

Б.В. Михайлов, д.м.н., профессор, заведуючий кафедрой психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования; **В.Б. Михайлов,** кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национально-го медицинского университета

Аффективные нарушения у лиц, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт

Актуальность проблемы сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) прежде всего связана с их большой распространенностью, в том числе у лиц трудоспособного возраста, с высокой смертностью и инвалидностью от этой патологии, а также и с тем, что сердечно-сосудистая система является наиболее тонким эффекторным органом, отражающим психологическое состояние пациентов [28].

Изменения в демографической структуре с увеличением количества населения преклонного возраста, употребление алкоголя, курение, наличие избыточной массы тела, тип личности, стресс, рост темпа жизни – это лишь некоторые факторы, которые приводят к развитию этой патологии [1, 4, 5, 16, 22, 26, 27, 31].

Наиболее тяжелыми осложнениями сердечно-сосудистых заболеваний являются инфаркт миокарда (ИМ) и мозговой инсульт (МИ). В последние годы в Украине, как и во всем мире, отмечается значительное увеличение заболеваемости как ИМ, так и МИ, особенно у лиц трудоспособного возраста. Так, в 2002 году заболеваемость ИМ составляла 113,7, МИ – 247,2 на 100 тыс. населения, а в 2007 году ИМ – 131,3, МИ – 278,2 на 100 тыс. населения. Ежегодно в Украине ИМ переносят 50 тыс. лиц, МИ – более 140 тыс. [21].

Последствия МИ и ИМ являются актуальнейшей медико-социальной проблемой. У большинства больных, перенесших острые сосудистые катастрофы, отмечаются разнообразные психоэмоциональные расстройства, которые наряду с двигательными, афатическими, когнитивными нарушениями приводят к значительному снижению качества жизни, инвалидизации пациентов, потере социального положения в обществе.

В современной литературе эти изменения отображаются двояко: как реакция личности на болезнь (болезнь сама по себе является стрессовым фактором относительно психической сферы пациента) и как следствие общего патологического процесса (нарушение нормального хода нейроэндокринных, сосудистых, обменных процессов в головном мозге) [10, 11, 19, 20].

При этом психические расстройства у больных ССЗ рассматриваются в качестве модели взаимодействия соматопсихического и психосоматического факторов: с одной стороны, они могут выступать факторами, провоцирующими нарушения сердечно-сосудистой деятельности, с другой – являются следствием сердечно-сосудистых расстройств, становясь стрессорами, вызывающими вторичные психосоматические нарушения, которые утяжеляют клиническую картину, течение основного заболевания, снижают эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий. Формируется патогенетическая зависимость по типу патологического замкнутого круга: сердечно-сосудистое заболевание, соматогенные психические расстройства, вторичные психосоматические нарушения, утяжеление соматического заболевания [10, 11, 19, 20].

Важность проблемы эмоциональных расстройств у лиц, перенесших ИМ и МИ, состоит также в том, что они являются ведущими факторами, тормозящими восстановление пациентов, являются наиболее значимыми предикторами плохого восстановления повседневной активности и когнитивных функций, а также увеличивают риск летального исхода [11, 13, 35].

Распространенность психических расстройств у больных ССЗ, по разным данным, составляет от 60 до 85% [4, 7-9, 11, 13, 14, 16, 20, 22, 28, 31, 32, 35].

Многочисленными исследованиями установлено, что у 72% пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) имеют место нарушения психической сферы. У 20% больных эти нарушения имеют доклинический характер и проявляются астенической, субдепрессивной и тревожной симптоматикой [20, 14].

У лиц с ИМ и МИ отмечаются определенные особенности формирования, структуры, течения психоэмоциональных нарушений.

Наиболее часто у больных ИБС отмечаются: астенический, астенодепрессивный, астенотревожный, астеноипохондрический, астеновегетативный синдромы, которые значительно утяжеляют соматическое состояние пациентов [20].

Многочисленные исследования показали, что примерно у 72% пациентов с ИБС имеют место нарушения психической сферы. У 20% больных эти нарушения имеют доклинический характер и проявляются астенической, субдепрессивной и тревожной симптоматикой. В клинической картине больных с ИБС психические расстройства представлены

разными вариантами клинически дифференцированной симптоматики, структурированной в синдромы: астенический, кардиофобический, тревожно-депрессивный, ипохондрический и истерический. При этом отмечается четкая связь между тяжестью основного заболевания, его длительностью и выраженностью психических расстройств [1, 11, 13, 14].

Во многих исследованиях указывается на большую распространенность и выраженность кардиофобического синдрома у лиц с ИБС, ИМ [9]. Наиболее глубокие психические расстройства возникают при сочетании боли в области сердца, частых приступов аритмии и тяжелой степени недостаточности кровообращения.

Пограничные психические расстройства у больных ИБС представлены в основном нарушением адаптации (46,8%), дистимией (16%), невротическими расстройствами (13,8%), психическими нарушениями органической природы (23,4%) [14].

Многие авторы обращают внимание на роль тревожных состояний у больных с артериальной гипертензией, ИБС, ИМ. Изучая структуру страхов у обследуемых больных, они установили, что преобладающим был страх смерти. У большинства больных страх смерти встречался в сочетании с другими разновидностями биологических, социальных, ситуационных страхов (болезни, боли, старости, немощи, темноты, замкнутого пространства) [1].

Изучение клиники психических расстройств острого периода ИМ показало преобладание аффективной патологии, которая, как правило, развивается на фоне астенических расстройств [22, 25]. У большинства пациентов отмечаются нарушения настроения со страхами и фиксацией на внутренних ощущениях, тревога, выраженность которой достигает степени ажитации с двигательным беспокойством, приближаясь к так называемой реакции паники, депрессивные реакции, ипохондрические расстройства.

В исследованиях по изучению психоэмоциональных расстройств в остром периоде ИМ в зависимости от тяжести состояния пациентов установлено, что у большинства больных с неосложненным ИМ в остром периоде сохраняется устойчивое настроение, отмечается сдержанность эмоций, реже умеренно выраженная тревожность, что является психологической реакцией адекватной ситуации. При ИМ средней тяжести (экстра-систоль, рефлекторный коллапс, сердечная астма) у большинства больных клинически определяются невротические, преимущественно тревожно-фобические реакции. При тяжелом ИМ (истинный кардиогенный шок, отек легких, пароксизмальные аритмии) у больных клинически отмечаются депрессивно-фобические, апатические реакции. В первых двух группах исход ИМ был благоприятным, а в последней – в 50% случаев смертельным [30].

В ряде работ прослеживается связь психоэмоциональных расстройств при ИМ с развитием кардиocereбрального симптомокомплекса. Предполагается, что психоэмоциональные симптомы (снижение критической оценки собственного состояния, нарушение реалистичного восприятия действий, рекомендации, прогнозов врача, нарушение адекватности реагирования на происходящие

события, отказ от госпитализации и от лечения и др.) являются результатом мозговых расстройств, наблюдаемых при нарушении сердечной деятельности, вызываемой острым ИМ [9].

В литературе широко освещен вопрос тревожно-депрессивных расстройств при ССЗ.

В остром периоде ИМ симптомы депрессии наблюдаются у 65% больных, в течение 18-24 мес после перенесенного ИМ – у каждого четвертого пациента [29]. Более 50% кардиологических пациентов имеют выраженные симптомы депрессии. Они наблюдаются приблизительно в одном из пяти случаев в течение недели после острого ИМ, что связано с увеличением риска смерти и беспомощности [33].

Выраженность тревожности у кардиологических больных также выше, чем в общей популяции. Например, паническое расстройство регистрируется в 10-34% случаев. Тревожность имеет место у 50% госпитализированных пациентов с острыми коронарными синдромами [11, 17].

Депрессия и тревога существенно снижают социальное функционирование и качество жизни кардиологических больных.

Выявлено, что сочетание депрессии с ИБС в 2 раза ухудшает социальное функционирование пациентов по сравнению с каждым из этих заболеваний в отдельности. Согласно данным клинических исследований, депрессия в постинфарктном периоде в 2-2,5 раза повышает риск неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов, а смертность в течение 6 мес после перенесенного ИМ у пациентов с депрессией в 3,5 раза превышает таковую у больных без нее [24-26].

Исследования тревожности при ССЗ показали повышение риска развития ИБС в 1,5-3,8 раза при выявлении тревожных расстройств. Исследование влияния тревожности на течение ИБС показало повышение риска осложнений в 2,5-4,9 раза. Установлена связь между сердечно-сосудистыми нарушениями в форме ИМ и сердечной смерти, с одной стороны, и выраженностью тревожности – с другой. У мужчин старше 55 лет наличие тревожного расстройства ассоциировалось с повышением летальности после ИМ на 78% [11, 17, 22].

Многие авторы отмечают высокую коморбидность тревожных и депрессивных расстройств у пациентов в постинфарктном периоде. При клинической оценке у 12,3% больных симптомы тревоги отсутствовали; у 31,5% имели место отдельные тревожные симптомы, у 52,5% выявлены коморбидные тревожно-фобические расстройства, среди них: агорафобия – 8,8%, специфическая фобия – 22,7%, паническое расстройство – 21%. Коморбидность депрессивных расстройств и постинфарктных состояний выявила 4 варианта взаимоотношений: возникновение ИМ на фоне существующей или предшествующей депрессии – 35,1%; одновременное появление депрессии и ИМ – 21,1%; депрессии, развившейся в раннем постинфарктном периоде (до 1 мес) – 10,5%; депрессии, возникшей в восстановительном периоде ИМ – 33,3% наблюдений. При характеристике клинических особенностей депрессивных расстройств у пациентов в постинфарктном периоде выделяются следующие варианты депрессий: тревожные, меланхолические, дисфорические, маскированные. Независимо от варианта депрессии



Б.В. Михайлов

для больных характерны болевой синдром, тревожные и фобические расстройства [16].

В литературе большое внимание уделяется различным изменениям со стороны психической сферы у лиц, перенесших МИ. Нарушения психической сферы вследствие перенесенного инсульта представляют в первую очередь нарушения сознания – варьирующие от легкой оглушенности до глубокой комы, делириозные, делириозно-онейроидные и аментивные синдромы, сумеречные состояния, эпилептиформные явления. Кроме этих синдромов, при инсультах могут развиваться тревожно-тоскливые состояния с идеями преследования и галлюцинациями, симптомы анозогнозии, конфабуляции, расстройства памяти, «онейрические» (по Н.К. Боголепову) состояния. В постинсультном периоде могут развиваться психопатоподобные симптомы, параноиды и реактивные состояния, часто резко обостряются преморбидные расстройства личности. У некоторых больных удается отметить проявление «лобного синдрома» в виде «лобной эйфории», аспонтанности, импульсивности или «височные знаки» в виде приступов психомоторной эпилепсии [2].

Вследствие тяжелого стресса, обусловленного инсультом, у больных сразу же изменяется образ жизни, возникают сложные социально-психологические проблемы в связи с трудностями адаптации в семье и обществе [5]. Наряду с двигательными, чувствительными, афатическими нарушениями социально-психологические факторы, опосредованные личностными особенностями, являются весомыми аргументами, приводящими к развитию полиморфных аффективно-эмоциональных нарушений.

Следует отметить, что изучение психоэмоциональной сферы в остром периоде МИ крайне затруднено, применение стандартных шкал оценки психического статуса оказывается безуспешными. У больных, недавно перенесших инсульт, быстро истощается внимание, и ответы на довольно большое количество подчас сложных вопросов малоинформативны, а на некоторые из них вообще не удается получить ответ [4].

Постинсультные депрессии (ПД) по частоте намного превышают другие аффективные расстройства, что объясняет повышенное внимание специалистов к этой проблеме уже многие годы. Частота депрессии, по данным различных авторов, варьирует от 6 до 60%, составляя в среднем 20-30% [13, 16, 26]. Отмечено, что частота развития ПД составляет 33% в остром периоде инсульта и 34% в период отдаленных последствий [32]. Спустя 3 мес после развития инсульта почти у 85% больных присутствует депрессия; 41% из них имеют легкую депрессию, 26% – среднюю и 33% – тяжелую [15].

В течение многих лет ПД трактовалась как эмоциональная реакция больного на перенесенное заболевание. Однако в дальнейшем было установлено, что в формировании депрессивной симптоматики принимают участие социальные, личностные и другие факторы. К таким факторам относят возраст, пол, локализацию инсульта, степень инвалидизации пациента, преморбидные особенности личности, социальный статус (проживание в одиночестве, наличие общения, участие в общественной жизни) и др. Установлена прямая зависимость между тяжестью неврологического дефекта и появлением депрессии. Когнитивные нарушения также относятся к ведущим факторам, повышающим

риск развития ПД. Когнитивный дефицит является одним из наиболее частых последствий инсульта, тяжесть когнитивного дефицита влияет на тяжесть ПД и других эмоциональных нарушений у больных, перенесших МИ [21].

ПД различается как временем появления, так и клинической картиной. Рано манифестировавшая депрессивная симптоматика, появившаяся спустя 1-3 дня после инсульта, связана с органическим поражением мозга. Развивающиеся позднее (спустя несколько недель после инсульта) малые депрессивные эпизоды носят реактивный характер [6, 34].

Большие и малые ПД с ранней манифестацией отличаются большей выраженностью вегетативных симптомов и большей тяжестью депрессии по сравнению с более поздними депрессиями [36].

Наряду с депрессивными нарушениями в постинсультном периоде выявляются и другие эмоциональные нарушения. Отмечаются нарушения сна (многократные пробуждения в течение ночи, беспокойный сон, раннее пробуждение), тревога, ажитация, заторможенность, ипохондрия. По данным многих исследователей, выраженная тревога выявляется только у 4,8% больных, беспокойство по незначительным поводам — у 19%, субъективное напряжение и раздражительность — у 66,6%. Отмечается разная степень выраженности физиологических проявлений тревоги (в виде желудочно-кишечных, сердечно-сосудистых, дыхательных нарушений, изменения потоотделения) от слабых (у 40,5% пациентов) до средних (у 42,8%) и сильных (у 9,5%) [6, 7].

В разные периоды МИ выраженность реактивной и личностной тревоги различна: в остром периоде наблюдается высокая реактивная и низкая личностная тревога, в раннем восстановительном периоде личностная тревожность повышается, а реактивная снижается, в позднем восстановительном периоде у большинства пациентов и личностная и реактивная тревожность снижается [12].

Таким образом, психоэмоциональные нарушения у лиц, перенесших ИМ и МИ, достаточно широко представлены, оказывают значительное влияние на соматическое состояние пациентов, качество их жизни, течение, прогноз, исход заболевания и требуют своевременного проведения адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Необходимость терапии психоэмоциональных расстройств у лиц, перенесших ИМ и МИ, доказана в большом количестве исследований [3, 12, 13, 17, 18, 23-25]. Установлено, что облегчение симптомов депрессии, тревоги, страха наряду с коррекцией других факторов риска приводит к снижению смертности больных ИМ и МИ, снижению частоты повторных ИМ и МИ [3, 7, 8, 12, 13, 15, 18, 20, 21, 23-26, 29].

По современным представлениям, лечение психоэмоциональных расстройств при ИМ и МИ, как и при других психосоматических заболеваниях, включает психофармакотерапию, психотерапию, социотерапию в сочетании с соматотропным лечением.

Большое разнообразие эмоциональных расстройств у лиц, перенесших ИМ и МИ, привело к применению нескольких групп психотропных веществ в лечении данных расстройств: антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики и др.

Длительное время препаратами выбора были трициклические антидепрессанты (ТЦА), в частности амитриптилин. Однако использование ТЦА связано с целым рядом побочных эффектов, прежде всего обусловленных их холинолитическими свойствами: тахикардия, экстрасистолия, повышение АД, головкружения, запоры, тремор, увеличение массы тела. Опасность применения ТЦА в общесоматической практике обусловлена также тем, что диапазон терапевтической и токсической дозы у них небольшой. Это требует осторожности в подборе дозы препарата.

Вследствие побочных эффектов ТЦА в последние годы имеются попытки использования препаратов других групп. Применяются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): сертралин, пароксетин, флуоксетин, циталопрам, S-циталограм. Отсутствие кардиотоксического

и ортостатического эффектов, свойственных ТЦА, и высокий терапевтический индекс делают антидепрессанты группы СИОЗС препаратами выбора у соматически ослабленных пациентов и больных пожилого возраста. Препараты этой группы имеют высокий уровень конформизма при совместном использовании их с большинством других препаратов в общесоматической практике. Недостатком препаратов этой группы является отсутствие анксиолитического компонента действия и, в силу этого, неэффективность в отношении большинства сочетанных тревожно-депрессивных расстройств.

Более обоснованным является применение антидепрессантов двойного действия — ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина: венлафаксина, милнацепрана, тразодона.

Значительный нормализующий эффект в отношении депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств показал антидепрессант новой группы мелатонинергического ряда — агомелатин.

При лечении тревожных расстройств важное место, как и при лечении стрессиндуцированных астенических состояний, принадлежит устранению стрессогенного фактора и немедикаментозным вмешательствам (нормализация режима, увеличение физической активности, релаксационные методики, рациональная и когнитивно-поведенческая психотерапия).

При акцентированных тревожных состояниях, генерализованном тревожном расстройстве, тревожно-фобических и панических расстройствах назначают противотревожные (анксиолитические) препараты [17, 23]. Центральное место среди них занимают бензодиазепиновые производные. Они стимулируют подавление активности большинства нейронов головного мозга, в связи с чем оказывают анксиолитическое, седативное (гипнотическое), миорелаксирующее, вегетостабилизирующее и противосудорожное действие. Самыми распространенными представителями этой группы являются: нитразепам, диазепам, феназепам, хлордиазепоксид, оксазепам, мезепам.

При выраженном ипохондрическом синдроме эффект лечения транквилизаторами часто оказывается недостаточным. Необходимо их сочетанное применение с корректорами поведения (тиоридазин по 5-10 мг 2-3 раза в день и по 25 мг перед сном).

Ряд нейролептических препаратов также оказывает положительный эффект при лечении эмоциональных нарушений. К таким нейролептикам относятся производные фенотизина с алифатической боковой цепью (пропазин, аминазин, алимемазин, левомепромазин), а также пиперидиновые производные фенотиазина (тиоридазин), дериваты тиоксантена (хлорпроксен) и производные дибензодиазепина (клозапин).

При неглубоких тревожных расстройствах положительный эффект оказывают мягкие седативные средства растительного происхождения (валериана, мелисса, пустырник в виде настоек или таблетированных форм).

Необходимым дополнением к медикаментозному лечению является проведение психотерапевтической коррекции [15, 20]. При лечении психоэмоциональных расстройств у больных ССЗ применяется коррекционная работа с использованием элементов седативной терапии, которая включает успокаивающую беседу в режиме «интервью-исповеди», используются приемы аутогенной тренировки. С целью формирования у больного критического отношения к переживаемому болезненному состоянию на протяжении всего лечебного процесса применяется рациональная психотерапия, направленная на потенцирование лечебных мероприятий, подготовку к социально-трудовой реадaptации. В ходе проведения рациональной психотерапии формируется представление больного о характере болезни, причинах ее возникновения, прогнозе. Вырабатываются положительные установки на лечение, корректируются ошибки в мышлении больного, характер конфликта между личностью и средой.

Применение гипно-суггестивной психотерапии у больных ССЗ направлено на снятие психоэмоционального напряжения, формирование чувства спокойствия, уверенности в себе, индифферентного отношения

больного к ранее пугавшей или тревожившей ситуации, сохранение спокойствия в любых сложных психологических ситуациях, возможных в будущем, и чувства уверенности как фонового эмоционального состояния. В сфере соматических ощущений внушается устойчивость хорошего самочувствия как следствия нормализации состояния сердечно-сосудистой системы.

Также пациентам дают возможность выговориться, подробно и обстоятельно изложить историю своей жизни. При этом формируется установка на активную роль самого больного в исцелении, будущее выздоровление представляется именно как его заслуга и успех, а не психотерапевта. В рамках применяемой позитивной психотерапии акцент делается на выявление ресурсов пациента, на создание положительных представлений о будущем.

В ряде исследований доказана эффективность когнитивной поведенческой терапии у больных с ПД [15, 20]. Показано, что сеансы когнитивной поведенческой терапии способствуют более заметному регрессу депрессивной симптоматики, чем обычная рациональная психотерапия. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия — модификация поведенческой психотерапии — направлена на формирование у пациентов новых паттернов поведенческих реакций. Данный метод в результате когнитивного опосредования оказывает определяющее влияние на поведенческие реакции и процессы, эмоциональные и психические расстройства. В связи с этим психологические нарушения связываются с аберацией мышления, под которой понимаются нарушения (на когнитивной стадии) обработки информации, искажающие видение объекта или ситуации. Таким образом, задачей данного метода является выявление неадекватных правил обработки информации и замена их конструктивными, а также овладение пациентами рядом самообучающих приемов (наблюдения, объективизации, регуляции поведения).

В рамках когнитивно-бихевиоральной психотерапии используется метод прогрессирующей мышечной релаксации и метод десенситизации. С помощью метода десенситизации больной выстраивает по иерархическому принципу раздражители, провоцирующие в первую очередь тревогу, а затем и воспроизводящие психотравму в целом. Затем ему предъявляют эти стимулы, начиная с наиболее безобидных. После того как он справится с одним раздражителем предъявляют следующий. При предъявлении стимулов могут использоваться два способа: либо десенситизация в воображении, либо градуированное воздействие (десенситизация in vivo). При использовании метода прогрессирующей мышечной релаксации пациента обучают серии упражнений, при которых он попеременно то напрягает, то расслабляет отдельные группы мышц, чтобы добиться расслабленного состояния. Усвоение приемов релаксации включает такие когнитивные аспекты, как ощущение контроля над трудными ситуациями.

Большое значение имеет работа с родственниками больного по оптимизации психологического климата в семье, организации досуга, терапии занятостью.

Таким образом, анализ литературных данных по эмоциональным нарушениям у лиц с ИМ и МИ показал, что проблема эмоциональных расстройств у больных с МИ и ИМ обсуждается давно, ей посвящено большое количество работ. Освещены вопросы факторов риска (как развития ССЗ, так и психических расстройств), преморбидных, характерологических, личностных особенностей. Несмотря на многочисленные и обширные описания клиники психопатологических нарушений, они характеризуются, с одной стороны, фрагментарностью полученных данных, с другой, общим представлением об объекте обследования. Авторы в основном уделяют внимание, какому-либо одному, по их мнению, ведущему психопатологическому синдрому. Вопросы систематизации, последовательного изучения динамики клинической психопатологической феноменологии на одном и том же контингенте больных с позиций единого патологического процесса, определение ведущих патогенетических механизмов, лежащих в основе клинических проявлений, остаются во многом открытыми.

Литература

- Ахмедов Т.И., Сарвир И.Н., Остапенко А.Г. Структура анксиозных состояний у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца // *Сучасні проблеми медицини* — 2001, с. 47-50.
- Баншиков В.М. Медицинская психология: (Учебник для мед. ин-тов) / — М.: Медицина, 1967. — 239 с.
- Булдакова Н.Г. Психотерапия в кардиологии // *Русский медицинский журнал*. — 2006. — Т. 14, № 10. — С. 743-747.
- Виленьский Б.С., Тупицын Ю.Я. Аффективно-эмоциональные нарушения, осложняющие инсульт // *Неврологический журнал* — 2003, № 3, с. 23-26.
- Ворлоу Ч.П., Деннис М.С., Гейн Ж. и др. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных. — СПб.: Политехника, 1998. — 629 с.
- Гехт А.Б., Боголепова А.Н., Сорокина И.Б. Особенности депрессивного синдрома у больных, перенесших ишемический инсульт // *Инсульт* — 2001, 2, с. 35-38.
- Гехт А.Б., Боголепова А.Н., Сорокина И.Б. Депрессия после инсульта: опыт применения ципрамила // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 2002, № 5, с. 36-39.
- Дробижев М.Ю. Лечение депрессий в общесоматической сети // *Психиатрия и психотерапия*, 2003, т. 5, № 5, с. 8-12.
- Жиганова А.Н., Юрьев В.Е. Отказ от госпитализации при остром инфаркте миокарда как проявление кардиocereбрального синдрома или острой стрессорной реакции // *Медицина неотложных состояний*, — 2006, № 3 (4), с. 86-87.
- Ибатов А.Д., Сыркин А.Л., Вейн А.М. и др. Особенности вегетативной регуляции и эмоционального статуса у больных ИБС с различной выраженностью болевого синдрома // *Клиническая медицина*, — 2003; с. 36-39.
- Ибатов А.Д., Сыркин А.Л., Вейн А.М. Тревога и ишемическая болезнь сердца // *Врач*, — 2003; 9, с. 8-10.
- Изабудалев З.Р. Эффективность алпразолама при психических расстройствах у больных с лево- и правополушарным ишемическим инсультом // *Журнал неврологии и психиатрии*, — 2004, 3, с. 68-69.
- Качковский М.А., Крюков Н.Н. Лечение депрессии у больных инфарктом миокарда тианептином // *Кардиология*, — 2006. — том 46, № 5, с. 21-26.
- Кириухин О.Л., Гасанов Н.А., Ракита Д.Р. Комплексная оценка и коррекция психических нарушений у больных ишемической болезнью сердца // *Клиническая медицина*, — 2007, № 8, с. 29-32.
- Ковальчук В.В., Скремец А.А. Сравнительный анализ эффективности психотерапевтических методик при реабилитации больных, перенесших инсульт // *Инсульт* — 2007, 19, с. 43-47.
- Корнетов Н.А., Лебедева Е.В. Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда // *Психиатрия и психотерапия*, 2003, т. 5, № 5, с. 10-15.
- Малыров С.А. Общие принципы диагностики и терапии тревоги // *Нейросет*. — 2007. — С. 53-56.
- Малыров С.А. Проблемы продолжительности и прекращения терапии антидепрессантами // *Здоров'я України*. — 2007. — № 6/1.
- Михайлов Б.В. Соматоформные расстройства // *Здоров'я України*, — 2007, с. 27-28, 53-55.
- Михайлов Б.В., Черная О.В. Медико-психологическая реабилитация больных в остром периоде инфаркта миокарда и мозгового инсульта // *Судинні захворювання головного мозку*, — 2006, № 4, с. 18-20.
- Мищенко Т.С., Шестопалова Л.Ф., Мищенко В.Н. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции // *Международный неврологический журнал*, — 2007, № 2 (12), с. 26-30.
- Напреенко О.К., Полішук О.Ю., Пендерещка О.М. Тривожні та депресивні розлади в кардіологічній практиці // *Український вісник психоневрології*, — 2008 — том 16, вип. 4 (57) — С. 57-60.
- Несукай Е.Г., Несукай В.Г. Применение транквилизаторов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы // *Украинский кардиологический журнал*, — 2000, № 1-2, с. 98-102.
- Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // *Кардиология*. — 2004. — № 1. — С. 48-54.
- Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальцова С.А. и др. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. *Кардиология*, — 2005; 8, с. 38-44.
- Подкорытов В.С. Проблема депрессий в общесоматической практике // *Архів психіатрії*, 2003, т. 9, № 1, с. 69-71.
- Серцево-судинні захворювання: Методичні рекомендації з діагностики та лікування. За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая. — К.: Здоров'я України, 2005. — 542 с.
- Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Психосоматические реакции, коморбидные ишемической болезни сердца: психогенно спровоцированные инфаркты и ишемии миокарда // *Журнал неврологии и психиатрии*, — 2004, № 3, с. 13-20.
- Ушакова Е.А., Ушакова А.В. Эффективность и безопасность антидепрессантов у кардиологических больных // *Практична ангіологія*, 2006, № 3 (04), с. 28-32.
- Шпак Л.В. Нервно-психическое состояние и его роль в формировании адаптационно-компенсаторных реакций у больных инфарктом миокарда. 1990.
- Barefoot J.C., Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample // *Circulation*. 1996;93: 1976-1980.
- Hackett M.L., Yapa C., Parag V. et al. Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies // *Stroke*. — 2005. — Vol. 36. — P. 1330-1340.
- Jiang W., Alexander J., Christopher E. et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1849-56.
- Morris P.L., Shields R.E., Hopwood M.J. et al. Are there two depressive syndromes after stroke? *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 230-234.
- Paolucci S., Antonucci G., Protest L. et al. Poststroke depression and its role in rehabilitation of inpatients. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 80: 9: 985-990.
- Tateno A., Kimura M., Robinson R.G. Phenomenological characteristics of poststroke depression: early- versus late-onset. *Am J Geriatr Psychiat* 2002; 10: 5: 575-582.