

Психосоматические аспекты низкой приверженности больных артериальной гипертонией медикаментозной терапии

Т.В.Фофанова¹, Ф.Т.Агеев¹, Е.Б.Кадушина¹, М.Ю.Дробизhev², М.Д.Смирнова¹, А.Е.Кузьмина¹

¹Научно-диспансерный отдел ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК Минздрава России, Москва;

²ФГБУ Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

Резюме

Цель – изучить психосоматические аспекты приверженности лечению и взаимосвязь приверженности с коморбидными соматическими расстройствами.

Материал и методы. В исследование включен 161 больной артериальной гипертонией (АГ) – 119 женщин и 42 мужчины в возрасте $53,4 \pm 11,4$ года, обратившиеся в консультативно-поликлиническое отделение ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК, с длительностью заболевания не менее 1 года и давшие согласие на обследование с участием психиатра. Для оценки приверженности использовались специальные опросники и шкалы: оригинальный опросник жалоб больного АГ, разработанный нашей исследовательской группой, тесты на уровень субъективного контроля А и Б, опросник реагирования личности на болезнь, госпитальный опросник тревоги и депрессии, шкала Мориски–Грина, основанная на самоотчете больных.

На основании опросников, а также анализа субъективных анамнестических сведений больного АГ все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я – с высокой приверженностью лечению, те, кто начал лечиться сразу после установления диагноза и регулярно принимал назначенную терапию, – 30 (19%) больных: 17 женщин, 13 мужчин, средний возраст – $52,9 \pm 11,7$ года, 2-я группа – с низкой приверженностью лечению, те, кто начал лечиться не сразу после установления диагноза и не принимал или нерегулярно принимал назначенную терапию, – 131 (81%) больной: 102 женщины, 29 мужчин, средний возраст – $53,1 \pm 11,8$ года.

Результаты и заключение. Для больных АГ, демонстрирующих высокую приверженность лечению, характерны: небольшая длительность заболевания, сопровождение дебюта заболевания кризисами в сочетании с тревожными приступами, наличие сопутствующих заболеваний (ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма сердца, язвенная болезнь, заболевание щитовидной железы), высокий уровень тревоги, панические атаки, тревожные и фобические пароксизмы, субклинические депрессии (дистимия, циклотимия), тревожно-депрессивные ситуационные реакции адаптации и нозогенные (приспособительные) тревожно-депрессивные реакции (гипернозогнозия). Больные АГ с низкой приверженностью лечению характеризуются более тяжелой аффективной симптоматикой (депрессивными и маниакальными фазами биполярного аффективного расстройства и рекуррентными депрессиями) и разными вариантами патохарактерологического развития личности.

Ключевые слова: артериальная гипертония, приверженность антигипертензивной терапии, психосоматические аспекты приверженности терапии.

Psychosomatic aspects of low adherence to antihypertensive therapy in patients with arterial hypertension

TV.Fofanova, FT.Ageev, EB.Kadushina, MYu.Drobizhev, MD.Smirnova, AE.Kuzmina

Summary

Aim. To evaluate psychosomatic aspects of adherence to antihypertensive therapy (AHT) in patients with arterial hypertension and its relationships with comorbid somatic disturbances.

Subjects and methods. A total of 161 patients with arterial hypertension with duration of more than 12 months (19 women, 42 men) aged $53,4 \pm 11,4$ years were included in the study. All studied patients were followed up in the outpatient department of the Cardiology Research Institute named after AL.Miasnikov, Russian Cardiology Research and Production Complex, Ministry of Health of the Russian Federation, and were consented for the psychiatric examination. To evaluate the patient adherence to AHT the following questionnaires and scales have been used: original Complaint Questionnaire designed by the authors for patients with arterial hypertension, USK, USK-B, ORB, GOTD, and patient self-reported Morisky–Green medication adherence scale. Consistent with data of patient case histories and responses to questionnaires, studied subjects were classified into two groups of adherence levels to AHT: Group I – 30 (19%) subjects; 17 women/13 men; mean age $52,9 \pm 11,7$ years – included patients with high adherence to AHT, who started medication right after being diagnosed for arterial hypertension, and were treated regularly. Group II – 131 (81%) subjects; 102 women/29 men; mean age $53,1 \pm 11,8$ years – included patients with low adherence to AHT, with postponed initiation of AHT after the diagnosis, and irregular or absent treatment.

Results and conclusions. Patients comprising Group I with high adherence to AHT were characterized by short duration of arterial hypertension, crisis-type of its onset followed by panic attacks; concomitant disorders (ischemic heart disease, arrhythmias, ulcer disease, thyroid gland abnormalities), high anxiety level, panic attacks, anxiety and phobic paroxysms, subclinical depressions (dysthymia, cyclothymia), anxiodepressive situational adaptation reactions, and nozogenic (adaptive) anxiodepressive reactions (hypernozognosis). Patients comprising Group II with low adherence to AHT were characterized by more severe affective symptoms (depressive and manic phases of bipolar affective disorder and recurrent depressions) and different variants of pathocharacterologic personality development.

Key words: arterial hypertension, adherence to antihypertensive therapy, psychosomatic aspects of adherence to medication

Сведения об авторах

Фофанова Татьяна Вениаминовна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. НДО ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК. E-mail: tfofanova@yandex.ru

Агеев Фаиль Таитович – д-р мед. наук, проф., рук. НДО ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК

Кадушина Елена Борисовна – врач-психиатр НДО ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК

Дробизhev Михаил Юрьевич – д-р мед. наук ФГБУ НЦПЗ РАМН

Смирнова Мария Дмитриевна – канд. мед. наук, науч. сотр. НДО ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК. E-mail: naliya1@yandex.ru

Кузьмина Алла Евгеньевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. НДО ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК

Артериальная гипертония (АГ) – это хроническое заболевание, при котором постоянный прием препаратов является важной составляющей лечения. Необходимость длительного и регулярного лечения накладывает определенную ответственность как на врача, так и на самого пациента. Несмотря на широкий арсенал современных антигипертензивных препаратов, артериальное давление (АД) контролируется недостаточно эффективно во всем мире [1]. Приверженность лечению является одним из компонентов, вносящих свой весомый вклад в достижение или недостижение целевых уровней АД. Приверженность лечению – это степень соответствия

поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача [2]. В реальной клинической практике высокая приверженность антигипертензивной терапии наблюдается редко [3]. Сегодня мы можем констатировать, что около 1/2 назначенных лекарственных препаратов при хронических заболеваниях реально не принимаются пациентами [4, 5]. Рассматривая причины низкой приверженности лечению (НПЛ), нельзя игнорировать личностные особенности пациента. Изучение приверженности больных АГ лечению с психосоматической точки зрения предусматрива-

Таблица. 1. Характеристика пациентов в группах с ВПЛ и НПЛ		
Показатели	1-я группа – ВПЛ	2-я группа – НПЛ
Число пациентов	30	131
Мужчины, %	43	22
Возраст, лет	52,9±1,7	53,1±2,4
Длительность АГ, годы (m±M)	7,4±1,7	11,2±1,4*
Возраст начала АГ (m±M)	38,1±1,5	44,3±2,4*
САД, мм рт. ст. (m±M)	147,3±3,6	155,2±2,6*
ДАД, мм рт. ст. (m±M)	88,2±1,8	91,3±1,4
Наличие сопутствующих заболеваний, %	15,3	6,9*
Отягощенная наследственность	17	89
Среднее/высшее образование	8/22	43/88
Работают/не работают/инвалидность	27/3/4	80**/51/13
Живут в семье/одни	25/5	102/29
Монотерапия	6	16
Комбинированная терапия	24	123
*p<0,05; **p=0,003 различие между группами.		

Таблица. 2. Частота использования моно- и комбинированной терапии на момент обследования		
Показатели	1-я группа – ВПЛ (n=30)	2-я группа – НПЛ (n=131)
Монотерапия, %	15,2	16,3
Два и более препарата, %	84,8	83,7
Среднее количество принимаемых таблеток	2,04	2,64*
*p<0,05		

ет анализ психологических особенностей пациента, внутренней картины болезни, структуры сопутствующих психических расстройств и влияние данных факторов на приверженность. Существенную роль в формировании приверженности лечению играет такая психологическая структура, как внутренняя картина болезни, определяющая правильное понимание больным наличия заболевания и адекватности предполагаемой терапии. Больные различаются между собой по восприятию тяжести заболевания, способности контролировать болезнь, оценке риска осложнений и рецидивов [6]. Известно, что тяжелые психические расстройства снижают приверженность больных лечению [7–9]. Мы предположили, что психические расстройства непсихотического, легкого невротического уровня, которые усложняют картину АГ, бедную симптомами, могут повышать приверженность лечению.

Цель исследования – изучить психосоматические аспекты приверженности лечению и взаимосвязь приверженности с коморбидными соматическими расстройствами.

Материал и методы

В исследование включались пациенты, обратившиеся в консультативно-поликлиническое отделение ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК по направлению поликлиник Москвы и Московской области с верифицированным диагнозом АГ, длительностью заболевания не менее 1 года и давшие согласие на обследование с участием психиатра. В исследование не включались пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, психической патологией, препятствующей обследованию: деменцией, манифестными психозами, прогрессивными формами шизофрении.

Полученные результаты

В исследование включен 161 больной АГ – 119 женщин, 42 мужчины в возрасте от 19 до 75 лет (средний возраст – 53,4±11,4 года). Средний возраст начала заболевания составил 39,1±2,5 года. Длительность заболевания в среднем составила 10,6±1,8 года. Для оценки приверженности использовались специальные опросники и шкалы: оригинальный опросник жа-

лоб больного АГ, разработанный нашей исследовательской группой, тесты на уровень субъективного контроля А и Б, опросник реагирования личности на болезнь, госпитальный опросник тревоги и депрессии, шкала Мориски–Грина, основанная на самоотчете больных. На основании опросников, а также анализа субъективных анамнестических сведений больного АГ и наблюдений родственников, выписки из амбулаторной карты районной поликлиники, данных амбулаторной карты поликлиники кардиологического центра, данных клинической беседы все пациенты были разделены на 2 группы:

- 1-я группа – с высокой приверженностью лечению (ВПЛ), те, кто начал лечиться сразу после установления диагноза и регулярно принимал назначенную терапию, – 30 (19%) больных: 17 женщин, 13 мужчин, средний возраст – 52,9±11,7 года.
- 2-я группа – с НПЛ, те, кто начал лечиться не сразу после установления диагноза и не принимал или нерегулярно принимал назначенную терапию, – 131 (81%) больной: 102 женщины, 29 мужчин, средний возраст – 53,1±11,8 года (табл. 1).

У пациентов с ВПЛ достоверно чаще встречались сопутствующие заболевания. В то же время возраст дебюта АГ и длительность заболевания были достоверно выше у пациентов с НПЛ. Систолическое АД было достоверно выше в группе с НПЛ, по уровню диастолического АД группы достоверно не различались. Кроме того, в группе с НПЛ работающих пациентов было достоверно больше, чем в группе с ВПЛ.

Таким образом, привержены лечению больные, имеющие сопутствующие заболевания (ишемическая болезнь сердца – ИБС, нарушение ритма сердца), а также те, у которых АГ протекает с не очень высокими цифрами и имеет небольшую продолжительность. Анализ терапии, которую получали пациенты на момент обследования, представлен в табл. 2.

Группы пациентов достоверно различались по среднему количеству принимаемых таблеток. Это согласуется с литературными данными о том, что приверженность выше в случае минимизации количества препаратов [10]. В группах пациентов с ВПЛ и НПЛ сравнивались особенности жалоб и симптомов АГ (по результатам оригинального опросника больного АГ) и их корреляции с

Таблица 3. Распределение аффективных расстройств по группам приверженности

	1-я группа – ВПЛ (n=30)	2-я группа – НПЛ (n=131)	p
Циклотимия, n (%)	10 (33,3)	35 (26,7)	0,3
Биполярные аффективные расстройства, n (%)	0	13 (2,3)	0,07
Гипомания	0	8	
Смешанные аффекты	0	5	
Дистимия, n (%)	12 (40)	9 (6,9)	0,0000
Рекуррентные депрессии	0	3	0,4
Депрессивный текущий эпизод	0	7	0,19

Таблица 4. Распределение тревожных расстройств по группам приверженности, n (%)

	1-я группа (n=30)	2-я группа (n=131)	p
Паническое расстройство	17 (56,7)	10 (7,6)	0,0000
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	3 (10)	17 (13)	0,66
Тревожные и депрессивные реакции адаптации	7 (23,3)	5 (3,8)	0,0002
Посттравматическое стрессовое расстройство	1 (3,3)	7 (5,3)	0,47
Соматоформное расстройство	3 (10)	25 (19)	0,24

симптомами психических расстройств на основании консультации психиатра.

В группе больных с ВПЛ мужчин было 13 (43,3%). Из них 9 человек – из круга тревожных с ананкастными чертами, а 4 – с истерическими и тревожными чертами. Пациенты – мужчины данной группы предпочитали жесткий режим приема препаратов. Начало заболевания, как правило, характеризовалось высокими цифрами АД (180/100 мм рт. ст. и выше), кризовым течением, кризы сопровождалось паническими атаками, страхом смерти от кардиологического заболевания, страхом возникновения инсульта, страхом стать обузой своим близким. У восьми пациентов – сопутствующая язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у одного – хронический гастрит. Эти пациенты уже имели опыт приема курсового лечения хронического заболевания и были готовы выполнять все рекомендации врача. Их отличали высокий уровень образования, социальный статус, материальное положение.

Женщин в группе больных с ВПЛ было 17 (56,7%). Здесь так же, как и у мужчин, обращает на себя внимание тяжелое начало заболевания с высоких цифр АД. Повышение АД на высоте криза сопровождалось панической атакой, страхом смерти, страхом инсульта. Манифестация заболевания чаще была отмечена в климактерическом периоде. В большинстве случаев началу заболевания и обращению к врачу предшествовала психогенная провокация, например, смерть родственника от кардиологического заболевания. Среди сопутствующих заболеваний у женщин данной группы встречалась эндокринная патология – заболевание щитовидной железы (гипотиреоз, хронический аутоиммунный тиреоидит), сахарный диабет. В этой группе преобладали пациентки с инволюционной истерией, соматоформными, паническим расстройствами, генерализованным тревожным расстройством. Все перечисленные расстройства отличались яркой клинической симптоматикой.

Тревожные и депрессивные реакции адаптации на психотравмирующие события, а также нозогенные (приспособительные) реакции (гипернозогнозия) [11] наблюдались как у мужчин, так и у женщин этой группы. Страх смерти от кардиологического заболевания, страх тяжелого осложнения – инфаркта, инсульта, страх стать обузой для близких был в основе ВПЛ в данной группе пациентов. Пациенты жаловались на головокружение, повышенную чувствительность к раздражителям, чаще звуковым. Боли у этих пациентов были с четкой локализацией. Повышение АД сопровождалось тревогой, страхом.

Известно, что больные с ВПЛ имеют более высокий уровень адаптации в семье и на производстве. Привер-

женные лечению пациенты отличаются высокой производственной занятостью, повседневной активностью. Все пациенты с ВПЛ социально активны, работают, причем среди них есть работающие инвалиды и пенсионеры. В этой группе оказались предприниматели, женщина – декан пенсионного возраста, мужчина – старший научный сотрудник. Преобладали пациенты с высшим образованием, высоким социальным статусом, имеющие семью. Женщины предпочитали гибкий режим приема препаратов в соответствии с симптомами и своей социальной активностью.

В группе с НПЛ мужчины составляли 22,1%, женщины – 77,9%. Через несколько месяцев после установления диагноза начали принимать лечение 18 (13,7%) человек, из них регулярно – 7 (5,4%) человек, нерегулярно – 11 (8,4%). Через несколько лет после установления диагноза начали принимать лечение 38 (29%) человек, из них регулярно – 7 (5,4%) человек, нерегулярно – 31 (21,7%). Не лечились до обращения в кардиоцентр 26 (19,9%) человек. Начали принимать лечение сразу, но в дальнейшем принимали терапию нерегулярно 32 (24,4%) человека.

Пациенты данной группы отличались более тяжелыми депрессиями, значимо меньшим уровнем тревожности и невротическими развитиями по типу ипохондрии здоровья, которые предпочитали приеме лекарственной терапии растительную терапию, гомеопатические средства, биологически активные добавки. Среди данной группы лиц большая часть относилась к пациентам с чертами зависимого расстройства личности, которые ориентировались на мнение родственников и соседей, случайные источники информации.

Особенностью аффективных расстройств у пациентов с гипертонической болезнью является легкий, субклинический уровень, характеризующийся депрессивными эквивалентами, которые классик психиатрии P.Kielholz [12] именовал «маскированными» (стертые, не достигающие полной психопатологической завершенности депрессии, при которых проявления гипотимии маскируются симптомокомплексами, выходящими за пределы психопатологических расстройств аффективного регистра, чаще всего наблюдаются при затяжном течении заболевания либо при латентных формах патологии). Маскированные депрессии обозначают так же, как «скрытые», «ларвированные», «алекситимические депрессии» либо как «тимопатические» (депрессивные эквиваленты). Как отмечал W.Brautigam [13], в клинической картине ведущее положение занимают симптомокомплексы, выходящие за пределы психопатологических расстройств аффективных регистров. Понятие «фаза» (или «эпизод»), введенное в научную психиатрию К.Ясперсом [14], распро-

страняется на ограниченные во времени обратимые изменения аффективной жизни, возникающие спонтанно (аутохтонно) или вызываемые какими-либо «случайными» неадекватными стимулами». В качестве триггерного механизма может выступать соматическая болезнь [15]. Как показали исследования, у личностей с аномалиями шизоидного, истерического, тревожного, аффективного круга в рамках хронического течения соматических заболеваний (в том числе гипертонической болезни, ИБС) возможна манифестация аффективных фаз. При этом депрессии «заимствуют» ритм (обострения, ремиссии), свойственный соматической патологии [16]. Распределение аффективных расстройств по группам приверженности представлено в табл. 3.

Пациенты с субклиническим уровнем депрессии отличались более высокой приверженностью лечению. В группе с ВПЛ пациенты с дистимией составляли 40%, а с циклотимией – 33,3%. В группе с НПЛ данное соотношение было 6,9 и 26,7%. Различия между группами высоко достоверно. В группе пациентов с ВПЛ не было тяжелых депрессий, в частности депрессий с тоскливым аффектом, рекуррентных депрессий, депрессивного текущего эпизода, а также больных с биполярным аффективным расстройством. В то же время в группе пациентов с НПЛ данные расстройства имели место.

Пациенты с циклотимией в зависимости от фазы и тяжести аффективного состояния были привержены терапии на выходе из депрессии и нарушали режим приема лекарств на высоте депрессивной фазы. Пациентам двух групп были свойственны как аффективная неустойчивость, возбудимость, тревожность, мнительность, снижение способности к переживанию положительных эмоций, фиксация на неприятностях, негативных впечатлениях, ригидность в эмоциональной сфере [17, 18], так и склонность к ипохондричности [19]. Пациенты, приверженные лечению, отличались отношением к заболеванию в виде регулярного ведения дневника контроля АД.

Известно, что одной из психологических особенностей больных АГ является высокий уровень тревожности. Пациентам свойственна борьба с постоянно нарастающим враждебно-агрессивным чувством, но в целом они сохраняют контроль над собой. По мнению ряда авторов, постоянное сдерживание агрессивных импульсов всегда связано с тревожностью [20]. Все больные в нашем исследовании имели разный уровень тревожности и различные невротические расстройства тревожного спектра. По уровню тревоги имелись различия между группами (табл. 4).

В группе с ВПЛ достоверно чаще встречались пациенты с паническими атаками, тревожно-депрессивными ситуационными реакциями. Достоверных различий между пациентами исследуемых групп с соматоформными расстройствами не найдено.

Жалобы пациентов с НПЛ на тупые боли сжимающего характера в разных частях тела без четкой локализации (грудная клетка, головные боли), которые носили тягостный характер, отличались диффузностью и длительностью до нескольких дней, наличием постоянно существующих «мушек» перед глазами, шума в ушах постоянного характера относились к симптомокомплексу психопатологического происхождения. Пациенты также оценивали интенсивность симптома. Яркая боль, головокружение или нарушение ритма сердца расценивались пациентами из группы ВПЛ как опасные для жизни либо значительно ограничивающие привычную деятельность симптомы, что вынуждало их принимать лекарства или быть заинтересованными в лечении.

Гипертоническая болезнь – одно из самых распространенных психосоматических расстройств. Мы попытались проанализировать пересечение разных симптомов сложных симптомокомплексов психической и соматической сферы, находящихся в различных коморбидных соотношениях и оценить, как это влияет на привержен-

ность. При обнаружении органических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы весь комплекс жалоб и объективных симптомов, как правило, объясняется в рамках одного заболевания, что ведет к недооценке вклада в симптомокомплекс функциональных расстройств. Признаки угнетенного настроения, пессимизм, сниженная самооценка субъективно оцениваются пациентами, а также некоторыми докторами как следствие физического недомогания. Необходимо учитывать особенности самосознания больных, неспособность выразить и описать свое душевное состояние (алекситимия). Пациенты склонны приписывать плохое самочувствие соматическому недомоганию.

Приверженность лечению больных АГ – одна из сложных проблем, требующих комплексного подхода в ее решении. Формирование внутренней картины болезни [21] при АГ отличается от других заболеваний отсутствием болезненных ощущений, что не приводит пациента к пониманию его роли в процессе лечения, как при других заболеваниях. Исключение составляет тяжелое начало, когда появляются болезненные ощущения, либо кризовое течение АГ, которое, как правило, сочетается с паническими атаками и сопровождается страхом. Понимание болезни, ее оценка происходит только в том случае, когда бедная симптоматика АГ дополняется симптомами коморбидного заболевания – как соматического, так и психического расстройства: соматоформного, аффективного, тревожного, панического. Самые распространенные психические заболевания в соматической практике – это тревожные и аффективные расстройства разной выраженности и разного происхождения (дистимия, циклотимия, смешанное тревожно-депрессивное, паническое, генерализованное тревожное расстройство).

Выявление коморбидной психической патологии и личностных нарушений, которые могут быть предрасполагающими факторами в заинтересованности пациента в процессе лечения, является важным моментом в амбулаторном ведении пациентов с сочетанной патологией.

Коморбидность – основная причина более высокой приверженности при лечении АГ. Приверженность не нарастает с длительностью заболевания, а, наоборот, снижается. Наиболее приверженными лечению являются пациенты с тяжелым началом заболевания. Панические атаки чаще встречаются у приверженных лечению больных. Дистимии также чаще отмечают у приверженных лечению больных. Психические расстройства обычно снижают приверженность. Имеются в виду расстройства психотического уровня. В настоящем исследовании имели место расстройства субклинического, непсихотического, невротического уровня. Данные расстройства повышают приверженность лечению. Понимание болезни, ее оценка происходят только в том случае, когда бедная симптоматика АГ дополняется симптомами коморбидного заболевания – как соматического, так и психического расстройства: соматоформного, аффективного, тревожного, панического. Это требует иной лечебной тактики с участием кардиолога и психиатра. В начале лечения установка на лекарство и осознание болезни в большей степени определяют приверженность, чем собственно побочные эффекты.

Выводы

1. Для больных АГ, демонстрирующих ВПЛ, характерны:
 - небольшая длительность заболевания;
 - сочетание кризов с тревожными приступами в дебюте заболевания;
 - наличие сопутствующих заболеваний (ИБС, нарушения ритма сердца, язвенная болезнь, заболевание щитовидной железы);
 - высокий уровень тревоги, панические атаки, тревожные и фобические пароксизмы;
 - субклинические депрессии (дистимия, циклотимия);

- тревожно-депрессивные ситуационные реакции адаптации и нозогенные (приспособительные) тревожно-депрессивные реакции (гипернозогнозия).

2. Больные АГ с НПЛ характеризуются более тяжелой аффективной симптоматикой (депрессивными и маниакальными фазами биполярного аффективного расстройства и рекуррентными депрессиями) и разными вариантами патохарактерологического развития личности.

Литература

1. Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension* 2004; 43: 10–7.
2. World Health Organisation: Adherence to long term therapies, evidence for action. Geneva 2003; <http://www.who.int>
3. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009; 120 (16): 1598–605.
4. Kulkarni SP, Alexander KP, Heiss G, Peterson ED. Long-term adherence with cardiovascular drug regimens. *Am Heart J* 2006; 151 (1): 185–91.
5. Haynes RB, McKibbon KA, Kanani R. Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet* 1996; 348: 383–6.
6. Чазов Е.И. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА. *Кардиология*. 2007; 10: 24–30.
7. Lichtman JH, Bigger JT, Blumenthal JA. Depression and coronary heart disease. Recommendations for screening, referral, and treatment. *Circulation* 2008; 118: 1768–75.
8. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Деев А.Д. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. *Кардиология*. 2005; 8: 38–44.
9. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2004; 6 (4): 159–62.
10. Briesacher BA, Andrade SE, Fouayzi H, Chan KA. Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy* 2008; 28 (4): 437–43.
11. Дробизев М.Ю. Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2000.
12. Kielholz P. (Hrsg) Die larvierte Depression. Huber, Bern, Stuttgart, Zurich, 1973.
13. Brautigam W, Christian P. Psychosomatische Medizin. Theime, Stuttgart, 1973.
14. Яснер К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997; с. 825–30.
15. Смуглевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2007; с. 61–2.
16. Смуглевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств. М., 2009; с. 116–8.
17. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1987; с. 206–12.
18. Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. М.: Медицина, 1970.
19. Пограничная психиатрия. Под ред. Ю.А. Александровского. М., 2006; с. 6–12, 1260–2.
20. Alexander F. Psychosomatic medicine: Its principles and applications. New-York: Konald, 1951.
21. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. Изд. 4-е. М.: Медицина, 1977; с. 37–52.