

УДК 616.12-008.331.1-02:616.89

СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

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

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Артериальная гипертония (АГ) является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Несмотря на значительные достижения в вопросах патогенеза и подходов к медикаментозной терапии, АГ остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем, требующих разработки мультидисциплинарного подхода к этиопатогенезу и клинике, превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной помощи. Предложена синергетическая концепция АГ, включающая выделение трех донозологических фракталов: предрасположенности – гипертонической семьи, латентного – гипертонической диатеза, инициального – предгипертонии и трех нозологических: дебюта, хронизации и исхода. Обоснованы механизмы развития социальной эпидемии АГ и программа медико-психосоциодуховной помощи.

Ключевые слова: артериальная гипертония, биопсихосоциодуховная концепция, синергетика, соматогенез, психогенез, социогенез, анимогенез, социальная эпидемия, мультидисциплинарная программа помощи

SYNERGETIC BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUAL CONCEPTION OF ARTERIAL HYPERTENSION

P. I. Sidorov, E. P. Sovershaeva

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

Arterial hypertension (AH) is an ultimate non-infectious pandemic in human history that determines the cardiovascular morbidity and mortality structure. Despite significant advances in understanding the disease pathogenesis and modern strategies in hypertension management, it is still one of the most relevant medical social problems that require development of a multidisciplinary approach to etiopathogenesis and clinical picture, preventive-correctional and medical-rehabilitation aid. A synergetic conception of AH including three prenosological fractals: predisposition - hypertensive family, latent - hypertensive diathesis, initial - prehypertension, and three nosological fractals: onset of disease, chronization and outcome, has been proposed. The mechanisms of development of the AH social epidemic and the program of medical-psycho-socio-spiritual aid have been grounded.

Keywords: arterial hypertension, bio-psycho-socio-spiritual conception, synergetics, somatogenesis, psychogenesis, sociogenesis, animogenesis, social epidemic, multidisciplinary aid program

Эссенциальная артериальная гипертония (АГ) является ведущим фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности [9, 14, 44]. Заболеваемость АГ во всем мире носит характер пандемии. В 2000 году в мире насчитывалось 972 млн людей с АГ, а по прогнозу на 2025 год их число возрастет до 1,56 млрд [14].

В целом распространенность АГ находится в диапазоне 30–45 % общей популяции, с резким возрастанием по мере старения [9]. В России АГ страдают около 40 % взрослого населения [24]. Распространенность АГ увеличивается с возрастом: частота АГ в 60 лет превышает 60 %, а после 80 приближается к 80 %. В то же время следует отметить, что в последние годы возрастает распространенность АГ среди детей и подростков: в 2001 году количество зарегистрированных детей и подростков с повышенным артериальным давлением (АД) увеличилось на 6,8 % и составило 335,6 тыс. человек [14].

Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что АГ остается трудноконтролируемым состоянием и показатели контроля не превышают 30 % в развитых странах. Вместе с тем отмечается рост

приверженности больных лечению и достижению целевых показателей АД [54].

Задача статьи состоит в обосновании синергетической биопсихосоциодуховной концепции АГ.

Этиопатогенез артериальной гипертонии

Первичная причина формирования АГ не установлена. В последнее время преобладает расширенный взгляд на природу заболевания, но многие вопросы до сих пор остаются не решенными.

Традиционно к основным факторам риска развития АГ относят: гиподинамию, избыточную массу тела, дислипидемию, инсулинорезистентность, курение, возрастную нейроэндокринную перестройку, алкоголизацию, наследственность, отрицательные и хронические психоэмоциональные стрессы, пищевой рацион с избыточным содержанием соли и др. [5, 18, 19, 53]. Стрессорные, психогенные и невротические факторы имеют значение в развитии и патогенезе кризов при эссенциальной АГ более чем у 2/3 больных [18].

В ходе нашего исследования по частоте встречаемости факторов риска развития АГ было выявлено, что чаще всего регистрируется психоэмоциональный стресс, который наблюдался почти в 90 % случаев

[27]. И действительно в мета-анализе, объединившем результаты 2 043 проспективных когортных исследований, было показано что больные, демонстрирующие как сильный ответ на стрессор, так и высокую чувствительность к стрессам, были гораздо более предрасположены к развитию АГ [38].

Профиль личности у больных АГ включает такие черты, как внутрличностный конфликт между агрессивными импульсами и потребностью в зависимости от значимых людей; перфекционизм, то есть стремление к достижению высоких социальных целей и высоких стандартов социальной жизни [17, 36].

М. Г. Пшеникова высказывает мнение о том, что одним из значимых факторов, определяющих эффект эмоционального стресса как фактора этиологии и патогенеза АГ, является генетически обусловленная предрасположенность к стрессорным нарушениям регуляции сосудистого тонуса [25]. Г. Ф. Ланг утверждал, что АГ возникает не у всех людей, а только у тех, которые имеют «некие качества», предрасполагающие к этому заболеванию. Среди них важное место занимают «конституциональные особенности нервной системы». У людей, родители которых страдали АГ, имеет место генетически обусловленная повышенная реактивность симпатического звена нервной системы (АД, уровень норадреналина в крови, импульсация мышечных симпатических нервов) к стрессу. Из этого следует, что генетически обусловленная или приобретенная предрасположенность имеет важное значение в патологическом действии эмоционального стресса на систему регуляции сосудистого тонуса; в основе ее лежит дефект функционирования стресс-лимитирующих систем [16].

Уровень АД и АГ — результат взаимодействия многочисленных наследуемых генетических факторов с факторами внешней среды. Анализ генома позволил идентифицировать регионы хромосом, гены которых могут определять развитие АГ, такие как α -аддуцин, ангиотензиноген. Однако в большинстве крупных исследований генов-кандидатов не получено убедительных данных, подтверждающих их значение.

Основными патогенетическими механизмами, реализующими действие триггерных факторов и приводящими к формированию АГ, служат активация симпатической нервной системы и ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), что, в свою очередь, приводит к ряду функциональных (дисфункция эндотелия, изменение функции клеточных мембран, инсулинорезистентность, нарушение функции почек, увеличение объема циркулирующей крови, функциональная констрикция артериол и вен, повышение пред- и постнагрузки) и структурных (ремоделирование сердечно-сосудистой системы и специфических органов мишеней — гипертрофия сосудистой стенки и миокарда, уменьшение числа нефронов и фильтрационной поверхности почек, разрежение микрососудистого русла) последствий.

Среди концепций патогенеза АГ можно выделить две группы:

- 1) АГ как болезнь регуляции АД;
- 2) АГ как следствие нарушения адаптации.

Подходом, объединяющим две концепции, является рассмотрение АГ как проявления срыва адаптации в условиях нарушения механизмов регуляции АД. Так, в условиях избыточных стрессовых реакций (урбанизация, миграция и др.) на фоне неблагоприятных поведенческих факторов (курение, гиподинамия, ожирение, злоупотребление алкоголем) у человека происходит частое и филогенетически неоправданное (то есть не сопровождающееся повышением физических нагрузок) повышение АД. Главным механизмом этого повышения АД служит констрикция резистивных сосудов вследствие активации сосудистой РААС. Если механизмы регуляции АД имеют большой запас прочности, то АГ имеет ситуационно оправданный характер. Но если имеются генетически предопределенные нарушения механизмов регуляции АД, в первую очередь эндотелиальная дисфункция, происходит пролиферация гладкомышечных клеток сосудов и наработка коллагена, неизбежно приводящие к ремоделированию сосудов и, как следствие, стабилизации АГ [14].

S. Mann в своих работах обращает внимание на особую форму АГ, а именно нейрогенную АГ [45, 46]. С учетом того, что в ее развитии ведущую роль играет активация симпатической нервной системы, под действием стрессорных факторов, подходы к ее медикаментозному лечению отличаются от традиционных. Другие авторы также подчеркивают, что в генезе эссенциальной АГ важная роль принадлежит активации симпатического отдела центральной нервной системы под воздействием психического стресса. Так, у 50 % больных имеются нарушения симпатического тонуса и норадреналиновой системы вследствие стрессовой ситуации [37].

Таким образом, согласно современным взглядам, АГ представляет собой мультифакториальное полигенное заболевание, в основе которого лежит кумулятивно-каскадное взаимодействие генетических и психосоматических, социальных и этических факторов, требующих системного синергетического подхода [28, 52].

Синергетика артериальной гипертонии

Синергетическая модель формирования АГ представлена в табл. 1.

Фрактал **гипертоногенной семьи** является начальным при формировании АГ. Нарушения семейных взаимоотношений и распределения ролей, уровень эмоционального принятия и поддержки могут играть определенную роль в возникновении АГ.

По исследованиям N. Peseschkian, родителей-гипертоников часто характеризуют как требовательных, контролирующих и не балующих вниманием и поддержкой. Они ожидают от ребенка уступчивости и послушания при суровом и жестком воспитательном

Таблица 1

Фрактальная динамика развития артериальной гипертонии

Вектор онтогенеза	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиция: гипертоногенная семья	Латентный: гипертоногенный диатез	Инициальный: предгипертония	Развернутая клиническая картина АГ	Хронизация: формы и типы течения АГ	Исход: сомато-неврологические осложнения
Соматогенез	Наследственная отягощенность	Склонность к патологическим физиологическим реакциям	НЦД по гипертоническому типу	Артериальная гипертония	Формы и типы течения гипертонии	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

процессе. Отношения родителей между собой лишены нежности и любви, заботы и внимания, поддержки и участия. Чувства, как и конфликт, вытесняются и скрываются. Для гипертоников характерны ригидные установки, которые были внушены им еще в детстве: «будь внимателен», «соберись», «готовность решает все», «сначала пропусти других» или «только если ты обходитель, мы тебя любим» [48].

Б. А. Намаканов с соавт. высказывают мнение о существовании доклинической стадии семейной АГ, характеризующейся как генетической, так и психологической предрасположенностью [22]. В ряде случаев отмечается связь между ранним опытом ребенка, в частности его взаимоотношениями с родителями на первых этапах жизни, и развитием в будущем у него АГ. Дети родителей, страдавших АГ, более агрессивны по отношению к окружающим и, наряду со стремлением навязывать свою волю, страдают от неуверенности. В каждой семье между родителями и детьми формируются правила, по которым регулируются конфликты; в семьях с отцом-гипертоником дети имеют менее эффективные возможности для перенесения и решения конфликтов, о чем свидетельствует преобладание в этих семьях негативно-вербальной коммуникации [1].

Следующим является фрактал **гипертоногенного диатеза**. Диатезом (греч. *diathesis* — расположение) называют конституциональное предрасположение организма к тем или иным болезням вследствие врожденных особенностей обмена, физиологических реакций и т. п. Диатез — это особое состояние организма, когда обмен веществ и сопряженные с ним функции организма длительно находятся в неустойчивом равновесии вследствие унаследованных, врожденных или приобретенных свойств, которые предрасполагают к неадекватным ответам на обычные воздействия, к развитию патологических реакций на внешние вредности и определяют более тяжелое течение имеющихся заболеваний. В патогенезе болезни экзогенные факторы внешней среды утрачивают свое

значение, трансформируясь во внутренние, действуя по стереотипу общебиологических закономерностей.

Гипертоногенный диатез — 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. «Психический диатез» — это совокупность признаков, характеризующая предрасположенность к психической патологии [7].

У человека, имеющего гипертоногенный диатез, при воздействии внешних или внутренних факторов риска развивается **инициальный фрактал — нейроциркуляторная дистония (НЦД) по гипертоническому типу (предгипертония)** — это нарушение в деятельности центральной нервной системы, которое носит функциональный характер и при дальнейшем воздействии факторов из латентной фазы может перейти в стадию развернутого заболевания. Среди обследованных нами 96 больных АГ (31 мужчина и 65 женщин; средний возраст $(49,43 \pm 1,14)$ года) у 65,3 % возникновению АГ предшествовала НЦД по гипертоническому типу. Критериями диагностики НЦД по гипертоническому типу являются повышение АД более 120/80 мм рт. ст., но менее 140/90 мм рт. ст.; признаки гиперкинетического состояния кровообращения; симптомы вегетосудистой дистонии (вегетосудистые кризы, головокружения, головные боли, субфебрилитет, нарушения терморегуляции, миалгии, чувство внутренней дрожи); психоэмоциональные нарушения (тревожность, беспокойство, раздражительность, нарушения сна); астенический синдром (слабость, снижение толерантности к физической нагрузке); доброкачественность течения без признаков формирования грубой патологии сердечно-сосудистой и нервной системы, психических расстройств [20]. Важно отметить, что пред-

гипертония повышает риск развития ССЗ в 2 раза, независимо от трансформации предгипертонии в АГ, а также повышает риск смерти, в особенности от инсульта [39, 42].

По МКБ-10 НЦД рассматривается как соматоформная вегетативная дисфункция в кардиоваскулярной системе (F 45.3) в рамках психогенно обусловленного синдрома вегетативной дистонии. Последний включает в себя разнообразные по происхождению и проявлениям нарушения соматических (вегетативных) функций, обусловленные расстройством их нейрогенной регуляции [4].

Воздействие специфичных для АГ факторов риска в дальнейшем может привести к развитию **клинической картины впервые возникшей АГ**. Артериальную гипертонию диагностируют, если систолическое АД составляет 140 мм рт. ст. и более, диастолическое — 90 мм рт. ст. и более у лиц, не принимающих антигипертензивных препаратов. Диагноз устанавливают на основании повторной оценки уровня АД во время не менее двух визитов с интервалом 1–2 недели. Во время визита выполняется не менее двух измерений АД.

При возникновении АГ, кроме наследственной предрасположенности, соматического состояния человека, стрессового фактора, также играют роль и другие специфичные и предрасполагающие факторы, среди которых: гиподинамия (лица, занимающиеся только умственным трудом с низкой двигательной активностью и не занимающиеся физкультурой), ожирение, дислипидемия, гормональная перестройка (связанная с менопаузой), курение, алкоголь. Каждый из данных факторов может способствовать развитию заболевания.

Различные формы и типы течения АГ во фрактале хронизации отражают многовариантные особенности развития болезни. Особенности течения и формы АГ зависят от воздействия психологических, социальных и соматических факторов. Течение заболевания может быть стабильным с редкими обострениями или лабильным, приводящим к быстрому развитию осложнений [27].

В большинстве проспективных исследований у больных АГ показан высокий риск формирования психической патологии как до, так и после манифестации заболевания. В период обострения ССЗ отмечается высокая вероятность взаимодействия психопатологических и соматических нарушений. Ухудшение течения АГ может послужить причиной развития нозогенных депрессий тревожного и тревожно-ипохондрического типов [30].

К соматоневрологическим осложнениям в исходе АГ 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.

Далее остановимся на каждом из векторов синер-

гетической модели АГ. **Соматогенез АГ** предполагает в первом фрактале (*гипертоногенная семья*) наличие наследственной предрасположенности. Наследственности в этиопатогенезе АГ принадлежит одно из ведущих мест [6, 27]. В латентном фрактале соматогенеза АГ можно отметить наличие склонности к патологическим физиологическим реакциям, что может проявляться, например, повышением АД при стрессовых ситуациях. Здесь очень важными оказываются ранее указанные нами факторы, предрасполагающие к развитию АГ.

НЦД по гипертоническому типу, или предгипертония, нами обозначена как функциональное расстройство, так как оно может и не перейти в стадию развитого заболевания. Далее следует *развернутая клиническая картина* впервые возникшего заболевания. *Формы и типы течения АГ* зависят от воздействия внешних и внутренних факторов, в связи с чем возможно относительно благоприятное течение заболевания или лабильное, с частыми обострениями. Конечным фракталом соматогенеза АГ являются соматические осложнения, среди которых важно отметить инсульт, ишемическую болезнь сердца, гипертоническую энцефалопатию, острый инфаркт миокарда и др.

Психогенез АГ 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 [27]. 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 эмоциональную неустойчивость, тревожность, мнительность, повышенную впечатлительность, возбудимость, замкнутость, настороженность, ипохондрические особенности. У больных АГ отмечается склонность к аутоагрессии, что является фактором поддержания психического напряжения за счет длительного фиксированного переживания эмоций отрицательного характера [2, 21].

Страдающим АГ в большинстве случаев свойственны такие черты характера, как трудолюбие, аккуратность и добросовестность. Однако под этим нередко скрываются честолюбие, агрессивность, стремление к соперничеству. В связи с этим у таких больных возможны внутренние, а иногда и внешние конфликты, хронически подавляемая агрессивность, специфическая установка на скромность, внешняя стеснительность, подавление потребностей. У больных АГ часто возникают внутренние и внешние конфликты, от которых они не могут эмоционально

отстраниться, у них нет должного осознания своей болезни [21, 51].

В инициальный период заболевания возможны психосоматические реакции, проявляющиеся жалобами на единичные симптомы со стороны соматического состояния (учащение пульса, повышение АД, изменение частоты и глубины дыхания, внезапная мышечная слабость и др.), с длительностью расстройства от нескольких минут до нескольких дней и не нарушающие функции органа. При дальнейшей психической травматизации происходит трансформация психосоматических реакций в соматоформные нарушения, которые также являются функциональными, но продолжают более длительно (более 6 месяцев) и сопровождаются повторяющимися, множественными и клинически значимыми жалобами. В данном фрактале также возможны нозогенные реакции на факт впервые обнаруженного заболевания, проявляющиеся тревожной, фобической, депрессивной симптоматикой.

В одном крупном ретроспективном исследовании (33 105 человек) больных разделили на 3 группы: 1) больные, информированные о своем заболевании АГ; 2) больные, информированные о своем заболевании и получавшие антигипертензивную терапию; 3) больные, не знавшие ранее о своем заболевании. Оказалось, что в группе больных, информированных о своем заболевании, присутствует высокий уровень дистресса, как и в группе больных, уже длительно соблюдающих антигипертензивную терапию. Однако в группе больных, не знавших о своем заболевании, уровень дистресса не был повышен. Таким образом, в работе подчеркивается, что сам диагноз серьезного заболевания может влиять на психическое здоровье больного [40].

В дальнейшем возможен переход в психосоматические нарушения, которые уже носят хронический и необратимый характер. У больных АГ определяются симптомы тревоги различной степени выраженности, они утяжеляют течение болезни, способствуя подъемам АД [23].

При тяжелом течении АГ вероятно наличие невротической, астенодепрессивной и астеноипохондрической симптоматики [29, 30]. Больные АГ имеют высокий или умеренный уровень личностной и ситуативной тревожности. Наличие высокого уровня личностной тревожности как устойчивой черты может являться одним из факторов, способствующих формированию и поддержанию АГ [2].

Невротические расстройства при АГ затрудняют лечение, могут служить причиной отказа больных от проведения адекватной гипотензивной терапии, препятствием к участию в диетотерапии [11, 30].

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

Социогенез АГ 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.

Во фрактале развернутой клинической картины АГ могут возникать преходящие социальные дисфункции, связанные с необходимостью изменения образа жизни. При тяжелом течении АГ 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 будущей АГ закладывается в пренатальный период на уровне возможной духовно-нравственной дефицитарности или амбивалентности семьи, что часто дополняет ее нарушенную структуру и функцию. Преморбидная «моральная почва» аккумулированная в культуральных и нравственно-ценностных традициях и обычаях семьи, имеет важное значение для формирования вероятных завтрашних неадаптивных поведенческих стратегий и этики делового общения, предопределяющих в существенной мере траекторию судьбы. Обобщенно и образно говоря, предрасположенность гипертонической семьи проявляется повышенным и неустойчивым «давлением» по всем векторам онтогенеза, включая духовно-нравственную сферу.

Латентный фрактал гипертонического диатеза может проявляться дисгармонией формирования нравственных чувств: веры и ответственности, совести и долга, чести и достоинства. Духовно-нравственное развитие и воспитание личности начинается в семье. Ценности семейной жизни, усваиваемые ребенком с первых лет жизни, имеют непреходящее значение для человека в любом возрасте. Взаимоотношения в семье проецируются на отношения в микро- и милли-, мезо- и макросоциуме, составляя матрицу нравственного облика и нравственной позиции, воплощающихся в гражданском поведении человека. Стартовая дисгармония формирования и ретрансляции нравственных чувств может предопределять нарушения моральной социализации личности.

Это проявляется уже в инициальном фрактале дефицитарностью или девальвацией нравственного

облика, отличающегося недостаточностью выдержки и терпения, гуманности и милосердия, скромности и тактичности.

В последующем эти нарушения анимогенеза составляют основу **синдрома деморализации**, клиническая картина которого в каждом конкретном случае и фрактале дополняется коморбидными и ассоциированными проявлениями био-, психо- и социогенеза. Безусловно, больные АГ в моральном отношении несопоставимо более сохранены, чем пациенты с зависимыми расстройствами, деструктивным профессиогенезом или моббингом. Но важно видеть всю палитру потенциально нарушаемых или несформированных модальностей духовно-нравственной сферы личности, приводящих к деморализации.

Фрактал развернутой клинической картины АГ проявляется деформацией и утратой духовно-нравственной позиции: снижением способности различения добра и зла, проявлений привязанности и любви, отказом от борьбы и преодоления жизненных испытаний, приведших к АГ.

Фракталы хронизации и исхода АГ характеризуются нарастанием всех описанных дефиниций синдрома деморализации с появлением риска асоциальных поступков.

Медико-психосоциодуховная помощь больным артериальной гипертензией

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

Синергетическая модель формирования АГ 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 АГ в рамках синергетической методологии ментальной медицины [28, 52].

Синергетическая концепция формирования заболевания позволяет обосновать организацию первичных профилактических мероприятий еще во **фрактале predisпозиции (гипертоногенная семья)**, где мероприятия направлены на выявление наследственной, психофизиологической предрасположенности, на гармонизацию семейных отношений и духовно-нравственного развития.

В **латентном фрактале** мероприятия направлены на выявление патологических физиологических реакций, коррекцию профессиональной и нравственной социализации личности, преморбидных особенностей. Диагностика патологических физиологических реакций должна заключаться в определении уровня АД у лиц, имеющих нарушения в социализации личности и преморбидные личностные особенности.

В **инициальном фрактале** при возникновении НЦД по гипертоническому типу для профилактики развития АГ предполагаются медикаментозные и немедикаментозные воздействия, препятствующие развитию заболевания. При возникновении предгипертензии необходима стратегия первичной профилактики: устранение гиподинамии, здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, духовно-нравственная гармонизация развития личности.

Во **фрактале развернутой клинической картины** АГ требуется ранняя квалифицированная медицинская и психологическая, социальная и моральная помощь.

По данным Л. И. Вассерман с соавт., структура отношения к болезни при АГ существенно зависит от стадии патологического процесса. На первой стадии преобладают неврозоподобные расстройства самочувствия, настроения и психической активности: соматический и психический дискомфорт, астенические проявления, снижение работоспособности, раздражительность. У больных преобладают смешанные типы отношения к болезни, где сочетаются «гармоничный» и «эргопатический» типы (адаптивный вариант) с «тревожным», «неврастеническим» и «сенситивным» типами [3].

Наличие данных типов отношения к болезни связано с преморбидными личностными особенностями больных АГ, среди которых выделяется повышенная чувствительность, ранимость, озабоченность возможностью стать в будущем обузой для родных и близких, потерять завоеванные в течение жизни социальные позиции и т. п. Характерно, что последнее обстоятельство особенно свойственно мужчинам в возрасте 40–50 лет, впервые попавшим в стационар по поводу АГ. У больных АГ редко регистрируются «апатический», «эгоцентрический» и «паранойяльный» типы отношения к болезни, а также тенденция игнорирования болезни — «анозогнозический» тип [3].

Для повышения эффективности лечения АГ во **фрактале хронизации** важно положительное отношение больного к проводимой терапии и комплаенс. Существенное влияние на участие пациентов с АГ в немедикаментозной терапии оказывают психический статус, особенности личности, деонтология, отношение к врачебным рекомендациям и этика взаимоотношений с консультантами. Улучшают отношение к терапии: медицинская осведомленность о заболевании, социальное и моральное благополучие, вовлечение больного в обсуждение тактики лечения и совместное построение конструктивных жизненных стратегий.

Очень важным в этот период становится адекватное лечение для недопущения перехода в следующий фрактал. Цель лечения больных АГ — максимальное снижение общего риска ССЗ и летальности, которое предполагает не только снижение АД, но и коррекцию всех выявленных факторов риска.

Немедикаментозные меры воздействия на АД, являясь частью лечения АГ, могут быть не менее эффективны в отношении ее профилактики и должны быть

Таблица 2

Программа медико-психосоциодуховной помощи больным артериальной гипертензией

Блок	Донозологические факторы			Нозологические факторы		
	Предиспозиция: гипертоническая семья	Латентный: гипертонический диатез	Инициальный: предгипертензия	Развернутая клиническая картина АГ	Хронизация: формы и типы течения АГ	Исход: сомато-неврологические осложнения
Медицинский	Включение лиц с наследственной предрасположенностью в группу риска и раннее их профилактическое обследование	Выявление лиц, склонных к патологическим физиологическим реакциям	Диагностика НЦД по гипертоническому 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 соматоформных нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Коррекция психосоматических нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Психологическая реабилитация
Социальный	Выявление и коррекция дисгармонии семейных отношений	Коррекция семейных отношений и гармонизация 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

рекомендованы к применению в популяции в целом. Следует попытаться устранить все корригируемые факторы риска. К числу немедикаментозных мероприятий с доказанной эффективностью в отношении снижения АД и сердечно-сосудистого риска относятся: нормализация веса; ограничение приема алкогольных напитков; повышение физической активности; ограничение потребления соли; адекватное потребление калия, магния, кальция; отказ от курения и ограничение потребления жиров животного происхождения, адаптивный профессиогенез и духовно-нравственная гармония личности.

Во факторе **исхода** АГ с развитием соматоневрологических осложнений пациентам проводится медицинская и социальная, психологическая и духовно-нравственная реабилитация.

Таким образом, синергетическая концепция учитывает все внешние и внутренние факторы формирования АГ и позволяет организовать наиболее раннюю профилактику заболевания еще на донозологическом уровне. Программа медико-психосоциодуховной помощи больным АГ, разработанная на основе синергетической концепции формирования болезни, включает медицинский и психологический, социальный и духовно-нравственный блоки и предполагает участие мультидисциплинарных бригад в профилактике и коррекции, лечении и реабилитации.

Медицинский блок программы в векторе соматогенеза включает оказание помощи специалистами общей практики, врачами-терапевтами, кардиологами, а при возникновении осложнений — узкими специалистами (неврологи, офтальмологи, нефрологи).

Принципы медикаментозного лечения АГ подробно изложены в рекомендациях Европейского общества кардиологов (2013) и рекомендациях Российского медицинского общества по АГ и Всероссийского научного общества кардиологов (2010) [9, 32].

Основная цель лечения больных АГ состоит в максимальном снижении риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти. Для достижения этой цели требуется не только снижение АД до целевого уровня, но и коррекция всех модифицируемых факторов риска.

В настоящее время существует богатый арсенал препаратов, позволяющих влиять не только на соматические, но и на психические нарушения при АГ. Важно не только снизить уровень тревоги, но и повысить стрессоустойчивость, активизировать противотревожные механизмы, уменьшить проявления депрессии и астении [24]. При лечении аффективных нарушений при АГ могут использоваться анксиолитики, антидепрессанты и ноотропы [21, 23]. При АГ, протекающей с психогенно-провоцированными подъемами АД, при назначении некоторых антидепрессантов и атипичных антипсихотиков отмечаются снижение среднего «рабочего» АД и уменьшение частоты подъемов АД [10, 30].

Психологический блок программы помощи в векторе психогенеза предполагает участие специалистов, занимающихся психическим здоровьем: психотерапевтов, клинических психологов, психиатров.

При лечении АГ важная роль отводится психотерапевтическим методам. Чаще всего используют методы релаксации, индивидуальную и групповую

психотерапию, психотерапевтические воздействия, имеющие симптомо-, лично- и социоцентрированную направленность [8, 13, 26, 27].

Задачей семейной и социальной психотерапии при АГ является достижение осознания больным собственных эмоциональных проблем, ситуаций, поддерживающих их неконструктивное реагирование в семье, и стереотипов поведения, уводящих пациента от собственных эмоциональных проблем. В качестве одной из психотерапевтических техник, наиболее полно отвечающих поставленной задаче, может быть рекомендована методика «конструктивного спора» G. Bach — E. Kratochvil, способствующая разрешению супружеских и межличностных конфликтов [31].

Выбор метода психотерапии определяется конкретными личностными особенностями пациента и клинико-патогенетическим вариантом болезни. При проведении психотерапии важно в соответствии с особенностями больного и болезни использовать наиболее рациональные приемы. Для нервно-мышечной релаксации показана аутогенная тренировка, для переформулировки личностных проблем — гештальт-терапия, для видоизменения психотравмирующей ситуации — нейролингвистическое программирование и др. Психотерапия наиболее эффективна на ранних стадиях АГ, однако эффект психотерапии индивидуален, поэтому нет оснований ограничивать ее использование только начальными стадиями заболевания.

Социальный блок программы реализуется в векторе социогенеза с участием специалистов социальных служб.

В настоящее время общепризнанным является факт, что социальные факторы существенно влияют на возникновение, особенности течения, резистентность к лечению, исход и развитие осложнений данного заболевания [15, 41].

Важность позитивного социального окружения и социальной поддержки на ранних этапах развития, еще в детстве, подчеркивается американскими исследователями, которые рассматривают его в качестве важного независимого фактора, снижающего риск развития ССЗ в зрелом возрасте [33].

Механизмы, лежащие в основе связи социальной поддержки с прогнозом ССЗ, не были в достаточной мере изучены, однако возможные объяснения включают: улучшение приверженности больных лечению, изменение образа жизни (например, отказ от курения после перенесенного инфаркта миокарда), а также защиту от стресса [50].

В проспективном когортном исследовании, проведенном в Японии, было показано, что низкий уровень социальной поддержки ассоциирован с высоким риском смерти от инсульта у мужчин, одним из самых грозных осложнений АГ [43].

Исследователи отмечают, что для повышения эффективности лечения АГ важно положительное отношение больного к проводимой терапии. Такие факторы, как количество применяемых лекарств,

недостаточно доверительные отношения с врачом, неблагоприятно влияют на отношение больного к лечению. Существенное влияние на участие пациентов с АГ в немедикаментозной терапии оказывают психический статус, особенности личности, отрицательное отношение к врачебным рекомендациям.

Наличие семьи, обеспечивающей больному поддержку, необходимую при длительном лечении, оказывает позитивное влияние на комплаенс (следование врачебным рекомендациям). Улучшают отношение к терапии и медицинская осведомленность о заболевании, социальное благополучие, вовлечение больного в обсуждение тактики лечения.

В первичном звене здравоохранения для больных АГ организованы школы здоровья, показавшие эффективность в обучении пациентов и в повышении комплаентности [12].

Духовно-нравственный блок программы реализуется в векторе анимогенеза с участием семьи и референтного окружения в культурной среде, в ходе современных форм воспитания и образования взрослых, коучинга и тренинга личностного роста, подключением экспертов и консультантов этических комитетов в случаях угрозы трудовых конфликтов и необходимости медиации, духовных наставников из четырех официальных российских конфессий (православия, мусульманства, иудаизма, буддизма), общественных организаций, родственников больных АГ, социальных и волонтерских движений, профсоюзных и ветеранских организаций.

В последние годы взаимосвязь религиозности с состоянием здоровья или болезни населения является предметом пристального научного интереса [34, 47, 49].

Религиозная вера важна для многих пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями, является для них позитивным копинг-ресурсом. Духовные убеждения представляют собой важную часть культуры пациента вне зависимости от степени их осознания. Еще одним адаптивным религиозным фактором является непреходящая вера в духовное соединение [35].

В разработанной нами четырехмерной синергетической биопсихосоциодуховной модели онтогенеза анимогенез является ее стержнем. Духовность стала четвертым измерением воспринимаемой реальности не по первостепенной значимости и важности, а по хронологии осмысления ее роли в патофизиологии и патокинетики ментальной медицины вслед за разработкой биологических, психологических и социальных клинико-диагностических шкал. Можно сказать, что духовность — это четвертое измерение четырехмерного пространства, для которого Альберт Эйнштейн предложил теорию относительности.

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 модальностям духовно-нравственного развития личности, выделенным в нарушениях анимогенеза с учетом индивидуальных особенностей конкретного пациента и его микросоциума.

Более сложные и объемные задачи реконструкции нравственной позиции и поведения решаются в рамках реализации мультидисциплинарного протокола с привлечением ресурсов морального социального тренинга и духовных (религиозных) практик.

Духовно-нравственная реабилитация осуществляется в рамках поддерживающей терапии, реализующей задачи формирования оптимистично-ресурсной жизненной стратегии, позволяющей обрести и сохранять Веру, Надежду и Любовь, несмотря на тяжести и сложности соматического состояния и вопреки им.

Таким образом, медико-психосоциодуховная помощь больным АГ, основанная на синергетической методологии ментальной медицины, позволяет обосновать индивидуальные лечебно-реабилитационные маршруты и организовать профилактику заболевания еще на донологическом уровне.

Список литературы

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина / пер. с нем. М. : ГЭОТАР-Медиа, 1999. 376 с.
2. Бунова С. С., Карловская Н. Н., Винжегина А. М. Ситуативная и личностная тревожность у пациентов с артериальной гипертензией // Сборник материалов ко 2-му Международному конгрессу «Психосоматическая медицина-2007». СПб. : Реноме, 2007. С. 51–52.
3. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб. : Речь, 2011. 271 с.
4. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Воробьева О. В. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. М. : Медицинское информационное агентство, 2010. 640 с.
5. Волков В. С., Поселюгина О. Б. Эссенциальная артериальная гипертензия и артериальная гипертензия при метаболическом синдроме // Клиническая медицина. 2011. № 2. С. 64–65.
6. Волков В. С., Поселюгина О. Б., Роккина С. А. и др. О роли наследственности в этиопатогенезе артериальной гипертензии // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2008. № 4. С. 20–22.
7. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). М. : Триада-Х, 2000. 256 с.
8. Джангильдин Ю. Т., Баранов М. Л. Клинико-психологические особенности больных гипертонической болезнью и их динамика в процессе комплексного лечения с использованием методов психотерапевтического воздействия // Медицинский вестник МВД. 2012. Т. 57, № 2. С. 53–56.
9. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2010. № 7 (6), прил. 2.
10. Дробижев М. Ю., Добровольский А. В., Долецкий А. А. Кардиологические и психопатологические аспекты безопасности комбинированной кардио- и психотропной терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. № 3. Р. 132–136.
11. Дробижев М. Ю., Макух Е. А. Депрессии у больных, наблюдающихся врачами разных специальностей в общей медицине // Психиатрия и психофармакотерапия. 2007. Т. 9, № 4. С. 26–29.
12. Калинина А. М., Ощепкова Е. В., Поздняков Ю. М. Оценка эффективности Школ здоровья для больных артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2006. № 4. С. 41–47.
13. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. 3-е изд. СПб. : Питер, 2008. 672 с.
14. Кобалава Ж. Д., Котовская Ю. В., Моисеев В. С. Артериальная гипертензия. Ключи к диагностике и лечению. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 864 с.
15. Копина О. С., Сулова Е. А., Заикин Е. В. Популяционное исследование психосоциального стресса как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология. 1996. Т. 36, № 3. С. 53–56.
16. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. Л. : Медгиз, 1950. 496 с.
17. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб. : Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2000. 288 с.
18. Люсов В. А., Евсиков Е. М., Машукова Ю. М. и др. Этиологические и патогенетические факторы в развитии гипертонических кризов у больных с первичной артериальной гипертензией // Российский кардиологический журнал. 2008. № 4. С. 5–15.
19. Люсов В. А., Евсиков Е. М., Машукова Ю. М. и др. Роль генетических факторов в развитии и патогенезе первичной артериальной гипертензии у молодых мужчин призывного возраста // Российский кардиологический журнал. 2007. № 3. С. 6–17.
20. Маколкин В. И., Овчаренко С. И., Сулимов В. А. Внутренние болезни. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. 768 с.
21. Медведев В. Э. Психические расстройства и гипертоническая болезнь // Психические расстройства в общей медицине. 2007. Т. 2, № 1. С. 23–29.
22. Намаканов Б. А., Митрохина Н. Е., Расулов М. М. Доклиническая стадия семейной артериальной гипертензии // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2006. № 2. С. 23–25.
23. Никольская И. Н., Гусева И. А., Близнаевская Е. В., Третьякова Т. В. Роль тревожных расстройств при гипертонической болезни и возможности их коррекции // Лечащий врач. 2007. № 3. С. 89–91.
24. Путилина М. Возможности ранней медикаментозной коррекции психических и вегетативных нарушений при гипертонической энцефалопатии // Врач. 2009. № 9. С. 1–8.
25. Пшеничкова М. Г. Феномен стресса. Эмоциональный стресс и его роль в патологии // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. 2001. № 2. С. 26–31.
26. Редько Н. Г. Динамика психовегетативных параметров до и после тренингов саморегуляции с применением технологии биоуправления у здоровых лиц и у пациентов с артериальной гипертензией и гипотонией // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. 2010. Т. 17, № 2 (прил.). С. 115–116.
27. Сидоров П. И., Новикова И. А. Ментальная медицина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 728 с.

28. Сидоров П. И. Служба ментального здоровья // Экология человека. 2014. № 8. С. 44–56.
29. Смулевич А. Б. Психические расстройства в клинической практике. М.: Медпресс-информ, 2011. 720 с.
30. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Дробижев М. Ю., Иванов С. В. Психокardiология. М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2005. 784 с.
31. Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Юстицкий В. Семейная психотерапия. Хрестоматия. СПб.: Речь, 2007. 400 с.
32. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // J. Hypertens. 2013. Vol. 31, N 7. P. 1281–1357.
33. Appleton A. A., Buka S. L., Loucks E. B. et al. A prospective study of positive early-life psychosocial factors and favorable cardiovascular risk in adulthood // Circulation. 2013. Vol. 127, N 8. P. 905–912.
34. Bekke-Hansen S., Pedersen C. G., Thygesen K. et al. Faith and use of complementary and alternative medicine among heart attack patients in a secular society // Complement Ther. Med. 2012. Vol. 20, N 5. P. 306–315.
35. Carone D. A., Barone D. F. A social cognitive perspective on religious beliefs: their functions and impact on coping and psychotherapy // Clin. Psychol. Rev. 2001. № 7. P. 989–1003.
36. Denollet J. Type D personality. A potential risk factor refined // J. Psychosom. Res. 2000. Vol. 49. P. 255–266.
37. Esler M., Kaye D. Sympathetic nervous system activation in essential hypertension, cardiac failure and psychosomatic heart disease // J. Cardiovasc. Pharmacol. 2000. Vol. 35, N 7 (Suppl. 4). P. 1–7.
38. Gasperin D. et al. Effect of psychological stress on blood pressure increase: a meta-analysis of cohort studies // Cad. Saude Pública. 2009. Vol. 25, N 4. P. 715–726.
39. Guo X., Zhang X., Guo L. et al. Association between pre-hypertension and cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies // Curr. Hypertens. Rep. 2013. Vol. 15, N 6. P. 703–716.
40. Hamer M., Batty G. D., Stamatakis E., Kivimaki M. Hypertension Awareness and Psychological Distress // Hypertension. 2010. N 56. P. 547–550.
41. Hansel A., von Kanel R. Psychosomatic medicine and arterial hypertension – love it or leave it? // Ther Umsch. 2012. Vol. 69, N 5. P. 315–323.
42. Huang Y., Cai X., Li Y. et al. Prehypertension and the risk of stroke: a meta-analysis // Neurology. 2014. Vol. 82, N 13. P. 1153–1161.
43. Ikeda A., Iso H., Kawachi I. et al. Social support and stroke and coronary heart disease: the JPHC study cohorts II // Stroke. 2008. Vol. 39, N 3. P. 768–775.
44. Law M. R., Morris J. K., Wald N. J. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies // BMJ. 2009. Vol. 338. P. 1665.
45. Mann S. J. Neurogenic essential hypertension revisited: the case for increased clinical and research attention // Am. J. Hypertens. 2003. N 16. P. 881–888.
46. Mann S. J. Psychosomatic research in hypertension: the lack of impact of decades of research and new directions to consider // J. Clin. Hypertens. 2012. Vol. 10, N 4. P. 657–664.
47. Perez A., Fleury J., Shearer N. Salud de Corazon: Cultural Resources for Cardiovascular Health among Older Hispanic Women // Hisp. Health Care Int. 2012. Vol. 10, N 2. P. 93–100.
48. Peseschkian N. Psychosomatik und Positive Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer - Verlag, 1991. P. 500.
49. Powell-Wiley T. M., Banks-Richard K., Williams-King E. et al. Churches as targets for cardiovascular disease prevention: comparison of genes, nutrition, exercise, wellness and spiritual growth (GoodNEWS) and Dallas County populations // J. Public. Health (Oxf). 2013. Vol. 35, N 1. P. 99–106.
50. Rozanski A. et al. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioral cardiology // J. Am. Coll. Cardiol. 2005. Vol. 45, N 5. P. 637–651.
51. Sadock B. J., Kaplan H. I., Sadock V. A. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins, 2007. 1470 p.
52. Sidorov P. I. 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.
53. Van der Kooy K. et al. Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis // Int. J. Geriatric Psychiatry. 2007.
54. Yoon S. S., Gu Q., Nwankwo T. et al. Trends in Blood Pressure Among Adults With Hypertension: United States, 2003 to 2012 // Hypertension. 2014. [Epub ahead of print]

References

1. Broytigam V., Kristian P., Rad M. *Psikhosomaticheskaya meditsina* [Psychosomatic Medicine], per. s nem. Moscow, GEOTAR- Meditsina Publ., 1999, 376 p.
2. Bunova S. S., Karlovskaya N. N., Vinzhagina A. M. Situativnaya i lichnostnaya trevozhnost' u patsientov s arterial'noy gipertoniey [Situational and personality anxiety in patients with arterial hypertension]. In: *Sbornik materialov ko 2-mu Mezhdunarodnomu kongressu «Psikhosomaticheskaya meditsina-2007»* [Proceedings of 2-d International Congress "Psychosomatic Medicine-2007"]. Saint Petersburg, Renome Publ., 2007, pp. 51-52.
3. Vasserman L. I., Trifonova E. A., Shchelkova O. Yu. *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoy klinike* [Psychological diagnostics and correction in somatic clinic]. Saint Petersburg, Rech' Publ., 2011, 271 p.
4. Veyn A. M., Voznesenskaya T. G., Vorob'eva O. V. *Vegetativnye rasstroystva: klinika, lechenie, diagnostika* [Autonomic disturbances: clinical picture, treatment, diagnostics]. Moscow, Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2010, 640 p.
5. Volkov V. S., Poselyugina O. B. Essential arterial hypertension and arterial hypertension in metabolic syndrome. *Klinicheskaya Meditsina* [Clinical Medicine]. 2011, 2, pp. 64-65. [in Russian]
6. Volkov V. S., Poselyugina O. B., Rokkina S. A. i dr. Heredity role in arterial hypertension etiopathogenesis. *Profilaktika zabolevaniy i ukreplenie zdorov'ya* [Disease prevention and health promotion]. 2008, 4, pp. 20-22. [in Russian]
7. Gindikin V. Ya. *Somatogennyye i somatofornnyye psikhicheskie rasstroystva (klinika, differentsial'naya*

diagnostika, lechenie [Somatogenic and somatoform mental disorders (clinical picture, differential diagnostics, treatment)]. Moscow, Triada-X Publ., 2000, 256 p.

8. Dzhangil'din Yu. T., Baranov M. L. Clinical-psychological features of hypertension patients and their dynamics in multimodality therapy with use of psychotherapeutic influence methods. *Meditsinskiy vestnik MVD* [Medical Bulletin MIA]. 2012, 57 (2), pp. 53-56. [in Russian]

9. Arterial Hypertension Diagnostics and Therapy. Recommendations of Russian Medical Society for Arterial Hypertension and All-Russian Cardiologist Scientific Society. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular Therapy and Prevention]. 2010, 7 (6), suppl. 2. [in Russian]

10. Drobizhev M. Yu., Dobrovolskiy A. V., Doletskiy A. A. Cardiologic and psychopathological aspects of combination cardio- and psychotropic therapy safety. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2005, 3, pp. 132-136. [in Russian]

11. Drobizhev M. Yu., Makukh E. A. Depressions in patients followed up by doctors of different specialties in General Medicine. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2007, 9 (4), pp. 26-29. [in Russian]

12. Kalinina A. M., Oshchepkova E. V., Pozdnyakov Yu. M. Assessment of efficacy of Health Schools for arterial hypertension patients in primary healthcare. *Profilaktika zabolevaniy i ukreplenie zdorov'ya* [Disease prevention and health promotion]. 2006, 4, pp. 41-47. [in Russian]

13. Karvasarskiy B. D. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. Saint Petersburg, Piter Publ., 2008, 672 p.

14. Kobalava Zh. D., Kotovskaya Yu. V., Moiseev V. S. *Arterial'naya gipertoniya. Klyuchi k diagnostike i lecheniyu* [Arterial hypertension. Keys to diagnostics and therapy]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2009, 864 p.

15. Kopina O. S., Suslova E. A., Zaikin E. V. Population study of psychosocial stress as cardiovascular diseases risk factor. *Kardiologiya*. 1996, 36 (3), pp. 53-56. [in Russian]

16. Lang G. F. *Gipertonicheskaya bolezn'* [Hypertensive disease]. Leningrad, Medgiz, 1950, 496 s.

17. Lyuban-Plotstsa B., Pel'dinger V., Kreger F. *Psikhosomaticheskie rasstroystva v obshchey meditsinskoy praktike* [Psychosomatic Disorders in General Medical Practice]. Saint Petersburg, Bekhterev Psychoneurological Institute, 2000, 288 p.

18. Lyusov V. A., Evsikov E. M., Mashukova Yu. M. i dr. Etiological and pathogenetic factors in development of hypertensive crisis in patients with primary arterial hypertension. *Rossiiskiy kardiologicheskij zhurnal* [Russian Journal of Cardiology]. 2008, 4, pp. 5-15. [in Russian]

19. Lyusov V. A., Evsikov E. M., Mashukova Yu. M. i dr. The role of genetic factors in development and pathogenesis of primary arterial hypertension in young military aged males. *Rossiiskiy kardiologicheskij zhurnal* [Russian Journal of Cardiology]. 2007, 3, pp. 6-17. [in Russian]

20. Makolkin V. I., Ovcharenko S. I., Sulimov V. A. *Vnutrennie bolezni* [Internal Diseases]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2011, 768 p.

21. Medvedev V. E. Mental disorders and hypertensive disease. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2007, 2 (1), pp. 23-29. [in Russian]

22. Namakanov B. A., Mitrokhina N. E., Rasulov M. M. Pre-existing family arterial hypertension. *Profilaktika zabolevaniy i ukreplenie zdorov'ya* [Disease prevention and health promotion]. 2006, 2, pp. 23-25. [in Russian]

23. Nikol'skaya I. N., Guseva I. A., Bliznevskaya E. V., Tret'yakova T. V. The role of anxious disorders in hypertensive disease and possibilities of their correction. *Lechashchiy vrach* [Attending Medical Doctor]. 2007, 3, pp. 89-91. [in Russian]

24. Putilina M. Possibilities of early medicated correction of mental and autonomic disturbances in hypertensive encephalopathy. *Vrach* [Physician]. 2009, 9, pp. 1-8. [in Russian]

25. Pshennikova M. G. Stress phenomenon. Emotional stress and its role in pathology. *Patologicheskaya fiziologiya i eksperimental'naya terapiya* [Pathological Physiology and Experimental Therapy]. 2001, 2, pp. 26-31. [in Russian]

26. Red'ko N. G. Dynamics of psychoautonomic parameters before and after self-regulation trainings with use of action-potential control technology in healthy persons and patients with arterial hypertension and hypotension. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. akad. I. P. Pavlova* [Bulletin of Saint-Petersburg State Medical University named after Acad. I. P. Pavlov]. 2010, 17 (2, suppl. 1.), pp. 115-116. [in Russian]

27. Sidorov P. I., Novikova I. A. *Mental'naya meditsina* [Mental Medicine]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014, 728 p.

28. Sidorov P. I. Mental Health Service. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2014, 8, pp. 44-56. [in Russian]

29. Smulevich A. B. *Psikhicheskie rasstroystva v klinicheskoy praktike* [Mental Disorders in Clinical Practice]. Moscow, Medpress-inform, 2011, 720 p.

30. Smulevich A. B., Syrkin A. L., Drobizhev M. Yu., Ivanov S. V. *Psikhokardiologiya* [Psychocardiology]. Moscow, 2005. 784 s.

31. Eydemiller E. G., Aleksandrova N. V., Yustitskis V. *Semeynaya psikhoterapiya* [Family Psychotherapy]. Saint Petersburg, Rech' Publ., 2007, 400 p.

32. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J. Hypertens.* 2013, 31 (7), pp. 1281-1357.

33. Appleton A. A., Buka S. L., Loucks E. B. et al. A prospective study of positive early-life psychosocial factors and favorable cardiovascular risk in adulthood. *Circulation.* 2013, 127 (8), pp. 905-912.

34. Bekke-Hansen S., Pedersen C. G., Thygesen K. et al. Faith and use of complementary and alternative medicine among heart attack patients in a secular society. *Complement Ther. Med.* 2012, 20 (5), pp. 306-315.

35. Carone D. A., Barone D. F. A social cognitive perspective on religious beliefs: their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clin. Psychol. Rev.* 2001, 7, pp. 989-1003.

36. Denollet J. Type D personality. A potential risk factor refined. *J. Psychosom. Res.* 2000, 49, pp. 255-266.

37. Esler M., Kaye D. Sympathetic nervous system activation in essential hypertension, cardiac failure and psychosomatic heart disease. *J. Cardiovasc. Pharmacol.* 2000, 35 (7, suppl. 4), pp. 1-7.

38. Gasperin D. et al. Effect of psychological stress on blood pressure increase: a meta-analysis of cohort studies. *Cad. Saude Pública.* 2009, 25 (4), pp. 715-726.

39. Guo X., Zhang X., Guo L. et al. Association between pre-hypertension and cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Curr. Hypertens. Rep.* 2013, 15 (6), pp. 703-716.

40. Hamer M., Batty G. D., Stamatakis E., Kivimaki M. Hypertension Awareness and Psychological Distress. *Hypertension.* 2010, 56, pp. 547-550.

41. Hansel A., von Kanel R. Psychosomatic medicine and arterial hypertension - love it or leave it? *Ther Umsch.* 2012, 69 (5), pp. 315-323.
42. Huang Y., Cai X., Li Y. et al. Prehypertension and the risk of stroke: a meta-analysis. *Neurology.* 2014, 82 (13), pp. 1153-1161.
43. Ikeda A., Iso H., Kawachi I. et al. Social support and stroke and coronary heart disease: the JPHC study cohorts II. *Stroke.* 2008, 39 (3), pp. 768-775.
44. Law M. R., Morris J. K., Wald N. J. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ.* 2009, 338, p.1665.
45. Mann S. J. Neurogenic essential hypertension revisited: the case for increased clinical and research attention. *Am. J. Hypertens.* 2003, 16, pp. 881-888.
46. Mann S. J. Psychosomatic research in hypertension: the lack of impact of decades of research and new directions to consider. *J. Clin. Hypertens.* 2012, 10 (4), pp. 657-664.
47. Perez A., Fleury J., Shearer N. Salud de Corazon: Cultural Resources for Cardiovascular Health among Older Hispanic Women. *Hisp. Health Care Int.* 2012, 10 (2), pp. 93-100.
48. Peseschkian N. *Psychosomatik und Positive Psychotherapie.* Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1991, p. 500.
49. Powell-Wiley T. M., Banks-Richard K., Williams-King E. et al. Churches as targets for cardiovascular disease prevention: comparison of genes, nutrition, exercise, wellness and spiritual growth (GoodNEWS) and Dallas County populations. *J. Public. Health (Oxf).* 2013, 35 (1), pp. 99-106.
50. Rozanski A. et al. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioral cardiology. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2005, 45 (5), pp. 637-651.
51. Sadock B. J., Kaplan H. I., Sadock V. A. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins, 2007, 1470 p.
52. Sidorov P. I. 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. 117-214.
53. Van der Kooy K. et al. Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis. *Int. J. Geriatric Psychiatry.* 2007.
54. Yoon S. S., Gu Q., Nwankwo T. et al. Trends in Blood Pressure Among Adults With Hypertension: United States, 2003 to 2012. *Hypertension.* 2014. [Epub ahead of print]

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