

УДК 616.12-005.4-02:616.89-06

СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ БИПСИХОСОЦИОДУХОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ МЕНТАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

© 2015 г. П. И. Сидоров, Е. П. Совершаева

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является острой ментальной эпидемией современного мира. На максимальном уровне обобщения ее можно рассматривать как стрессогенную ментальную ловушку сингулярной реальности.

Болезнь требует разработки мультидисциплинарного подхода к этиопатогенезу и клинике, превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной помощи. Предложена синергетическая концепция ИБС, включающая выделение трех донозологических факторов: предрасположения – кардиогенной семьи, латентного – кардиогенного диатеза, инициального – нейроциркуляторной дистонии по кардиальному типу (кардионевроз) и трех нозологических: дебюта, хронизации и исхода. Обоснованы механизмы и патоклиника траектории развития пандемии ИБС на четырехмерной модели, позволяющей измерять и прогнозировать ресурсы сомато- и психо-, социо- и анимогенеза. Представлена мультидисциплинарная программа помощи.

Ключевые слова: ИБС, синергетика, биопсихосоциодуховная концепция, соматогенез, психогенез, социогенез, анимогенез, ментальная эпидемия, мультидисциплинарная программа помощи

SYNERGETIC BIOPSYCHOSOCIOSPIRITUAL CONCEPTION OF MENTAL EPIDEMIC OF ISCHEMIC HEART DISEASE

P. I. Sidorov, E. P. Sovershaeva

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

Ischemic heart disease (IHD) is a burning mental epidemic of the contemporary world. At the maximum level of generalization, it can be considered as a stress-producing mentality trap of singular reality.

IHD requires development of a multidisciplinary approach to etiopathogenesis and clinical findings, preventive-correctional and medical-rehabilitation aid. There has been proposed a synergetic conception of IHD including three prenosological fractals: predisposition - a cardiogenic family, latent - cardiogenic diathesis, initial - the neurocirculatory dystonia of the cardiac type (cardiac neurosis), and three nosological fractals: an onset, chronization and an outcome. There have been grounded mechanisms and pathogenesis of the trajectory of an IHD pandemic development on a four-dimensional model that allowed to measure and prognosticate resources of somato- and psycho-, socio- and animogenesis. There has been given a multidisciplinary program of aid.

Keywords: IHD, synergetics, biopsychosociospiritual conception, somatogenesis, psychogenesis, sociogenesis, animogenesis, mental epidemic, multidisciplinary aid program

Библиографическая ссылка:

Сидоров П. И., Совершаева Е. П. Синергетическая биопсихосоциодуховная концепция ментальной эпидемии ишемической болезни сердца // Экология человека. 2015. № 9. С. 27–37.

Sidorov P. I., Sovershaeva E. P. Synergetic Biopsychosociospiritual Conception of Mental Epidemic of Ischemic Heart Disease. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2015, 9, pp. 27-37.

Частота ишемической болезни сердца (ИБС) наиболее высока в экономически развитых странах, прежде всего в США и Великобритании, что в существенной мере отражает лишь уровень культуры здоровья и качества диагностики.

В среднем возрасте стенокардия более распространена у женщин, чем у мужчин, вероятно, в связи с более высокой распространенностью среди женщин функциональной ИБС (например, микрососудистой стенокардии), тогда как для старших возрастов картина обратная. С возрастом распространенность стенокардии увеличивается у лиц обоих полов: у женщин с 5–7 % в 45–64 года до 10–12 % в 65–84 года, а у мужчин в тех же возрастных группах с 4–7 до 12–14 %. Более чем у половины больных стенокардией тяжесть симптомов серьезно ограничивает их повседневную активность и часто приводит к преждевременной утрате работоспособности [1, 24, 26].

Ишемическая болезнь сердца является ведущей причиной инвалидности и смертности трудоспособного населения во всех странах. В России распространенность ИБС растет, а по смертности от нее наша страна находится на первом месте в мире – 58 % наших сограждан преждевременно и скоропостижно уходят из жизни из-за обострения именно сердечно-сосудистых заболеваний [2].

Увеличение сердечно-сосудистой заболеваемости особенно отмечается в периоды системных кризисов, требующих мобилизации всех мультидисциплинарных адаптационных ресурсов общества и личности. Именно поэтому задачей статьи является концептуально-методологическое обоснование синергетической биопсихосоциодуховной парадигмы ИБС и новых стратегий противостояния кардиальной пандемии как ментальной ловушки «кризисной социальной ишемии».

Этиопатогенез ишемической болезни сердца

Понимание этиопатогенеза ИБС совершенствуется по мере получения новых данных фундаментальных, клинических и эпидемиологических исследований. В настоящее время говорят о многофакторности этиологии ИБС. Существуют внешние и внутренние факторы, способствующие развитию ИБС, которых в настоящее время выделено более 30. К основным факторам риска относят гиперхолестеринемия, артериальную гипертонию (АГ), курение, сахарный диабет (СД), малоподвижный образ жизни, нервно-психическое перенапряжение, избыточную массу тела, мужской пол, пожилой возраст, наследственную предрасположенность, особенности личности и поведения (тип А), злоупотребление алкоголем, нарушение тромбообразования. Особенно неблагоприятное значение имеет сочетание нескольких факторов. Так, при сочетании 3–4 факторов риска вероятность заболевания ИБС возрастает в несколько раз [18].

В связи с негативными тенденциями увеличения заболеваемости и смертности от ИБС в России представляется необходимым углубленное изучение психологических и поведенческих факторов (повышенная стрессовая реактивность, враждебность, поведение типа А), обнаруживающих связь с возникновением и прогрессированием ИБС. В условиях социально-экономического кризиса, переживаемого обществом, роль данных факторов еще более возрастает.

Психоэмоциональные стрессы входят в число ведущих факторов риска ИБС [22, 23], среди которых выделяют неблагоприятные жизненные и часто повторяющиеся стрессовые ситуации, психическое перенапряжение, умственное переутомление. К стрессовым факторам можно отнести также неустойчивость и непредсказуемость социально-экономического статуса и уровня социальных связей, качество межличностных отношений и неожиданность жизненных событий, противоречивую информированность о своем здоровье и отношении к нему.

Влияние стрессовых факторов на возникновение ИБС доказывается многочисленными исследованиями. Большинство больных ИБС связывают начало заболевания с нервно-эмоциональным перенапряжением, обусловленным острыми либо длительно действующими раздражителями в профессиональной сфере. Конфликты в трудовой среде нередко сопровождаются конфликтами в семье.

В более чем 1/3 случаев инфаркт миокарда развивается непосредственно после острых психических травм или длительного психоэмоционального напряжения. У мужчин до 50 лет в 80 % случаев развитию острого инфаркта миокарда предшествует эмоциональное напряжение в течение 2 часов, часто связанное с рабочим перенапряжением и большой ответственностью. Развитию инфаркта миокарда в 20–30 % случаев предшествовала острая психическая травма, а в 80 % случаев — длительное психоэмоциональное напряжение. Доказана важная

роль психоэмоционального напряжения в развитии внезапной смерти у больных ИБС.

Часто ИБС развивается в течение 6 месяцев или раньше после различных ситуаций, например утраты близкого человека, потери работы, переезда на новое место. Иногда больные вспоминали не одно крупное событие, а длительный период лишения сна и покоя в связи с возникшими трудностями, перед которыми они чувствовали себя беспомощными [24].

В 66 % случаев отмечается существование до возникновения болезни психосоциальных ситуаций, предшествующих появлению клинических симптомов ИБС. Среди них: 1) семейные трудности: конфликты с членами семьи, развод и др.; 2) переутомление в результате интенсивной работы, высокая профессиональная ответственность; 3) напряженная профессиональная жизнь, конфликты с начальством, подчиненными и коллегами, смена должности; 4) отсутствие профессиональных и семейных изменений в течение месяца, предшествующего первому проявлению болезни. Наибольшая роль при ИБС принадлежит стрессу на работе. Повторяющиеся мощные психоэмоциональные переживания, сопровождающиеся тревожно-фобическим и танатофобическим синдромом, являются важным фактором в развитии и прогрессировании ИБС [10].

Среди населения выявлена высокая личностная тревожность и ослабление социальных связей, что может говорить о наличии напряженности в психоэмоциональной сфере, которая является звеном в этиопатогенезе ИБС. Одним из дополнительных предрасполагающих к возникновению ИБС факторов может служить алекситимия, которая выявляется у более половины больных ИБС [18, 26].

Предрасполагающим к возникновению ИБС является поведенческий тип А, к которому относятся лица с легковозбудимой нервной системой, неудержимым стремлением к соперничеству, постоянному психоэмоциональному напряжению. При типе А повышено количество липопротеидов низкой плотности, холестерина сыворотки крови, триглицеридов, 17-гидрокортикостероидов — факторов риска ИБС. Сердечно-сосудистые заболевания возникают чаще у тех представителей типа А, которые за относительно короткое время до развития заболевания находились в состоянии особенно выраженного возбуждения, двигательного беспокойства, взвинченности, которое затем сменилось подавленностью и депрессией. Имеется устойчивость в динамике поведения типа А, которое изменяется с трудом [11, 22].

Основоположником мультидисциплинарного подхода в кардиологии по праву считается академик Е. И. Чазов [26]. Сегодня этот подход требует полномасштабной мобилизации синергетической методологии в условиях системного кризиса: закрытия предприятий и роста безработицы, жесткой конкуренции и интенсификации труда, девальвации рубля и нарастающего краха банковской системы, снижения социальной

защищенности и утратой видения перспектив жизни, растущим драматизмом восприятия резкой дифференциации общества по социально-экономической и религиозно-национальной принадлежности — все это приводит к взрывному изменению стиля и качества жизни, провоцируя социальную стрессогенность и запуская кардиальную психосоматическую пандемию.

Эпидемические масштабы распространенности ИБС могут оцениваться как **ментальная эпидемия** — возникновение в коллективе или на территории случаев (вспышки) с частотой, существенно превышающей обычно ожидаемую. Ментальные эпидемии переходят в разряд **деструктивных**, когда начинают угрожать общественному сознанию всей страны в целом. Общественное сознание — это интегральное качество ментального здоровья нации. В этом случае включаются **механизмы генерализации, расширения и неконтролируемого воспроизводства**, раскручивая интенсивность эпидемического процесса до **пандемии**, охватывающей не только страны, но и континенты [20]. Если при ментальных эпидемиях преобладают ранние формы ИБС, то при деструктивных ментальных эпидемиях — хронические типы течения, а при пандемиях — исходные состояния и осложнения.

Ведущей этиопатогенетической особенностью кардиальной пандемии является стрессогенная ментальная ловушка, состоящая в прогрессирующем повышении базового уровня психоэмоционального напряжения как следствия сингулярного цивилизационного тренда, за которым не успевают адаптационные организационно-функциональные ресурсы общества и саногенетические ресурсы личности. Не случайно И. Л. Андреев и Л. Н. Назарова [1] предлагают весь класс кардиологической патологии относить к системной и комплексной патологии «болезней гомеостаза», обусловленных недостаточностью, избытком или неадекватностью приспособительных систем организма.

Синергетика ишемической болезни сердца

Динамика развития ИБС (табл. 1) включает следующие фракталы: **предиспозиция** — кардиогенная семья, **латентный** — кардиогенный диатез, **инициальный** — нейроциркуляторная дистония (НЦД) по кардиальному типу (кардионевроз), **развернутая клиническая картина** — ментальная эпидемия ИБС, **хронизация** — деструктивная ментальная эпидемия формы и типы течения ИБС, **исход** — пандемия: соматоневрологические осложнения ИБС.

Фрактал **кардиогенной семьи** является начальным при формировании ИБС. Нарушения семейных взаимоотношений и распределения ролей могут способствовать формированию патологии.

Психологические факторы, связанные с семьей, межличностными взаимоотношениями в семье, уровнем эмоционального принятия и поддержки, могут играть важную роль в раннем возникновении ИБС. В семье пациентов с ИБС часто обнаруживается недостаток материнской любви, обусловленный разлукой или смертью. Отец не является авторитетом или помощником. Отношения родителей между собой нередко характеризуются конфликтом доминантности. Общение с людьми вне семьи ограничено. Надежда родителей концентрируется на достижениях детей. Потенциальные больные инфарктом миокарда переживают с детства потери как грубые нарцисстические обиды и социальные катастрофы [22, 28].

Следующим является фрактал **кардиогенного диатеза** — это нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние, которое может трансформироваться в заболевание под влиянием экзогенных (стресс) и эндогенных (генетически обусловленные аномалии и т. п.) факторов. Он представляет собой один из вариантов специфического диатеза или предрасположения в общей группе недифференцированных психических диатезов.

Таблица 1

Фрактальная динамика развития ментальной эпидемии ишемической болезни сердца

Вектор онтогенеза	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиция: кардиогенная семья	Латентный: кардиогенный диатез	Инициальный: НЦД по кардиальному типу	Развернутая клиническая картина /ментальная эпидемия ИБС	Хронизация: формы и типы течения /деструктивная ментальная эпидемия ИБС	Исход: соматоневрологические осложнения / пандемия
Соматогенез	Наследственная отягощенность	Склонность к патологическим физиологическим реакциям	Кардионевроз	Ишемическая болезнь сердца	Формы и типы течения	Соматические осложнения
Психогенез	Психофизиологическая диспозиция	Преморбидные личностные особенности	Психосоматические реакции	Соматоформные нарушения	Психосоматические нарушения	Соматопсихические нарушения
Социогенез	Дисгармония семейных отношений	Дисгармония социализации личности	Нарушения значимых социальных отношений	Преходящая социальная дисфункция	Социальная декомпенсация	Социальная дезадаптация (инвалидность)
Анимогенез	Духовно-нравственная дефицитарность или амбивалентность семьи	Дисгармония формирования нравственных чувств	Деформация нравственного облика	Деструкция духовно-нравственной позиции	Вероятность аморальных поступков	Возможность противоправного поведения

У человека, имеющего кардиогенный диатез, при воздействии внешних или внутренних факторов риска развивается **НЦД по кардиальному типу (кардионевроз)** — это нарушение в деятельности центральной нервной системы, которое носит функциональный характер и при дальнейшем воздействии негативных факторов из латентной фазы может перейти в стадию развернутого заболевания. Среди обследованных нами [22] 99 больных ИБС (57 женщин и 42 мужчины; средний возраст $(52,72 \pm 0,91)$ года) у 45,5 % возникновению ИБС предшествовала НЦД по кардиальному типу (кардионевроз).

Критериями кардионевроза являются [9, 23.]:

- непрерывные и рецидивирующие в течение ≥ 3 мес симптомы: неприятные ощущения или боли в области сердца; изменения силы и ритма сердечных сокращений (усиленное сердцебиение, тахикардия, экстрасистолия);
- возникновение или усиление симптомов в связи со стрессовыми ситуациями или в периоды гормональной перестройки (пубертатный, климактерический периоды, беременность);
- признаки вегетативной дисфункции (локальная потливость, мраморность или похолодание конечностей, стойкий белый дермографизм); лабильность сердечного ритма со склонностью к тахикардии; лабильность артериального давления;
- лабильность и неспецифические изменения конечной части желудочкового комплекса; положительные ЭКГ-пробы с хлоридом калия, β -адреноблокаторами, гипервентиляцией и в ортостазе; временная реверсия зубца Т при проведении пробы с физической нагрузкой.

К кардионеврозу можно отнести и хронические психогенные кардиалгии. Около 80 % пациентов на амбулаторных приемах страдают именно от психогенных кардиалгий. Они часто обнаруживаются в структуре аффективных и вегетативных нарушений и на этом основании их рассматривают в рамках психовегетативных расстройств [9, 25].

Критериями диагностики психогенных кардиалгий по DSM являются: 1) преобладание пролонгированных болей; 2) отсутствие органичной патологии; 3) временная связь с психотравмой; 4) избегание пациентами излишней деятельности; 5) использование боли как фактора достижения социальной поддержки.

Воздействие специфичных для ИБС факторов риска в дальнейшем может привести к развитию **клинической картины впервые возникшей ИБС**. При возникновении ИБС, кроме наследственной предрасположенности, соматического состояния человека, стрессового фактора, также играют роль и другие специфичные и предрасполагающие факторы, среди которых ведущими являются: курение, АГ, гормональные изменения (климакс), гиперхолестеринемия, поведенческий тип А, возраст. Каждый из данных факторов может способствовать развитию заболевания.

Различные формы и типы течения ИБС отра-

жают многовариантные траектории развития болезни. Особенности течения и формы ИБС зависят от воздействия психологических и духовно-нравственных, социальных и соматических факторов. Течение заболевания может быть стабильным, с редкими обострениями или лабильным, приводящим к быстрому развитию осложнений.

К **соматоневрологическим осложнениям ИБС** относят соматические осложнения, а также психические расстройства невротического и психотического уровней, являющиеся следствием влияния на психику соматического заболевания. Соматоневрологические осложнения являются исходом длительно текущего с лабильным течением заболевания.

Среди соматических осложнений и тяжелых вариантов ИБС можно отметить инфаркт миокарда, аритмии, острую сердечную недостаточность, кардиогенный шок, тромбоэмболические осложнения, перикардит, аневризму, фибрилляцию желудочков, внезапную сердечную смерть [5, 18].

Далее остановимся на каждом из векторов синергетической модели ИБС. **Соматогенез (онтогенетическое развитие соматических функций) ИБС** предполагает в первом фрактале наличие наследственной предрасположенности. Почти у 1/3 пациентов имела место наследственная предрасположенность к ИБС, чаще среди родителей, старших сестер, братьев. В латентном фрактале соматогенеза ИБС можно отметить наличие склонности к патологическим физиологическим реакциям, что может проявляться, например, тахикардией и повышением артериального давления при стрессовых ситуациях. Здесь очень важными оказываются ранее указанные факторы, предрасполагающие к развитию ИБС.

При анализе частоты встречаемости факторов риска возникновения ИБС нами было выявлено, что у 2/3 (70,4 %) пациентов заболевание возникло уже на фоне существующей АГ, что является закономерным, так как общеизвестно, что осложнением АГ может служить развитие ИБС. На момент возникновения ИБС у 2/3 пациенток наблюдалась возрастная гормональная перестройка. Немногим более чем у 1/2 (53,9 %) больных заболевание возникло в возрасте старше 50 лет. Поведенческий тип А, характеризующийся напористым поведением со стремлением к соперничеству, также наблюдался почти у половины (43,8 %) пациентов. Явления дислипидемии, избыточного веса и гиподинамии отмечались у каждого третьего пациента (37,4 %).

У 1/5 пациентов (19,1 %) отмечено курение как фактор риска; 2/3 обследованных мужчин (64,5 %) курили. У 1/10 больных (11,3 %) выявлено наличие сахарного диабета 2 типа или нарушений толерантности к глюкозе, что говорило об обменных нарушениях [22].

Нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу (кардионевроз) нами обозначена как функциональное расстройство, так как она может и не перейти в стадию развернутого заболевания. Далее

следует развернутая клиническая картина впервые возникшего заболевания.

Ишемическая болезнь сердца протекает в различных клинических формах: стабильной стенокардии, нестабильной (прогрессирующей) стенокардии, безболевой (бессимптомной, «немой») ишемии миокарда, вазоспастической стенокардии (вариант Принцметала), синдрома «Х» (микроваскулярной стенокардии), инфаркта миокарда, внезапной смерти и хронической сердечной недостаточности [5].

Формы и типы течения ИБС зависят от воздействия внешних и внутренних факторов, в связи с чем возможно относительно благоприятное течение заболевания или лабильное, с частыми ухудшениями. Конечным фракталом соматогенеза ИБС являются соматические осложнения, среди которых можно отметить аритмии, сердечную недостаточность, тромбоэмболические осложнения и др.

Психогенез (онтогенетическое развитие психических функций) ИБС в первом фрактале представлен психофизиологической диспозицией, предполагающей наличие специфических врожденных особенностей, которые могут способствовать развитию заболевания. Нами, в частности, обнаружены следующие психофизиологические особенности: слабый и среднеслабый типы нервной системы, низкие значения показателей эргичности, темпа, высокая эмоциональность, эмоциональная неустойчивость. От психофизиологических характеристик зависит выраженность физиологического ответа на стрессор. Отмеченные психофизиологические особенности способны вызвать более выраженную и патологическую реакцию на стрессор. Второму фракталу психогенеза присущи преморбидные личностные особенности, среди них можно отметить тревожность, мнительность, повышенную впечатлительность, замкнутость, настороженность, ипохондрические особенности [10, 22].

В инициальный период заболевания возможны психосоматические реакции, проявляющиеся жалобами на единичные симптомы со стороны соматического состояния (учащение пульса, повышение артериального давления, изменение частоты и глубины дыхания, внезапная мышечная слабость, кратковременное нарушение стула и др.), с длительностью расстройства от нескольких минут до нескольких дней, не нарушающие функции органа. При дальнейшей психической травматизации происходит трансформация психосоматических реакций в соматоформные нарушения, которые также являются функциональными, но продолжаются более длительно (более 6 месяцев) и сопровождаются повторяющимися, множественными и клинически значимыми жалобами [23]. В данном фрактале также возможны нозогенные реакции на факт впервые обнаруженного заболевания, проявляющиеся тревожной, астенической, фобической, депрессивной симптоматикой. В дальнейшем возможен переход в психосоматические нарушения, которые уже носят хронический и необратимый характер. При тяжелом

течении ИБС вероятно наличие неврастенической, астенодепрессивной и астеноипохондрической симптоматики.

Ишемическая болезнь сердца — заболевание, имеющее серьезный прогноз, объективно представляющее угрозу для жизни, поэтому в зависимости от особенностей личности диапазон психологических реакций на болезнь может быть достаточно широким. У больных стенокардией более чем в 70 % случаев отсутствуют выраженные явления дезадаптации в связи с заболеванием и отношение к болезни складывается из «эргопатического» и «гармоничного» типов; примерно у 5–10 % встречается анозогностический тип [2].

Клинические особенности течения ИБС, ассоциирующиеся с гипернозогнозией и гипонозогнозией, включают как его варианты, так и характеристики состояния пациента на момент обследования. Так, гипернозогнозия значимо выше в тех случаях, когда: первым проявлением ИБС стал инфаркт миокарда; больной перенес несколько инфарктов миокарда (2 коронарные катастрофы и более); имело место наступление инвалидности в среднем возрасте (до 65 лет). Напротив, гипонозогнозия ассоциируется с дебютом ИБС со стабильной стенокардией или неопасными для жизни нарушениями сердечного ритма, наличием в анамнезе только одного инфаркта миокарда или отсутствием в прошлом коронарных катастроф, а также наступлением инвалидности в позднем возрасте (65 лет и старше).

Ишемическая болезнь сердца может явиться причиной развития депрессии. Депрессия, в свою очередь, ухудшает прогноз ИБС из-за сопряженного с аффективной патологией снижения приверженности к лечению. В свете психосоматических соотношений депрессии, наблюдающиеся у больных ИБС, подразделяются на обнаруживающие тесные патогенетические связи с сердечно-сосудистой патологией (депрессии I типа — нозогенные, соматоформные) и депрессии, формирующиеся, как правило, при соучастии эндогенных механизмов или обнаруживающих аффинитет к расстройствам личности (депрессии II типа — манифестируют в пределах циклотимии, дистимии, аффективных фаз в рамках расстройств личности) [23].

У больных ИБС, имеющих адаптивные нервно-психические реакции, высокие показатели приверженности к лечению. Снижение комплаентности больных ИБС наблюдается при появлении психической дезадаптации, характерной для лиц с болевыми формами ишемии миокарда [7].

Предстоящая операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) для пациентов с ИБС чаще представляет собой значимое и неопределенное в отношении будущего событие, стрессовую ситуацию. Принятие решения об операции для пациента инициирует этап ожидания, во время которого актуализируются эмоциональные переживания, когнитивная переработка, отражающиеся на стратегиях преодолевающего стресс

поведения. В 81,1 % случаев в ситуации ожидания операции наблюдаются деструктивные формы реагирования (отрицание реальной угрозы (4,95 %); доминирование эмоционального компонента отношения к болезни (46,5 %), когнитивной составляющей отношения к болезни (17,8 %); поведенческого компонента отношения к болезни (11,88 %)) [6].

В самом последнем фрактале, говорящем об исходе заболевания, возникают соматопсихические нарушения, являющиеся следствием влияния на психику длительно текущего заболевания.

Социогенез (онтогенетическое развитие социальных ролей и отношений) ИБС начинается с дисгармонии семейных отношений. Дисгармония может быть связана с нарушениями одного или нескольких видов семейных отношений: психологических (открытость, доверие, забота друг о друге, взаимная моральная и эмоциональная поддержка), психофизиологических (половые отношения), социальных (распределение ролей, материальная зависимость, авторитет, руководство), культурных (национальные и религиозные традиции и обычаи). Все эти виды отношений влияют на воспитание ребенка в семье. Вследствие дисгармонии семейных отношений может в дальнейшем возникнуть дисгармония социализации личности. Именно в семье ребенок усваивает большую часть имеющихся в обществе социальных отношений. Нарушенные семейные отношения будут образцом для усвоения и приведут к формированию дисгармонии личности. В дальнейшем это может привести к нарушению значимых социальных отношений во взрослом состоянии, которые станут стрессогенным фактором.

В стадии развернутой клинической картины ИБС могут возникать преходящие социальные дисфункции, связанные с необходимостью изменения образа жизни. При тяжелом течении ИБС возможно наличие социальной декомпенсации, которая проявляется в нарушении семейных, профессиональных и других социальных отношений. В исходе заболевания возникает социальная дезадаптация, связанная с выходом на инвалидность, утратой социального статуса, профессиональных и личных перспектив.

Анимогенез (онтогенетическое духовно-нравственное развитие личности) ИБС может во фрактале predisпозиции начинаться с духовно-нравственной дисгармонии, дефицитарности или амбивалентности семейных отношений, создающих хроническое психосоциальное напряжение.

Латентный фрактал кардиогенного диатеза представлен дисгармонией формирования и развития основных нравственных чувств: веры и ответственности, совести и долга, чести и достоинства. Это проявляется замедлением и нарушением моральной социализации и развития личности в любой возрастной группе.

В инициальном фрактале становятся рельефными дефицитарность или девальвация нравственного облика, проявляющегося недостаточностью выдержки и терпения, гуманности и милосердия, скромности и тактичности. В дальнейшем запускается форми-

рование синдрома деморализации [20], клиническая картина которого в каждом конкретном случае и фрактале дополняется коморбидными расстройствами в био-, психо- и социогенезе.

Фрактал развернутой клинической картины ИБС может проявляться деформацией и утратой духовно-нравственной позиции: снижением способности различения добра и зла, проявлений привязанности и любви, отказом от борьбы и продолжения жизненных испытаний, сопрягаемых в восприятии больного ИБС.

Фракталы хронизации и исхода ИБС характеризуются нарастанием всех выделенных дефиниций синдрома деморализации в рамках личностной типологии больного.

Медико-психосоциодуховная помощь больным ишемической болезнью сердца

На основе синергетической концепции формирования ИБС нами разработана программа медико-психосоциодуховной помощи больным, включающая четыре блока: медицинский, психологический, социальный и духовно-нравственный (табл. 2).

Синергетическая модель формирования ИБС требует внедрения мультидисциплинарных бригадных форм организации профилактики и коррекции, лечения и реабилитации. Превентивно-коррекционные мероприятия реализуются в первых трех донологических фракталах, а лечебно-реабилитационные — в трех нозологических, составляя единый мультидисциплинарный протокол помощи больным ИБС в рамках синергетической методологии ментальной медицины [29].

Медицинский блок в векторе соматогенеза включает оказание помощи специалистами общей практики, врачами-терапевтами, кардиологами, а при возникновении осложнений — узкими специалистами (кардиохирурги, аритмологи, неврологи, нефрологи). **Психологический блок** помощи в векторе психогенеза предполагает участие специалистов, занимающихся психическим здоровьем: психотерапевтов, клинических психологов, психиатров. **Социальная помощь** оказывается в векторе социогенеза с участием специалистов социальных служб. **Духовно-нравственный блок** в векторе анимогенеза реализуется с участием семьи и референтного окружения в микросоциальной и производственной среде, с использованием современных методов и форм образования и воспитания взрослых, коучинга и тренинга личностного роста, подключением экспертов и консультантов этических комитетов в случаях угрозы возникновения трудовых конфликтов и необходимости медиации, духовных наставников из официальных российских конфессий, участия в программах общественных организаций родственников и больных ИБС, волонтерских и социальных движений, профсоюзных и ветеранских организаций.

Синергетическая концепция формирования заболевания позволяет обосновать организацию первичных

Таблица 2

Программа медико-психосоциодуховной помощи больным ишемической болезнью сердца

Блок	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиция: кардиогенная семья	Латентный: кардиогенный диатез	Инициальный: НЦД по кардиальному типу	Развернутая клиническая картина / ментальная эпидемия ИБС	Хронизация: формы и типы течения / деструктивная ментальная эпидемия ИБС	Исход: соматоневрологические осложнения / пандемия
Медицинский	Включение лиц с наследственной предрасположенностью в группу риска и раннее их профилактическое обследование	Выявление лиц, склонных к патологическим физиологическим реакциям	Диагностика НЦД по кардиальному типу при профосмотрах; медикаментозные и немедикаментозные воздействия	Постановка клинического диагноза, назначение медикаментозной терапии, профилактика осложнений	Контроль за соматическим состоянием; адекватная медикаментозная терапия, профилактика осложнений	Лечение соматических и неврологических осложнений
Психологический	Выявление лиц со специфическими психофизиологическими особенностями и включение их в группу риска	Коррекция преморбидных личностных особенностей, повышение стрессоустойчивости	Коррекция психосоматических реакций, психотерапия	Коррекция соматических нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Коррекция психосоматических нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Психологическая реабилитация
Социальный	Выявление и коррекция дисгармонии семейных отношений	Коррекция семейных отношений и социализации личности	Гармонизация значимых социальных отношений	Адаптация к заболеванию, коррекция межличностных проблем	Профессиональная и семейная адаптация	Социальная реабилитация
Духовно-нравственный	Скрининг и коррекция «морального климата» семьи	Коррекция формирования и развития нравственных чувств	Коррекция формирования нравственного облика	Реконструкция нравственной позиции	Реконструкция нравственного поведения	Духовно-нравственная реабилитация

профилактических мероприятий еще во **фрактале предиспозиции** (кардиогенная семья), где мероприятия направлены на выявление наследственной, психофизиологической предрасположенности и на социально-психологическую и духовно-нравственную гармонизацию семейных отношений.

В **латентном фрактале** мероприятия направлены на выявление патологических физиологических реакций, коррекцию социализации личности, преморбидных особенностей. Диагностика патологических физиологических реакций должна заключаться в определении числа сердечных сокращений и уровня артериального давления у лиц, имеющих нарушения в моральной социализации личности и преморбидные личностные особенности.

В **инициальном фрактале** при возникновении НЦД по кардиальному типу для профилактики развития ИБС предполагаются медикаментозные и немедикаментозные воздействия, препятствующие развитию заболевания. Необходима стратегия первичной профилактики (устранение гиподинамии, здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, профилактика синдрома деморализации).

Во **фрактале развернутой клинической картины** ИБС требуется ранняя квалифицированная медицинская и психологическая, социальная и духовно-нравственная помощь.

Для диагностики ИБС сегодня используются: клиническая оценка приступов стенокардии; ЭКГ в состоянии покоя; суточное мониторирование ЭКГ; велоэргометрическая проба (стресс-тест под контролем ЭКГ); эхокардиография (в состоянии покоя); стресс-

эхокардиография; перфузионная сцинтиграфия миокарда; коронарная ангиография; радионуклидная ангиография во время физической нагрузки.

Данные различных исследований свидетельствуют о том, что развитие ИБС может быть в значительной степени предотвращено посредством воздействия на модифицируемые факторы риска.

Лечение стенокардии преследует две основные цели. Первая – улучшить прогноз и предупредить возникновение инфаркта миокарда и соответственно увеличить продолжительность жизни. Вторая – уменьшить частоту и снизить интенсивность приступов стенокардии для улучшения качества жизни. Приоритет принадлежит терапии, направленной на снижение риска осложнений и смерти [5, 18].

Основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии: информирование и обучение пациента; индивидуальные рекомендации по допустимой физической активности и питанию; отказ от курения.

Лекарственные препараты, улучшающие прогноз у больных стенокардией, рекомендуются всем больным с диагнозом стенокардии при отсутствии противопоказаний.

Для повышения эффективности лечения ИБС важен комплаенс и положительное отношение больного к проводимой терапии. Существенное влияние на участие пациентов с ИБС в немедикаментозной терапии оказывают психический статус, особенности личности, этика взаимоотношений больного с мультидисциплинарной бригадой специалистов. Улучшают отношение к терапии: медицинская осведомленность о заболевании, социальное благополучие, вовлечение

больного в обсуждение тактики лечения и его духовно-нравственная гармонизация.

Очень важным в этот период становится адекватное лечение для недопущения перехода в следующий фрактал.

В *исходе течения ИБС* с развитием соматоневрологических осложнений пациентам проводится медицинская и социальная, психологическая и духовно-нравственная реабилитация.

Медицинский блок программы не требует подробного обсуждения в статье, т. к. представлен в специальных кардиологических руководствах [5, 18, 26].

Для лечения коморбидных психических расстройств могут быть использованы психотропные препараты. Очевидно, что терапия пациентов с ИБС с сопутствующей аффективной патологией без применения таких средств недостаточно эффективна и не может быть признана рациональной. В схему комплексного лечения пациентов с ИБС и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами может быть рекомендован прием афобазола, тенотена и пиразидола. Афобазол и тенотен, как правило, применяются в случае преобладания тревожного радикала в структуре аффективных расстройств, а пиразидол — в случае более выраженного депрессивного компонента. Прием данных препаратов способствует улучшению качества жизни больных [8, 15, 17].

За рубежом, а в последние годы и в нашей стране тревожно-депрессивные расстройства легкой и средней степени тяжести у кардиологических больных успешно лечат кардиологи или врачи общей практики [14].

Эффективная и своевременно начатая терапия психопатологических расстройств у пациентов с ИБС может считаться неотъемлемой частью современного комплексного подхода к лечению. При этом в клинической практике используются все группы психотропных препаратов. Однако особенности динамики психосоматических сердечно-сосудистых расстройств диктуют и своеобразие терапевтического вмешательства: у пациентов с психопатологическими расстройствами на фоне базовой соматотропной терапии необходимо присоединение психотропных средств (анксиолитики, антидепрессанты, антипсихотики, снотворные, ноотропные), опосредованно стабилизирующих физиологические показатели. Кроме того, при назначении психотропных средств необходимо учитывать такие требования, как минимальная выраженность нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов, ограниченность признаков поведенческой токсичности, низкая вероятность нежелательных взаимодействий с кардиотропными и вазоактивными препаратами, простота использования (возможность назначения фиксированной дозы или минимальная потребность в ее титрации). Наконец, к основным затруднениям при назначении психотропной терапии в общей медицине относятся стигматизация больных и противоречивость представлений о возможности

назначения психотропных препаратов врачом-психиатром [16].

Столь широкий спектр проблем и требований к лекарственным средствам определяет актуальность постоянного поиска оптимальных препаратов для купирования (и тем более профилактики) психических расстройств в условиях кардиологического стационара. В этой связи перспективной представляется возможность использования нового поколения ноотропных лекарственных средств — нейропротекторов, обладающих широким спектром психофармакотерапевтической активности, включающих не только прямое активирующее действие на когнитивные функции (обучение, память, умственную деятельность и т. д.), но и анксиолитический, антиастенический, тимолептический, стимулирующий и другие эффекты. Ноотропные препараты уже применяют для лечения соматогений, астенических депрессий, астенических и гиперсомнических состояний, а также для купирования и профилактики кардионевротического и астеноневротического симптомокомплексов.

Отсутствие или недостаточная эффективность медикаментозной терапии, прогрессирующий характер стенокардии служат показаниями к проведению коронарографии и применению хирургических методов лечения [3, 13]. Частота психических нарушений в предоперационном периоде АКШ, по оценкам разных авторов, составляет 40–60 %, в послеоперационном периоде — от 13 до 64 %, причем примерно в половине случаев отмечается персистирование психических расстройств в течение 6–12 месяцев после операции [24, с. 302, 332].

Психологический блок программы. У больных ИБС в настоящее время широко используют возможности современных психотерапевтических техник, которые, как показывают исследования, могут существенно влиять на психические и соматические показатели. При ИБС с успехом используются: телесно-релаксационные методики, трансцендентальная медитация, рациональная психотерапия, гипнотические техники, самогипноз.

Одним из возможных способов повышения эффективности реабилитационных программ для больных, перенесших острый инфаркт миокарда, является поведенческая психотерапия, которая используется для коррекции психологических проблем.

При лечении больных с инфарктом миокарда используются такие методы психотерапии, как аутотренинг, гипносуггестивная терапия, арттерапия, применение которых способствует трансформации поведения типа А в поведение типа АВ, положительной динамике уровня личностной тревожности. При остром инфаркте миокарда с успехом может проводиться рациональная психотерапия и вегетостабилизирующий аутотренинг [4]. Так, у больных отмечается выравнивание адаптивных возможностей, исчезновение ипохондрических, истерических и тревожных симптомов, угасание ригидности аффекта, депрессивных и психастенических проявлений,

появляется инициативность, повышается уровень оптимизма, уверенность в благополучии жизненной перспективы и радость выздоровления [4, 22].

Практически обязательной психотерапевтической помощью стала после кардиохирургических операций [6]. У больных ИБС, перенесших операцию АКШ, после прохождения аутотренинга отмечается выраженный прирост толерантности к нагрузке. После программы трансцендентальной медитации у них отмечается снижение числа ишемических реакций на физическую нагрузку, сопровождающихся снижением реакции гемодинамики как на сопоставимую, так и на максимальную нагрузку.

Разработана структурированная программа медицинской и психологической поддержки больных ИБС, перенесших операцию АКШ, содержащая методологию процесса лечения, усиления мотивации к лечению, изменения образа жизни больного, организацию тесного сотрудничества между врачом и больным. В основу программы положено сочетание методов групповой и индивидуальной психотерапии. Кроме того, программа содержит приемы аутогенной тренировки и физического тренинга, что позволяет расширить объем лечебно-профилактических воздействий, интенсифицировать терапевтический эффект [12].

Курс групповой психотерапии позволяет выработать у больных после АКШ достаточно высокий уровень мотивации к выполнению лечебных рекомендаций и проведению самоконтроля за своим состоянием. У больных формируется активное, осознанное восприятие установок врача, внутреннее согласие с ними, качественно более высокий уровень анализа реальной ситуации, вырабатываются самостоятельные навыки психологической самопомощи в зависимости от своего конкретного состояния, достигается тенденция к действиям, направленным на реализацию достижения своих целей, формируется уверенность в успешном исходе лечения. Улучшение общего состояния отмечается у 94,4 % пациентов. По тесту СМОЛ имеется снижение внутренней напряженности, уменьшение тревоги, болезненной фиксации на состоянии своего здоровья. Программа медицинской и психологической поддержки позволяет изменить поведение и стиль жизни больных, что обуславливает улучшение качества жизни [12].

Психотерапевтический комплекс при АКШ включает рациональную, симптомориентированную психотерапию (сеансы эрикссонианского гипноза в предоперационный период для снятия тревоги, напряжения, страха за будущее), элементы позитивной, когнитивно-бихевиоральной и гештальттерапии и нейролингвистического программирования — в послеоперационный период [6].

Психотерапевтическое лечение является выгодным и с экономической точки зрения. Так, у больных инфарктом миокарда, проходивших реабилитацию с включением психотерапевтических методов, в течение последующих 5 лет меньшими было число и длитель-

ность госпитализаций, что позволило существенно снизить расходы на их медицинское обслуживание [23].

Социальный блок программы способствует преодолению односторонности социальных ориентаций и предпочтений больных. В сеансах социальной и семейной психотерапии пациент с помощью родственников или ассоциации больных учится расширять диапазон социальных ролей за счет приобретения и углубления образов «отца» и «мужа», «матери» и «жены». Чрезвычайно важным является преодоление эмоционального отрыва больного от семьи, а затем и перенос стиля своих профессиональных отношений в семью. На первых этапах семейно-социальной психотерапии предпринимается попытка отыскания «союзника», то есть члена семьи, наиболее заинтересованного в разрешении сложившейся ситуации. Чаще всего «союзником» психотерапевта и социального работника в поисках альтернативных отношений в семье оказывается супруга пациента, но ими могут быть и дети. В последующем осуществляется психосоциотерапевтическая работа с «союзником» по повышению его социальной компетентности. Супруг или супруга самостоятельно отыскивают способы повышения привлекательности семейной жизни для больного (приобретение красивого платья, кокетство, билеты в театры и на концерты, обнаружение собственной воспитательной неуверенности и просьбы к партнеру о помощи и т. д.). Подобная программа является длительной, начинается в стационаре и требует своего продолжения во внебольничных условиях [27].

Индивидуальные изменения образа и стиля жизни с коррекцией имеющихся факторов риска, наиболее последовательно и эффективно проводятся в школах для больных и их родственников. Этапные и мультидисциплинарные персонализированные кардиореабилитационные программы позволяют существенно снизить частоту госпитализаций и острых коронарных событий, общую и сердечно-сосудистую инвалидность и смертность [5, 26].

Духовно-нравственный блок программы. Скрининг и коррекция «морального климата» семьи осуществляется в ходе семейной и социальной психотерапии, реализующей задачи этико-психологической гармонизации межличностных отношений и духовно-нравственного развития семьи.

Коррекция формирования и развития основных нравственных чувств и морального облика проводится по всем духовно-нравственным модальностям личности, из которых может развиваться синдром деморализации, с учетом индивидуальных особенностей личности и микросреды, коморбидных и ассоциированных расстройств у каждого конкретного пациента [20].

Реконструкция нравственной позиции и поведения в рамках сформированного синдрома деморализации требует привлечения ресурсов морального социального тренинга, коучинга и духовных (религиозных) практик [19, 21].

Духовно-нравственная реабилитация осуществляется в рамках поддерживающей терапии, реализующей задачи невелирования пессимистически-катастрофических установок и поддержания оптимистично-ресурсной жизненной позиции.

Наиболее полно разработанная нами синергетическая технологическая платформа ментальной медицины была инструментально воплощена в **са-ногенетической терапии** — адаптивном биопсихосоциодуховном управлении сознанием и здоровьем [29]. Не случайно в числе приоритетов третьего этапа президентской инициативы «Стратегии развития наноиндустрии» на 2016 год предусмотрено исследование вопросов «управления сознанием и телом человека» (Протокол заседания Совета по науке и образованию при Президенте РФ от 24.06.2015 г. Пленарный доклад М. В. Ковальчука).

Таким образом, синергетическая методология ментальной медицины при ИБС учитывает все внешние и внутренние факторы формирования заболевания и позволяет организовать наиболее раннюю профилактику еще на донозологическом уровне.

Список литературы

1. Андреев И. Л., Назарова Л. Н. Теория относительности в кардиологии // Вестник РАН. 2013. Т. 83, № 5. С. 86–92.
2. Ардашев А. В., Лоскутов А. Ю. Практические аспекты современных методов анализа variability сердечного ритма. М. : Медпрактика, 2011. 126 с.
3. Аронов Д. М., Лупанов В. Л. Атеросклероз и коронарная болезнь сердца. М. : Триада-Х, 2009. 246 с.
4. Байкова И. А., Чурко С. М. Исследования психосоматического статуса больных ИБС // Сборник материалов ко 2-му Международному конгрессу «Психосоматическая медицина — 2007». СПб. : Реноме, 2007. С. 30–31.
5. Беленков Ю. Н., Оганов Р. Г. Кардиология : национальное руководство. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 1232 с.
6. Белокрылова М. Ф., Гарганеева Н. П., Глуценко Т. Э. Особенности личностного реагирования в ситуации ожидания оперативного вмешательства на сердце // Сборник материалов ко 2-му Международному конгрессу «Психосоматическая медицина — 2007». СПб.: Реноме, 2007. С. 38–39.
7. Бирюкова Л. А., Попова Т. Н., Великанова Л. П. Психоэмоциональные особенности личности, определяющие комплаентность больных с болевой и безболевой формой ишемической болезни сердца // Российский кардиологический журнал. 2008. № 6. С. 19–22.
8. Васюк Ю. А., Довженко Т. В. Диагностика и лечение депрессий при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. М., 2006. 58 с.
9. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Воробьева О. В. Вегетативные расстройства : руководство для врачей. М. : МИА, 2010. 640 с.
10. Гарганеева Н. П., Розин А. И., Каскаева Д. С., Донов А. В. Общие принципы оказания интегративной терапевтической и реабилитационной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и тревожно-депрессивными расстройствами в условиях первичного звена // Ученые записки СПб. Гос. мед. университета им. акад. И. П. Павлова. 2010. Т. 17, № 2 (прилож.). С. 18–20.
11. Евсюков А. А. Оптимизация ведения больных ишемической болезнью сердца с депрессивными расстройствами на амбулаторном этапе : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Красноярск, 2010. 18 с.
12. Клишко В. В. Оптимизация этапной медицинской реабилитации больных ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Москва, 2009. 34 с.
13. Клиническая аритмология / под ред. Ардашева А. В. М. : Медпрактика, 2009.
14. Краснов В. Н. Направления развития научной и практической психиатрии: расхождения и взаимосвязи // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 1. С. 5–7.
15. Курпатов А. В. Депрессия: от реакции до болезни. СПб. : Галерея здоровья Гексал, 2001.
16. Медведев В. Э. Личность пациента как фактор заболеваемости ишемической болезнью сердца // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2010. Т. 3. № 5. С. 18–23.
17. Минаков Э. В., Кудашова Е. А. Афобазол и пирозидол в комплексном лечении пациентов с ишемической болезнью сердца и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами // Российский кардиологический журнал. 2009. № 6. С. 1–4.
18. Оганов Р. Г. Болезни сердца : руководство для врачей. М. : Литтерра, 2006. 1328 с.
19. Сидоров П. И. Духовно-нравственные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 6. С. 22–39.
20. Сидоров П. И. Экология ментальных эпидемий // Экология человека. 2015. № 6. С. 30–42.
21. Сидоров П. И. Религиозные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 12. С. 65–76.
22. Сидоров П. И., Новикова И. А. Ментальная медицина : руководство для врачей. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 728 с.
23. Смулевич А. Б. Психические расстройства в клинической практике. М. : Медпресс-информ, 2011. 720 с.
24. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л. Психокardiология. М. : МИА, 2005. 784 с.
25. Соловьева А. Д., Акарачкова Е. С., Торопина Г. Г., Недоступ А. В. Патогенетические аспекты терапии хронических психогенных кардиалгий // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2007. Т. 107, № 11. С. 41–45.
26. Чазов Е. И. Руководство по кардиологии : в 4 т. М. : МИА, 2014. 2900 с.
27. Эйдемиллер Э. Г., Александров Н. В., Юстицкий В. Семейная психотерапия : хрестоматия. СПб. : Речь, 2007. 400 с.
28. Sadock B. J. et al. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences // Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. 2007. 1470 p.
29. Sidorov P. From bullying to pandemy of terrorism: synergetic bio-psycho-socio-spiritual methodology of Mental health protection // Handbook on Bullying: Prevalence, Psychological impacts and intervention Strategies. NY: NOVA Science Publishers. 2014. P. 177-214.

References

1. Andreev I. L., Nazarova L. N. Theory of relativity in cardiology. *Vestnik Rossiiskoi Akademii Nauk* [Newsletter of Russian Academy of Sciences]. 2013, 83 (5), pp. 86-92. [in Russian]

2. Ardashev A. V., Loskutov A. Yu. *Prakticheskie aspekty sovremennykh metodov analiza variabel'nosti serdechnogo ritma* [Practical aspects of modern methods of heart rate variability analysis]. Moscow, Medpraktika Publ., 2011, 126 p.
3. Aronov D. M., Lupanov V. L. *Ateroskleroz i koronarnaya bolezni' serdtsa* [Atherosclerosis and coronary heart disease]. Moscow, Triada-X, 2009, 246 p.
4. Baikova I. A., Churko S. M. Issledovaniya psikhosomaticheskogo statusa bol'nykh IBS [Studies of psychosomatic status of patients with IHD]. In: *Sbornik materialov ko 2 Mezhdunarodnomu kongressu «Psikhosomaticheskaya meditsina - 2007»* [Proceedings of 2-d International Congress "Psychosomatic Medicine - 2007"]. Saint Petersburg, Renome Publ., 2007, pp. 30-31.
5. Belenkov Yu. N., Oganov R. G. *Kardiologiya. Natsional'noe rukovodstvo* [Cardiology. National Guide]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2010, 1232 p.
6. Belokrylova M. F., Garganeeva N. P., Glushchenko T. E. Osobennosti lichnostnogo reagirovaniya v situatsii ozhidaniya operativnogo vmeshatel'stva na serdtse [Features of personality reaction in situation of waiting to heart surgery]. In: *Sbornik materialov ko 2 Mezhdunarodnomu kongressu «Psikhosomaticheskaya meditsina - 2007»* [Proceedings of 2-d International Congress "Psychosomatic Medicine - 2007"]. Saint Petersburg, Renome Publ., 2007, pp. 38-39.
7. Biryukova L. A., Popova T. N., Velikanova L. P. Personality psychoemotional features determining compliance of patients with painful and pain-free ischemic heart disease. *Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal* [Russian Journal of Cardiology]. 2008, 6, pp. 19-22. [in Russian]
8. Vasyuk Yu. A., Dovzhenko T. V. *Diagnostika i lechenie depressii pri zabolevaniyakh serdechno-sosudistoi sistemy* [Diagnosis and treatment of depression in diseases of cardiovascular system]. Moscow, 2006, 58 p.
9. Vein A. M., Voznesenskaya T. G., Vorob'eva O. V. *Vegetationnye rasstroistva. Rukovodstvo dlya vrachei* [Autonomic Disturbances. Guide for Physicians]. Moscow, 2010, 640 p.
10. Garganeeva N. P., Rozin A. I., Kaskaeva D. S., Donovan A. V. General principles of delivery of integrative therapeutic and rehabilitation aid to patients with cardiovascular diseases and anxiety-depressive disorders in primary healthcare. *Uchenye zapiski SPbGMU im. akad. I. P. Pavlova* [Bulletin of Saint-Petersburg State Medical University named after Acad. I. P. Pavlov]. 2010, 17 (2), (iss.), pp. 18-20. [in Russian]
11. Evsyukov A. A. *Optimizatsiya vedeniya bol'nykh ishemicheskoi bolezni'yu serdtsa s depressivnymi rasstroistvami na ambulatornom etape. Avtoref. kand. diss.* [Optimization of management of ischemic heart disease patients with depressive disorders at out-patient stage. Author's Abstract of Cand. Diss.]. Krasnoyarsk, 2010, 18 p.
12. Klimko V. V. *Optimizatsiya etapnoi meditsinskoj reabilitatsii bol'nykh ishemicheskoi bolezni'yu serdtsa, perenesshikh koronarnoe shuntirovanie. Avtoref. dokt. diss.* [Optimization of stage medical rehabilitation of ischemic heart disease patients after coronary by-pass surgery. Author's Abstract of Doct. Diss.]. Moscow, 2009, 34 p.
13. *Klinicheskaya aritmologiya* [Clinical Arrhythmology]. Ed. Ardashev A. V. Moscow, Medpraktika Publ., 2009.
14. Krasnov V. N. Directions of development of scientific and practical Psychiatry: differences and interrelations. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2008, 1, pp. 5-7. [in Russian]
15. Kurpatov A. V. *Depressiya: ot reaktsii do bolezni* [Depression: from response to disease]. Saint Petersburg, 2001.
16. Medvedev V. E. Patient personality as factor of ischemic heart diseases prevalence. *Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya* [Cardiology and Cardiovascular Surgery]. 2010, 3 (5), pp. 18-23. [in Russian]
17. Minakov E. V., Kudashova E. A. Aphobazolum and pirazidol in complex treatment of patients with ischemic heart disease and comorbid anxiety-depressive disorders. *Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal* [Russian Journal of Cardiology]. 2009, 6, pp. 1-4. [in Russian]
18. Oganov R. G. *Bolezni serdtsa. Rukovodstvo dlya vrachei*. [Heart Diseases. Guide for Physicians]. Moscow, Litterra Publ., 2006, 1328 p.
19. Sidorov P. I. Spiritual-moral resources of Psychiatry and Mentality Medicine. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 6, pp. 22-39. [in Russian]
20. Sidorov P. I. Ecology of Mental Epidemics. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2015, 6, pp. 30-42. [in Russian]
21. Sidorov P. I. Religious resources of Psychiatry and Mentality Medicine. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 12, pp. 65-76. [in Russian]
22. Sidorov P. I., Novikova I. A. *Mental'naya meditsina. Rukovodstvo dlya vrachei* [Mental Medicine. Guide for Physicians]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014, 728 p.
23. Smulevich A. B. *Psikhicheskie rasstroistva v klinicheskoi praktike* [Mental Disorders in Clinical Practice]. Moscow, Medpress-inform, 2011, 720 p.
24. Smulevich A. B., Syrkin A. L. *Psikhokardiologiya* [Psychocardiology]. Moscow, 2005, 784 p.
25. Solov'eva A. D., Akarachkova E. S., Toropina G. G., Nedostup A. V. Pathogenetic aspects of chronic psychogenic cardialgias therapy. *Zhurnal Nevrologii i Psixhiatrii imeni S. S. Korsakova*. 2007, 107 (11), pp. 41-45. [in Russian]
26. Chazov E. I. *Rukovodstvo po kardiologii* [Cardiology Guide]. Moscow, 2014, 2900 p.
27. Eidemiller E. G., Aleksandrov N.V., Yustitskis V. *Semeinaya psixhoterapiya. Khrestomatiya* [Family Psychotherapy. Reader]. Saint Petersburg, Rech Publ., 2007, 400 p.
28. Sadock B. J. et. al. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences. *Clinical Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, 2007, 1470 p.
29. Sidorov P. From bullying to pandemy of terrorism: synergetic bio-psycho-socio- spiritual methodology of Mental health protection. *Handbook on Bullying: Prevalence, Psychological impacts and intervention Strategies*. NY, NOVA Science Publishers, 2014, pp. 177-214.

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович — академик РАН, ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
 Адрес: 163001, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
 E-mail: pavelsidorov13@gmail.com