копинг-стратегий в данном и ранее проведенных исследованиях могут быть объяснены как влиянием этнических и культурных особенностей, так и влиянием возраста и наличия сердечно-сосудистого заболевания. Например, для жителей Китая традиционная установка «чувствовать себя непринужденно при любых обстоятельствах» может способствовать использованию стратегии «Принятие-смирение» среди китайских пациентов. Соответственно, пациенты с типом Д определяют болезнь как стрессовую неконтролируемую ситуацию, они чувствуют себя безнадежными, склонны воспринимать болезнь как конец жизни. В связи с этим они не готовы обращаться за лечением и поддержкой, что может объяснять их плохую приверженность к лечению [18].

У больных с наличием депрессии дезадаптивные копинг-стратегии были более выражены. Прежде всего следует отметить стратегию «Бегство-избегание», которая в предыдущих исследованиях была характерна именно для больных с типом личности Д. До настоящего времени практически нет данных о копинг-стратегиях у больных ИБС с наличием депрессии. Возможно, это объясняется преимущественным использованием медикаментозных методов коррекции депрессивных симптомов у данной категории больных [27] и меньшей успешностью поведенческих воздействий [28]. В недавнем исследовании D. Yamaguchi и соавторов (2020) было показано, что наличие депрессии ассоциировано с низким уровнем использования стратегии планирования [22].

Каково возможное клиническое значение данного исследования? Прежде всего хочется отметить, что для больных ИБС после проведения ЧКВ именно через неадекватные копинг-стратегии реализовалось неблагоприятное прогностическое влияние типа личности Д [19]. С другой сторо-

**СПОСОБЫ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЛАЗАРУСА
У БОЛЬНЫХ С ТИПОМ ЛИЧНОСТИ Д И ПРИ ЕГО ОТСУТСТВИИ**

Показатель	Тип Д (n = 40)	Тип не-Д (n = 73)	P ₁	P ₂
Конфронтационный копинг				
Редкое использование стратегии, n (%)	5 (12,5)	13 (17,8)	0,225	0,46
Умеренное использование стратегии, n (%)	27 (67,5)	39 (53,4)		0,14
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	7 (17,5)	20 (27,4)		0,23
Дистанцирование				
Редкое использование стратегии, n (%)	10 (13,7)	4 (10,0)	0,541	0,56
Умеренное использование стратегии, n (%)	41 (56,2)	21 (52,5)		0,71
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	14 (35,0)	21 (28,8)		0,49
Самоконтроль				
Редкое использование стратегии, n (%)	0	7 (9,6)	0,429	0,04
Умеренное использование стратегии, n (%)	15 (37,5)	23 (31,5)		0,51
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	23 (57,5)	42 (57,5)		0,99
Поиск социальной поддержки				
Редкое использование стратегии, n (%)	2 (5,0)	10 (13,7)	0,244	0,15
Умеренное использование стратегии, n (%)	19 (47,5)	31 (42,5)		0,61
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	18 (45,0)	31 (45,0)		0,79
Принятие ответственности				
Редкое использование стратегии, n (%)	4 (10,0)	17 (23,3)	0,139	0,08
Умеренное использование стратегии, n (%)	35 (87,5)	54 (74,0)		0,09
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	0	1 (1,4)		0,45
Бегство-избегание				
Редкое использование стратегии, n (%)	1 (2,5)	10 (13,7)	0,227	0,05
Умеренное использование стратегии, n (%)	14 (34,3)	25 (34,3)		0,93
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	24 (60,0)	37 (50,68)		0,34
Планирование решения проблемы				
Редкое использование стратегии, n (%)	1 (2,5)	4 (5,5)	0,267	0,46
Умеренное использование стратегии, n (%)	11 (27,5)	24 (32,9)		0,55
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	27 (67,5)	44 (60,3)		0,44
Положительная переоценка				
Редкое использование стратегии, n (%)	2 (5,0)	6 (8,22)	0,434	0,52
Умеренное использование стратегии, n (%)	12 (30,0)	25 (34,3)		0,64
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	25 (62,5)	41 (56,2)		0,51

Примечание: P₁ — уровень значимости для стратегии в целом; P₂ — уровень значимости для отдельных вариантов использования стратегии.

Таблица 3

**СПОСОБЫ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЛАЗАРУСА В ГРУППАХ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НАЛИЧИЕМ/ОТСУТСТВИЕМ ДЕПРЕССИИ**

Показатель	Наличие депрессии (n = 28)	Отсутствие депрессии (n = 82)	P ₁	P ₂
Конфронтационный копинг				
Редкое использование стратегии, n (%)	10 (36)	7 (9)	0,003	0,001
Умеренное использование стратегии, n (%)	12 (43)	54 (66)		0,033
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	6 (21)	21 (26)		0,659
Дистанцирование				
Редкое использование стратегии, n (%)	3 (11)	10 (12)	0,972	0,835
Умеренное использование стратегии, n (%)	16 (57)	46 (56)		0,924
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	9 (32)	26 (32)		0,966
Самоконтроль				
Редкое использование стратегии, n (%)	0	6 (7)	0,771	0,143
Умеренное использование стратегии, n (%)	10 (36)	28 (34)		0,881
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	17 (61)	48 (59)		0,840
Поиск социальной поддержки				
Редкое использование стратегии, n (%)	4 (14)	7 (9)	0,286	0,383
Умеренное использование стратегии, n (%)	12 (43)	38 (46)		0,750
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	12 (43)	37 (45)		0,836
Принятие ответственности				
Редкое использование стратегии, n (%)	8 (29)	12 (15)	0,336	0,100
Умеренное использование стратегии, n (%)	20 (71)	69 (84)		0,141
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	0	1 (1)		0,559
Бегство-избегание				
Редкое использование стратегии, n (%)	3 (11)	7 (9)	0,497	0,730
Умеренное использование стратегии, n (%)	12 (43)	27 (33)		0,345
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	13 (46)	48 (59)		0,268
Планирование решения проблемы				
Редкое использование стратегии, n (%)	2 (7)	2 (2)	0,237	0,253
Умеренное использование стратегии, n (%)	6 (21)	27 (33)		0,174
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	20 (71)	51 (62)		0,380
Положительная переоценка				
Редкое использование стратегии, n (%)	2 (7)	5 (6)	0,401	0,846
Умеренное использование стратегии, n (%)	12 (43)	25 (30)		0,234
Выраженное предпочтение стратегии, n (%)	14 (50)	52 (63)		0,213

Примечание: P₁ — уровень значимости для стратегии в целом; P₂ — уровень значимости для отдельных вариантов использования стратегии.

**ИНДИКАТОР КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ АМИРХАНА
У БОЛЬНЫХ С ТИПОМ ЛИЧНОСТИ Д И ПРИ ЕГО ОТСУТСТВИИ**

Показатель	Тип Д (n = 40)	Тип не-Д (n = 73)	P ₁	P ₂
Стратегия разрешения проблем				
Очень низкий уровень использования стратегии, n (%)	0	0	0,577	–
Низкий уровень использования стратегии, n (%)	13 (29,5)	15 (20,5)		0,43
Средний уровень использования стратегии, n (%)	27 (61,3)	44 (60,2)		0,88
Высокий уровень использования стратегии, n (%)	4 (9,1)	13 (17,8)		0,38
Стратегия поиска социальной поддержки				
Очень низкий уровень использования стратегии, n (%)	6 (13,6)	5 (6,8)	0,776	0,31
Низкий уровень использования стратегии, n (%)	4 (9,1)	10 (13,6)		0,65
Средний уровень использования стратегии, n (%)	29 (65,9)	49 (67,1)		0,99
Высокий уровень использования стратегии, n (%)	4 (9,1)	8 (11,0)		0,84
Стратегия избегания				
Очень низкий уровень использования стратегии, n (%)	8 (18,2)	13 (17,8)	0,539	0,9
Низкий уровень использования стратегии, n (%)	32 (71,7)	55 (75,3)		0,72
Средний уровень использования стратегии, n (%)	2 (4,5)	0		0,14
Высокий уровень использования стратегии, n (%)	2 (4,5)	3 (4,1)		0,95

Примечание: P₁ — уровень значимости для стратегии в целом; P₂ — уровень значимости для отдельных вариантов использования стратегии.

ны, высказывается предположение, что через поведенческие воздействия на неадекватные копинг-стратегии возможно нивелировать неблагоприятное влияние типа личности Д на прогноз [29], хотя для подтверждения этого предположения требуется проведение соответствующих исследований. Следует отметить, что попытки повлиять на распространенность типа личности Д у больных не увенчались успехом, он стабилен во времени [12]. Тем не менее в многоцентровом исследовании SPIRR-CAD было показано, что программа психотерапии оказалась особенно эффективной у больных ИБС с типом личности Д для уменьшения выраженности депрессивных симптомов [28], что позволяет предположить перспективность продолжения исследований в данной области. Также есть данные, что добавление стратегий «Обучение и копинг» улучшило приверженность больных к курсу кардиологической амбулаторной реабилитации [30]. Значимость оценки копинг-стратегий у больных ИБС с наличием депрессии различной выраженности еще предстоит изучить, эти данные могут помочь в разработке программ поведенческих воз-

действий, особенно в отношении планирования поведения против стрессоров [22].

Ограничения исследования: субъективная оценка больными своего состояния с помощью опросников могла повлиять на адекватную оценку как наличия типа личности Д, так и на уровень выявленных признаков тревоги и депрессии. Кроме того, поперечный характер исследования не позволяет сделать заключение о причинно-следственной связи типа личности Д и депрессии с копинг-стратегиями.

Заключение

У больных ИБС при обследовании перед проведением ЧКВ тип личности Д выявлен у 35,4 % больных, субклинический и клинический уровень депрессии по данным опросника HADS — в 25 % случаев. У больных с депрессией выявлено преобладание следующих копинг-стратегий: «Стратегия поиска социальной поддержки», «Стратегия избегания», «Стратегия разрешения проблем» и реже — «Конфронтационный копинг». При типе личности Д у больных ИБС различия в способах преодоления стресса оказались менее выраженными: они реже

Таблица 5

**ИНДИКАТОР КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ АМИРХАНА
У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НАЛИЧИЕМ/ОТСУТСТВИЕМ ДЕПРЕССИИ**

Показатель	Наличие депрессии (n = 28)	Отсутствие депрессии (n = 82)	P ₁	P ₂
Стратегия разрешения проблем				
Очень низкий уровень использования стратегии, n (%)	0	0	0,033	-
Низкий уровень использования стратегии, n (%)	8 (28,5)	18 (22)		0,575
Средний уровень использования стратегии, n (%)	8 (28,5)	55 (67)		0,027
Высокий уровень использования стратегии, n (%)	12 (43)	9 (11)		0,020
Стратегия поиска социальной поддержки				
Очень низкий уровень использования стратегии, n (%)	6 (21)	6 (7)	0,004	0,204
Низкий уровень использования стратегии, n (%)	2 (7)	11 (13)		0,811
Средний уровень использования стратегии, n (%)	8 (29)	61 (75)		0,006
Высокий уровень использования стратегии, n (%)	12 (43)	4 (5)		0,001
Стратегия избегания				
Очень низкий уровень использования стратегии, n (%)	3 (11)	16 (20)	0,006	0,457
Низкий уровень использования стратегии, n (%)	16 (57)	64 (78)		0,223
Средний уровень использования стратегии, n (%)	3 (11)	0		0,019
Высокий уровень использования стратегии, n (%)	6 (21)	2 (2)		0,012

Примечание: P₁ — уровень значимости для стратегии в целом; P₂ — уровень значимости для отдельных вариантов использования стратегии.

Таблица 6

**ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С НАЛИЧИЕМ ТИПА ЛИЧНОСТИ Д ИЛИ ДЕПРЕССИИ
У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ БИНАРНОЙ
ЛОГИСТИЧЕСКОЙ РЕГРЕССИИ (МЕТОД FORWARD STEPWISE LR)**

Показатель	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Тип личности Д						
Умеренное предпочтение стратегии «Принятие ответственности»	1,727	0,735	5,514	1	0,019	5,623
Уровень тревожности в баллах	0,184	0,080	5,247	1	0,022	1,202
Наличие депрессии	1,159	0,576	4,041	1	0,044	3,186
Constant	-3,408	0,881	14,970	1	0,000	0,033
Депрессия						
Негативная возбудимость	0,237	0,070	11,509	1	0,001	1,267
Редкое использование стратегии «Конфронтационный копинг»	2,081	0,693	9,018	1	0,003	8,011
Constant	-4,136	0,933	19,645	1	0,000	0,016

использовали копинг-стратегию «Самоконтроль» и чаще — стратегию «Бегство-избегание». Выявленные дезадаптивные копинг-стратегии позволят выработать программы поведенческих воздействий у данной категории больных, направленные как на улучшение их приверженности к лечению, так и на улучшение прогноза.

Благодарность / Acknowledgements

Авторы выражают особую благодарность студентам ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России: Аньчковой М. И., Федоровой Д. Н., Шабалиной К. А., Дулуш В. Х. за оказанную помощь при проведении данного исследования. / The authors express special gratitude to the students of the Kemerovo State Medical University: An'chkova M. I., Fedorova D. N., Shabalina K. A., Dulush V. H. for their assistance in conducting this study.

Финансирование / Funding

Работа выполнена при поддержке Комплексной программы фундаментальных исследований Сибирского отделения Российской академии наук в рамках темы фундаментальных исследований ФГБНУ «НИИ КПССЗ» № 0419–2022–0002 «Разработка инновационных моделей управления риска развития заболеваний системы кровообращения с учетом коморбидности на основе изучения фундаментальных, клинических, эпидемиологических механизмов и организационных технологий оказания медицинской помощи в промышленном регионе Сибири». / The work was carried out with the support of the Comprehensive Program of Fundamental Research of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences within the framework of the topic of fundamental research of the Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases No. 0419–2022–0002 “Development of innovative models for managing the risk of developing diseases of the circulatory system, taking into account comorbidity, based on the study of fundamental, clinical, epidemiological mechanisms and organizational technologies of medical care in the industrial region of Siberia”.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. / The authors declare no conflict of interest.

Список литературы / References

1. Солодухин А. В., Малева О. В., Кухарева И. Н., Серый А. В., Трубникова О. А. Поведенческие особенности пациентов, планируемых на коронарное шунтирование. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2017;6(4):14–20. doi:10.17802/2306-1278-2017-6-4-14-20 [Solodukhin AV, Maleva OV, Kukhareva IN, Seryy AV, Trubnikova OA. Behavioral patterns in patients undergoing coronary artery bypass grafting. Kompleksnye Problemy Serdechno-sosudistykh Zabolevaniy = Complex Issues of Cardiovascular Diseases. 2017;6(4):14–20. doi:10.17802/2306-1278-2017-6-4-14-20. In Russian].
2. Ji W, Sang C, Zhang X, Zhu K, Bo L. Personality, preoperative anxiety, and postoperative outcomes: a review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12162. doi:10.3390/ijerph191912162
3. Park YM, Kim HY, Kim JY, Kim SR, Choe YH. Relationship between type D personality, symptoms, cancer stigma, and quality of life among patients with lung cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2022;57:102098. doi:10.1016/j.ejon.2022.102098
4. Tunheim K, Dammen T, Baardstu S, Moum T, Munkhaugen J, Papageorgiou C. Relationships between depression, anxiety, type D personality, and worry and rumination in patients with coronary heart disease. *Front Psychol*. 2022;13:929410. doi:10.3389/fpsyg.2022.929410
5. Yao J, Wu H, Ma Y, Xie W, Lian X, Chen X. The negative affectivity dimension of Type D personality associated with increased risk for acute ischemic stroke and white matter hyperintensity. *J Psychosom Res*. 2022;160:110973. doi:10.1016/j.jpsychores.2022.110973
6. Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*. 1996;347(8999):417–421. doi:10.1016/s0140-6736(96)90007-0
7. Wang Y, Gao X, Zhao Z, Li L, Liu G, Tao H et al. The combined impact of Type D personality and depression on cardiovascular events after acute myocardial infarction. *Psychol Med*. 2021;1–11. doi:10.1017/S0033291721002932
8. Raykh OI, Sumin AN, Korok EV. The influence of personality type D on cardiovascular prognosis in patients after coronary artery bypass grafting: data from a 5-year-follow-up study. *Int J Behav Med*. 2022;29(1):46–56. doi:10.1007/s12529-021-09992-y
9. Kauw D, Schoormans D, Sieswerda GT, Van Melle JP, Vliegen HW, Van Dijk APJ et al. Type D personality associated with increased risk for mortality in adults with congenital heart disease. *J Cardiovasc Nurs*. 2022;37(2):192–196. doi:10.1097/JCN.0000000000000747
10. Kupper N, Denollet J. Type D personality as a risk factor in coronary heart disease: a review of current evidence. *Curr Cardiol Rep*. 2018;20(11):104. doi:10.1007/s11886-018-1048-x
11. Kupper N, Boomsma DI, de Geus EJ, Denollet J, Willemsen G. Nine-year stability of type D personality: contributions of genes and environment. *Psychosom Med*. 2011;73(1):75–82. doi:10.1097/PSY.0b013e3181fdce54
12. Nyklíček I, van Beugen S, Denollet J. Effects of mindfulness-based stress reduction on distressed (type D) personality traits: a randomized controlled trial. *J Behav Med*. 2013;36(4):361–370. doi:10.1007/s10865-012-9431-3
13. Błachnio A, Przepiorka A, Czuczwar SJ. Type D personality, stress coping strategies and self-efficacy as predictors of Facebook intrusion. *Psychiatry Res*. 2017;253:33–37. doi:10.1016/j.psychres.2017.03.022
14. Kołodziej K, Kurowska A, Majda A. Intensification of Type D personality traits and coping strategies of people staying in polish penitentiary institutions-cross-sectional study. *Int J*

Environ Res Public Health. 2022;19(4):2301. doi:10.3390/ijerph19042301

15. Sumin AN, Prokashko IY, Shcheglova AV. Evaluation of coping strategies among students with type D personality. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(8):4918. doi:10.3390/ijerph19084918

16. Martin LA, Doster JA, Critelli JW, Purdum M, Powers C, Lambert PL et al. The “distressed” personality, coping and cardiovascular risk. *Stress Health*. 2010;27:64–72.

17. Grassi L, Caruso R, Murri MB, Fielding R, Lam W, Sabato S et al. Association between type-D personality and affective (anxiety, depression, post-traumatic stress) symptoms and maladaptive coping in breast cancer patients: a longitudinal study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2021;17(1):271–279. doi:10.2174/1745017902117010271

18. Yu XN, Chen Z, Zhang J, Liu X. Coping mediates the association between Type D personality and perceived health in Chinese patients with coronary heart disease. *Int J Behav Med*. 2011;18(3):277–284. doi:10.1007/s12529-010-9120-y

19. Lv H, Tao H, Wang Y, Zhao Z, Liu G, Li L et al. Impact of type D personality on major adverse cardiac events in patients undergoing percutaneous coronary intervention: The mediating role of cognitive appraisal and coping style. *J Psychosom Res*. 2020;136:110192. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110192

20. Oldroyd JC, Cyril S, Wijayatilaka BS, O’Neil A, McKenzie DP, Zavarsek S et al. Evaluating the impact of depression, anxiety & autonomic function on health related quality of life, vocational functioning and health care utilisation in acute coronary syndrome patients: the ADVENT study protocol. *BMC Cardiovasc Disord*. 2013;13:103. doi:10.1186/1471-2261-13-103

21. Zhang WY, Nan N, Song XT, Tian JF, Yang XY. Impact of depression on clinical outcomes following percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9(8): e026445. doi:10.1136/bmjopen-2018-026445

22. Yamaguchi D, Izawa A, Matsunaga Y. The association of depression with type D personality and coping strategies in patients with coronary artery disease. *Intern Med*. 2020;59(13):1589–1595. doi:10.2169/internalmedicine.3803-19

23. Пушкарев Г. С., Кузнецов В. А., Ярославская Е. И., Бессонов И. С. Надежность и валидность русскоязычной версии шкалы DS14 у больных ишемической болезнью сердца. *Российский кардиологический журнал*. 2016;21(6):50–54. doi:10.15829/1560-4071-2016-6-50-54 [Pushkarev GS, Kuznetsov VA, Yaroslavskaya EI, Bessonov IS. Reliability and validity of Russian version of ds14 score for ischemic heart disease patients. *Russian Journal of Cardiology*. 2016;(6):50–54. doi:10.15829/1560-4071-2016-6-50-54. In Russian].

24. Сумин А. Н., Прокашко И. Ю., Щеглова А. В. Стратегии совладания у молодых здоровых людей с типом личности D. *Российский открытый медицинский журнал*. 2022;11:e0408. doi:10.15275/rusomj.2022.0408 [Sumin AN, Prokashko IYu, Shcheglova AV. Coping strategies in young healthy individuals with type D personality. *Russ Open Med J*. 2022;11:e0408. doi:10.15275/rusomj.2022.0408. In Russian].

25. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Исаева Е. Р. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. Пособие для врачей и медицинских психологов. СПб: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. 38 с. [Wasserman LI, Iovlev BV, Isaeva ER. Technique for psychology diagnostics of ways to cope with stressful and problematic situations for a person. A manual for doctors and medical psychologists. St Petersburg: NIPNI them V. M. Bekhtereva, 2009. 38 p. In Russian].

26. Духновский С. В. Диагностика межличностных отношений. СПб: Речь, 2009. 141 с. [Dukhnovsky SV. Diagnostics of interpersonal relationships. SPb: Speech, 2009. 141 p. In Russian].

27. Кельмансон И. А. Рецензия на коллективную монографию «Современная психокардиология» Е. В. Лебедевой, Т. Г. Нонка, А. Н. Репина, Е. В. Шишневой, Е. Д. Счастно-го, Г. Г. Симуткина, Л. А. Левчук. *Медицинская психология в России*. 2020;12(4):12. doi:10.24412/2219-8245-2020-4-12 [Kelmanson IA. Review of the collective monograph “Modern psychocardiology” by EV Lebedeva, TG Nonka, AN Repina, EV Shishneva, ED Schastny, GG Simutkina, LA Levchuk. *Med. Psych Russ*. 2020;12(4):12. doi:10.24412/2219-8245-2020-4-12. In Russian].

28. Herrmann-Lingen C, Beutel ME, Bosbach A, Deter HC, Fritzsche K, Hellmich M et al. A stepwise psychotherapy intervention for reducing risk in coronary artery disease (SPIRR-CAD): results of an observer-blinded, multicenter, randomized trial in depressed patients with coronary artery disease. *Psychosom Med*. 2016;78(6):704–715. doi:10.1097/PSY.0000000000000332

29. Сумин А. Н., Щеглова А. В. Концепция типа личности D — это компонент в формировании персонализированного подхода или прогностический фактор при лечении сердечно-сосудистых заболеваний? *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(9):3996. doi:10.15829/1560-4071-2020-3996 [Sumin AN, Shcheglova AV. Is the concept of type D personality a component of personalized medicine or a prognostic factor in the treatment of cardiovascular diseases? *Russ J Cardiol*. 2020;25(9):3996. doi:10.15829/1560-4071-2020-3996. In Russian].

30. Lynggaard V, Nielsen CV, Zwisler AD, Taylor RS, May O. The patient education — learning and coping strategies — improves adherence in cardiac rehabilitation (LC-REHAB): a randomised controlled trial. *Int J Cardiol*. 2017;236:65–70. doi:10.1016/j.ijcard.2017.02.051

Информация об авторах

Сумин Алексей Николаевич — заведующий лабораторией коморбидности при сердечно-сосудистых заболеваниях ФГБНУ «НИИ КПССЗ», ORCID: 0000-0002-0963-4793, e-mail: an_sumin@mail.ru;

Щеглова Анна Викторовна — научный сотрудник лаборатории коморбидности при сердечно-сосудистых заболеваниях ФГБНУ «НИИ КПССЗ», ORCID: 0000-0002-4108-164X, e-mail: nura.karpovitch@yandex.ru.

Author information

Aleksey N. Sumin, MD, PhD, DSc, Head, Laboratory of Comorbidity in Cardiovascular Diseases, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, ORCID: 0000-0002-0963-4793, e-mail: an_sumin@mail.ru;

Anna V. Shcheglova, MD, Researcher, Laboratory of Comorbidity in Cardiovascular Diseases, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, ORCID: 0000-0002-4108-164X, e-mail: nura.karpovitch@yandex.ru.