

Обзор
УДК 616.89-008.441.16+616.895
<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2022-13-2-146-153>

Клинические особенности сочетания агорафобии и психических расстройств непсихотического уровня

А. И. Ковалев

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия
Автор, ответственный за переписку: Ковалев Александр Иванович, aik_psych@list.ru

Аннотация. В обзоре дается современное определение понятия «агорафобия». Представлены разные классификационные подходы в типировании агорафобии. Показана ее роль как фактора, утяжеляющего течение психических расстройств непсихотического уровня. Проанализированы особенности проявления в зависимости от нозологической принадлежности. Выявлено, что агорафобия является предиктором неблагоприятного исхода у лиц с паническим расстройством. В свою очередь паническое расстройство часто становится причиной развития агорафобии. При этом отмечаются гендерные и возрастные аспекты. Показана коморбидность агорафобии и сомато-вегетативного типа генерализованного тревожного расстройства. Агорафобия повышает риск формирования суицидального поведения при депрессии, имеет высокую корреляцию с выраженностью личностных расстройств, особенно избегающего и зависимого типа. При этом некоторые исследователи оспаривают точку зрения, что данные виды расстройств личности являются предрасполагающими факторами для панического расстройства и агорафобии, основываясь на ретроспективных данных по преморбидной структуре личностей пациентов с тревожными расстройствами. Взаимосвязь между посттравматическим стрессовым расстройством и паническим расстройством подчеркивается в связи с появлением циркулярной модели развития чувства страха, которая постулирует сходную этиологию тревожных расстройств. Имеется коморбидность агорафобии с расстройствами ипохондрического спектра: от степени фиксации до навязчивого характера. Снижает эффективность терапии расстройств шизофренического спектра и качество жизни больных. Картина самого панического расстройства с агорафобией утяжеляется при наличии у пациента хронического алкоголизма, при этом наличие агорафобической симптоматики приводит к рецидиву алкогольной болезни, что объясняется приемом спиртного для облегчения симптомов, а также повышает вероятность развития зависимости от транквилизаторов.

Ключевые слова: агорафобия, тревожные расстройства, пограничные психические расстройства

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Ковалев А. И. Клинические особенности сочетания агорафобии и психических расстройств непсихотического уровня (литературный обзор). *Медицинский вестник Юга России*. 2022;13(2):146-153. DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-2-146-153.

Clinical features of the combination of agoraphobia and non-psychotic mental disorders

A. I. Kovalev

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia
Corresponding author: Alexander I. Kovalev, psych@list.ru

Abstract. The review article gives a modern definition of the concept of agoraphobia. Different classification approaches in the typing of agoraphobia are presented. Its role as a factor aggravating the course of non-psychotic mental disorders is shown. The features of its manifestation depending on the nosological affiliation are analyzed. It was revealed that agoraphobia is a predictor of an unfavorable outcome in people with panic disorder. In turn, panic disorder often causes the development of agoraphobia. At the same time, gender and age aspects are noted. The comorbidity of agoraphobia and somato-vegetative type of generalized anxiety disorder is shown. Agoraphobia increases the risk of suicidal behavior in depression, has a high correlation with the severity of personality disorders, especially of the avoidant and dependent type. At the same time, some researchers dispute the point of view that these types of personality disorders are predisposing factors for panic disorder and agoraphobia, based on retrospective data on the premorbid personality structure of patients with anxiety disorders. The relationship between PTSD and panic disorder is emphasized in connection with the emergence of a circular model of the development of feelings of fear, which postulates a similar etiology of anxiety disorders. There is a comorbidity of agoraphobia with disorders of the hypochondriac spectrum: from the degree of fixation to obsessive nature. reduces the effectiveness of therapy for schizophrenic spectrum disorders and the quality of life of patients. The picture of the panic disorder itself with agoraphobia becomes heavier if the patient has chronic alcoholism (in particular, the frequency of seizures increases), while the presence of agoraphobic

symptoms leads to a relapse of alcoholic illness, which is explained by taking alcohol to relieve symptoms, and also increases the likelihood of developing dependence on tranquilizers.

Keywords: agoraphobia, anxiety disorders, borderline mental disorders

Financing: The study did not have sponsorship.

For citation: Kovalev A. I. Clinical features of the combination of agoraphobia and non-psychotic mental disorders. *Medical Herald of the South of Russia*. 2022;13(2):146-153. DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-2-146-153.

Введение

Проведён поиск русскоязычных и англоязычных статей в базах данных ELibrary.ru, Web of Science, Scopus, Clinical Case, PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews. Поиск статей осуществлён по ключевым словам «агорафобия», «тревожные расстройства», «пограничные психические расстройства». Критерии включения — полнотекстовые статьи на русском и английском языках, оригинальные исследования, кокрейновские обзоры, клинические наблюдения, дата публикации с 1994 по 2020 гг. Критерии исключения — абстракты, тезисы, дата публикации до 1994 г. Всего найдено 734 публикаций. Критериям включения/исключения соответствовали 43 публикации.

Агорафобия представляет собой расстройство, характеризующееся появлением страха при пребывании пациента на открытом пространстве или в людных местах (магазины, автобусные остановки) с последующим формированием поведения избегания ситуаций, вызвавших страх. Согласно классификации, приведённой в МКБ-10, её можно разделить на две группы: агорафобию без ананестических данных за паническое расстройство и паническое расстройство с агорафобией (МКБ-10). Часть исследователей выделяют агорафобию с ранним и поздним (после 65 лет) дебютом [1].

Распространённость панического расстройства оценивается около 2% населения в год или около 2–5% популяции в течение жизни [2, 3]. Среди этих пациентов от одной трети до половины имеют агорафобическую симптоматику, хотя в клинических выборках процент ещё выше [4]. Такой достаточно высокий процент встречаемости агорафобии в популяции делает данную тематику актуальной для исследований.

Результаты исследований последних лет показывают наличие коморбидности между агорафобией и другими расстройствами тревожного спектра. В частности, агорафобия встречается у 0,8% лиц, перенёсших паническую атаку, у 1,1% с паническим расстройством [2]. Также было показано, что у трети пациентов с паническим расстройством и большим депрессивным расстройством развивается агорафобия [5].

Важно отметить, что коморбидность повышает тяжесть заболевания и снижает эффективность проводимого лечения. Перечисленные выше нозологии объединяются в группу пограничных психических расстройств, которые имеют высокий процент встречаемости в популяции [6]. Некоторые из них, в частности ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство), могут быть факторами, формирующими развитие агорафобии, поэтому важно стремиться к снижению частоты распространённости данных нозологий [7].

Ещё одним фактором важности работ в этом направлении является факт того, что агорафобия значительно

утяжеляет течение панического расстройства и ухудшает качество жизни пациентов, оценённое по шкале SF-36 [8].

С учётом распространённости заболевания и снижения качества жизни у пациентов важную роль играет подбор эффективной терапии панико-агорафобических состояний [9, 10].

Панические атаки и паническое расстройство как основа для формирования агорафобической симптоматики

Можно сказать, что положение агорафобии как отдельной нозологии длительное время было весьма «шатким». В частности, существовал вопрос о вторичном формировании агорафобии по отношению к паническому расстройству. Или же она является отдельной нозологической единицей, как это изначально указывалось в МКБ?

Впервые агорафобия была описана Вестфалем в 1871 г., и до появления DSM-III-R (*Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders, third edition, revised*) она определялась как достаточно распространённое тревожное расстройство или так называемый фобический невроз (phobic neurosis). Впоследствии агорафобия была включена в МКБ-9 как независимый синдром, проявляющийся множественными страхами, причём в МКБ-10 она занимает такой же статус (МКБ-10, 1995).

В США, где основной системой классификации психических расстройств является DSM, главенствует определение агорафобии как «чувства страха с избегающим поведением, формирующегося при пребывании одному или среди людей в тех местах, из которых сложно выбраться или получить медицинскую помощь в экстренной ситуации». Можно сказать, что данное определение похоже на определение панического расстройства и определение агорафобии, данное в МКБ-10. Тем не менее, определение агорафобии в DSM ближе к паническому расстройству, чем к фобиям. Агорафобия с паническими атаками должна быть закодирована как его начальная фаза, когда имеются повторяющиеся панические атаки, что, в свою очередь, приводит к развитию страха такого приступа и соответственно избегания ситуаций и мест, которые могут такой приступ спровоцировать. Если в анамнезе нет панических атак, то диагноз звучит как агорафобия без панических атак, но, согласно DSM, требуется, чтобы избегающее поведение было результатом тревоги по поводу развития панической атаки, то есть в любом случае указано на связь между паническим расстройством или атакой и агорафобией, что является отличием данной классификации от МКБ-10. Таким образом, с DSM-III-R агорафобия определялась как ответ на ситуации, в которых имела место быть паническая атака. Однако эволюция последующих пересмотров DSM шла по пути всё большего признания агорафобии вне конструкции панических

атак или панического расстройства. В классификацию DSM-V, вышедшей в 2013 г., были внесены значительные изменения в рубрику тревожных расстройств, включая агорафобию и паническое расстройство. В частности, они были разделены на два отдельных диагноза, то есть при формулировке диагноза следует пользоваться двумя разными кодами. Можно сказать, что диагностические критерии агорафобии претерпели лишь незначительные изменения. В частности, необходимо подтверждение возникновения страха в двух и более ситуациях, чтобы исключить другие фобии (APA, 2013).

Паническое расстройство представляет собой хроническое заболевание, вследствие чего пациенты нуждаются в длительной терапии [11]. При этом было показано, что агорафобия является предиктором неблагоприятного исхода у лиц с паническим расстройством [11]. Наличие агорафобии у таких пациентов усугубляет клиническое течение панического расстройства и повышает вероятность наличия одного или нескольких сопутствующих психических расстройств по сравнению с пациентами с паническим расстройством, но без агорафобии. Было показано, что после панической атаки 37% пациентов демонстрируют избегающее поведение средней степени выраженности, причем 81% этих пациентов формируют такое поведение менее, чем за год [12]. Исследователями были выделены факторы риска, которые повышают риск развития агорафобической симптоматики, такие как ранний возраст дебюта панических атак [13], женский пол [14], принадлежность основного заболевания к группе тревожного спектра [12]. Согласно данным отечественных исследователей, преобладающий пол пациентов с паническим расстройством и агорафобией — женский, а возраст дебюта заболевания приходится на 21–30 (32,4%) и 31–40 (35,3%) лет, что соответствует данным зарубежных ученых [15].

Особенности клинической картины расстройств тревожного спектра в сочетании с агорафобией

Генерализованное тревожное расстройство представляет собой психическую патологию, которая демонстрирует высокую степень коморбидности с другими нозологиями. В частности, было показано, что вероятность заболеваемости в течение жизни большим депрессивным расстройством при генерализованном тревожном расстройстве составляет 62,4%, агорафобией — 25,7%, паническим расстройством — 23,5% [16].

В отечественных исследованиях была показана коморбидность агорафобии и сомато-вегетативного типа генерализованного тревожного расстройства, который проявляется кратковременными соматизированными тревожными реакциями в течение дня¹. Среди других расстройств, которые коморбидны тревожному расстройству, интерес представляет синдром раздражённого кишечника, который приводит к развитию агорафобии. Это происходит вследствие того, что пациенты боятся испытать проявления данного синдрома прилюдно, что формирует избегающее поведение [17].

¹ Лесс Ю.Э. Типология генерализованного тревожного расстройства (клиника, коморбидность): Автореф. дис. на соискание степени к.м.н. ГНЦССП имени В.П. Сербского. Москва, 2008. 123 с.

Влияние агорафобии на течение депрессивных расстройств

Исследования показали, что коморбидность депрессии и панического расстройства с агорафобией ассоциирована с усилением тревоги, ипохондрии, ощущения «неадекватности», социальной изоляцией, а также с неэффективностью лечения, сложностями психосоциальной реабилитации, увеличением частоты госпитализации [18]. Также тяжесть депрессивной симптоматики (чувство вины, безнадежности) усиливается при наличии панического расстройства с агорафобией [19]. Sareen J. et al., 2005 [20] показали, что паническое расстройство с агорафобией связано с наличием в анамнезе попыток суицида. Это очень важно, поскольку попытка суицида в анамнезе расценивается как предиктор дальнейших суицидальных попыток. Некоторые исследователи полагали, что наличие суицидальной попытки у пациентов, страдающих от большого депрессивного расстройства, не связано с наличием панического расстройства, так как наличие тревоги, ипохондрии расценивалось как защитный фактор от суицидального поведения, так как эти пациенты больше боялись смерти [21]. Другие исследователи полагали, что имеется связь между психомоторной ажитацией и суицидальными идеями, что противоречит гипотезе о тревоге как защитном факторе против суицида [22]. Ключевым моментом в данных гипотезах является наличие связи между расстройствами депрессивного и тревожного спектров.

Длительное время исследовалось, какие именно факторы, связанные с панико-агорафобической симптоматикой, могут привести к повышению риска суицидального поведения, кроме влияния депрессии. Пациенты с коморбидностью тревоги и депрессии могут чаще совершить суицид, чем пациенты без тревоги, так как это способ избавиться от волнующих их симптомов [20]. Панические атаки во время депрессии значительно ухудшают социальное функционирование, что в свою очередь может привести к суицидальным идеям.

Следует отметить, что имеется обратное влияние депрессии на агорафобию, в частности, наблюдается повышение степени тяжести фобической симптоматики [23].

Таким образом, между панико-агорафобической симптоматикой и депрессией имеется сложная патогенетическая связь. В связи с этим изучение данного вопроса очень важно, так как это поможет снизить вероятность формирования суицидального поведения.

ПТСР как этиологический фактор агорафобии

Исследования показали наличие высокой коморбидности между паническим расстройством и ПТСР. Так, паническое расстройство встречается у 7,3–18,6% мужчин и 12,6–17,5% женщин, страдающих ПТСР [24]. В более современных исследованиях было показано, что 35% пациентов с ПТСР перенесли панические атаки в течение года, что приводило к повышению коморбидности с другими расстройствами тревожного спектра и ухудшению социального функционирования [25].

Взаимосвязь между ПТСР и паническим расстройством подчёркивается в связи с появлением циркулярной модели развития чувства страха, которая постулирует сходную этиологию тревожных расстройств, в основе которых

лежит эта эмоция [26]. Применяя эту гипотезу к ПТСР и паническому расстройству, можно сказать, что при ситуации, запускающей напоминание о физической угрозе, человек испытывает тахипноз, боли в сердце и страх смерти. Гипотеза циркулярного формирования чувства страха хорошо согласуется с предположением о том, что паника во время перенесённого травмирующего события становится частью условного рефлекса, который может запуститься в определённый момент, демонстрируя вышеприведённую симптоматику [27]. При этом может сформироваться агорафобическая симптоматика, когда пациенты избегают тех мест, которые вызывают паническую атаку и испытывают тревогу по поводу её вероятного развития [13].

Влияние расстройств личности на клиническую картину агорафобии

Понимание того, как личностные черты связаны с возникновением панического расстройства и агорафобии, – важный шаг в изучении этиологии последних. Исследователями было показано, что кластер С («тревожная» группа) психопатий, особенно избегающая и зависимая, ассоциированы с тревожными расстройствами, в частности с паническим расстройством и агорафобией [28]. Следует отметить, что некоторые исследователи оспаривают точку зрения о том, что данные виды расстройств личности являются predisposing факторами для панического расстройства и агорафобии, основываясь на ретроспективных данных по преморбидной структуре личностей пациентов с тревожными расстройствами. Другие исследователи полагают, что на ранних этапах течения панического расстройства симптомы заболевания не могут повлиять на деформацию личности [29]. Эту точку зрения может подтверждать факт, что эффективная терапия панического расстройства и агорафобии может нивелировать патохарактерологические черты личности [30].

Известно, что личностные особенности пациентов могут оказывать существенное влияние на прогноз терапии. Так, в исследовании М. Ozkan и А. Altindag, 2005 [31] показано, что те пациенты, у которых характерологические особенности достигают выраженности психопатических, паническое расстройство характеризуется более тяжёлым течением, чаще присоединяется агорафобическая симптоматика, более высок риск суицидов.

Среди факторов, формирующих личность, помимо генетически детерминированных черт личности, важную роль играет воспитание. Отечественными исследователями было показано, что негармоничный тип воспитания очень часто применялся к пациентам с агорафобией. Наиболее частый стиль – «гиперответственность и гиперопека» (50,98%), который коррелирует с социальной тревожностью и социофобией. Следующим часто встречающимся (24,11%) стилем воспитания был «золушка», вследствие чего пациентам свойственен комплекс вины и зависимости, а запрет на проявление негативных эмоций приводил к соматизации тревоги².

² Позз, И.Б. Клинико-психологические предикторы неблагоприятного течения агорафобии с паническим расстройством: Автореф. дис. на соискание степени к.м.н. МГМСУ имени А.И. Евдокимова. Москва, 2012. 177 с.

Влияние типа ипохондрии на динамику агорафобии

После панической атаки у пациентов часто развивается тревога ожидания повторного приступа, которая актуализируется при необходимости пребывания в ситуации, способной запустить фобическую реакцию (тревога, ощущение напряжения в теле, тахикардия, затруднённое дыхание). Данные проявления могли сопровождаться развитием ипохондрических расстройств. Страх за здоровье носил характер навязчивой ипохондрии с пониманием болезненности и необоснованности фобии и борьбы с ней, однако иногда ипохондрия может принимать характер сверхценной. Последний вариант отличает отсутствие критического отношения к своему состоянию [18].

В работе И. Б. Позз³ также было выявлено, что у всех пациентов, страдающих агорафобией, имеется коморбидность с расстройствами ипохондрического спектра: от степени фиксации до навязчивого характера. Невротическая ипохондрия характеризовалась конкретностью нозофобии с сомато-вегетативными проявлениями. Клиническую картину характеризовала смена синдромов, таких как ипохондрические проявления и патохарактерологическое изменение личности перекрывали картину фобии. Впоследствии клинику невротического развития определял сложный obsessivo-fobicкий и ипохондрический комплекс. Интересно, что по результатам этой работы было выявлено, что сверхценный тип ипохондрических расстройств формировался у пациентов с расстройствами личности. Так, при тревожном, ананкастном и зависимом расстройствах личности выявлялось ипохондрическое развитие с акцентуацией перфекционизма, изменением приоритетов и ценностей и «надломом жизненной кривой». У истерической личности отмечалось более благоприятное течение. Происходила частичная редукция ипохондрии с восстановлением прежнего уровня функционирования. Таким образом можно сказать, что наличие истерического радикала в структуре личности прогностически благоприятен, в то время как анакастный, тревожный и зависимый – неблагоприятен. При этом клиническая картина ипохондрии определяет динамику течения агорафобии. При невротической ипохондрии наблюдались длительные ремиссии без психопатологических расстройств, а при сверхценной – непрерывное течение с генерализацией и усложнением клинической картины за счёт формирования коморбидных связей.

Исследования этой направленности за рубежом пришлось на восьмидесятые годы. Ипохондрия рассматривалась как соматическое проявления нарушения самовосприятия, а агорафобия как защитная реакция и попытка восстановить нарушенное самовосприятие. Также было показано, что пациенты могут переносить панические атаки ранее, не понимая их психологической этиологии, но именно они могут быть ключевым моментом формирования ипохондрии или тревожного темперамента.

³ Позз, И.Б. Клинико-психологические предикторы неблагоприятного течения агорафобии с паническим расстройством: Автореф. дис. на соискание степени к.м.н. МГМСУ имени А.И. Евдокимова. Москва, 2012. 177 с.

Агорафобия в рамках вялотекущей шизофрении

Хотя основное время изучения коморбидности тревожных расстройств и шизофрении относится к ранним годам нозологического подхода в психиатрии, длительное время данная тема игнорировалась как клиницистами, так и исследователями [32]. Вероятно, это было связано с тем, что длительное время в критериях диагностики по DSM было указано, что расстройство тревожного спектра можно диагностировать, если не прослеживается связь с расстройством первой оси, в частности шизофренией, что приводило к низкой диагностике данной нозологии у пациентов с шизофренией [33]. Однако с появлением DSM-III-R была разрешена постановка диагноза коморбидного тревожного расстройства, если его проявления не были связаны с основным психическим заболеванием. Вторая причина повышенного интереса к этой проблеме в данный момент заключается в том, что наличие коморбидного тревожного расстройства негативно влияет на реабилитацию пациентов и их степень функционирования [34]. Таким образом, лечение расстройств тревожного спектра у пациентов с шизофренией необходимо, так как повышает вероятность достижения благоприятного результата [35]. В метааналитическом исследовании А. М. Achim et al., 2009, в которое вошли 52 исследования с общим количеством пациентов 4 032, изучалась частота расстройств тревожного спектра у пациентов с шизофренией. Авторами было показано, что средняя распространенность агорафобии у данной когорты больных составляет 5,4%, 95% доверительный интервал лежит в пределах от 0,2% до 10,6% [36].

В отечественной школе психиатрии принято выделять вялотекущий тип шизофренического процесса, который в американской школе рассматривается как шизотипический тип личности. Эндогенный процесс в этом случае характеризуется отсутствием выраженной позитивной симптоматики, но – на фоне «замедленного» течения [37]. Часть исследователей рассматривают агорафобию в рамках дефекта, сформированного в результате вялотекущего процесса⁴ [40].

По данным отечественных исследований, дебют агорафобии у пациентов с шизофренией приходится на зрелый возраст. Основной фабулой фобии являются страх оставаться в замкнутом пространстве в одиночестве и страх самостоятельного передвижения на улице. Интересно, что агорафобическая симптоматика формировалась не только на фоне панического расстройства, но и у пациентов с синестезиями [38].

Влияние агорафобии на клиническую картину хронического алкоголизма

В Германии U. Schneider and A. Altman, 2001 провели большое ретроспективное эпидемиологическое исследование MUCPA (Multicentre Study of Psychiatric Comorbidity in Alcoholics — Мультицентровое Исследование Коморбидности с Психиатрическими

Заболеваниями среди Алкоголиков), целью которого было определение распространенности коморбидных психиатрических расстройств среди людей, страдающих алкоголизмом. В исследование было включено 556 пациентов, страдающих алкоголизмом (из исследования исключались пациенты, которые также употребляли другие психоактивные вещества). Тревожные расстройства были обнаружены у 42,3% обследованных. Генерализованное тревожное расстройство было диагностировано у 42,3%, агорафобия – у 12,9%, социальная фобия – у 13,1%, паническое расстройство – у 13,7% обследованных [39].

По данным К. Tomasson и P. Vaglum (1996), при наличии агорафобии/панического расстройства в 6 раз повышается риск повторного обращения по поводу алкоголизма после детоксификации у лиц меньше, чем с двумя предшествующими обращениями [40].

В отечественных исследованиях было показано, что картина панического расстройства с агорафобией утяжеляется при наличии у пациента хронического алкоголизма (в частности, учащается частота приступов), при этом наличие агорафобической симптоматики приводит к рецидиву алкогольной болезни, что объясняется приемом спиртного для облегчения симптомов [35]. Этими же авторами было показано, что при наличии хронического алкоголизма агорафобическая симптоматика при паническом расстройстве развивается быстрее, а качество ремиссии существенно ниже, чем у пациентов без алкогольной зависимости.

Отечественными исследователями была выявлена высокая частота наличия зависимости от транквилизаторов, при этом данный феномен чаще встречается у лиц с неблагоприятным течением агорафобии⁵.

Заключение

Резюмируя вышеперечисленное, можно отметить, что агорафобия всё ещё является актуальной задачей как для клинициста, так и для исследователя. Анализ литературы показал, что, вероятно, в связи с господствованием «американских» воззрений на данную нозологию она неразрывно рассматривалась вторичной по отношению к паническому расстройству. В свою очередь это привело к нехватке данных по агорафобической симптоматике. Однако даже из этого материала видно, что данное расстройство представляет серьезную проблему для врача-психиатра в связи с тем, что не является редким, при этом она утяжеляет клиническую картину других психических заболеваний. В частности, как указывалось выше, она повышает риск формирования суицидального поведения при депрессии, снижает эффективность терапии расстройств шизофренического спектра и качество жизни больных, приводит к рецидиву хронического алкоголизма, а также повышает вероятность развития зависимости от транквилизаторов.

⁴ Колюцкая Е.В. Обсессивно-фобические расстройства при шизофрении и нарушениях шизофренического спектра: Автореф. дис. на соискание степени к.м.н. НЦПЗ РАМН. Москва, 2001. 152 с.

⁵ Позз. И.Б. Клинико-психологические предикторы неблагоприятного течения агорафобии с паническим расстройством: Автореф. дис. на соискание степени к.м.н. МГМСУ имени А.И. Евдокимова. Москва, 2012. 177 с.

ЛИТЕРАТУРА

1. Segui J, Salvador-Carulla L, Marquez M, Garcia L, Canet J, et al. Differential clinical features of late-onset panic disorder. *J Affect Disord.* 2000;57(1-3):115-124. DOI: 10.1016/s0165-0327(99)00082-8
2. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(4):415-24. DOI: 10.1001/archpsyc.63.4.415
3. Carlbring P, Gustafsson H, Ekselius L, Andersson G. 12-month prevalence of panic disorder with or without agoraphobia in the Swedish general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(5):207-11. DOI: 10.1007/s00127-002-0542-y
4. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(4):305-9. DOI: 10.1001/archpsyc.1997.01830160021003
5. Wittchen HU, Nocon A, Beesdo K, Pine DS, Hofler M, et al. Agoraphobia and panic. Prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts. *Psychother Psychosom.* 2008;77(3):147-57. DOI: 10.1159/000116608
6. Александровский Ю.А. *Пограничные психические расстройства*. М.: Медицина; 2000.
7. Pfaltz MC, Michael T, Meyer AH, Wilhelm FH. Reexperiencing symptoms, dissociation, and avoidance behaviors in daily life of patients with PTSD and patients with panic disorder with agoraphobia. *J Trauma Stress.* 2013;26(4):443-50. DOI: 10.1002/jts.21822
8. Carrera M, Herrán A, Ayuso-Mateos JL, Sierra-Biddle D, Ramírez ML, et al. Quality of life in early phases of panic disorder: predictive factors. *J Affect Disord.* 2006;94(1-3):127-34. DOI: 10.1016/j.jad.2006.03.006
9. Croft A, Hackmann A. Agoraphobia: an outreach treatment programme. *Behav Cogn Psychother.* 2013;41(3):359-64. DOI: 10.1017/S135246581200077X
10. Козлов В.В., Власов Н.А. Модели краткосрочной психотерапии агорафобии. *Человеческий фактор: Социальный психолог.* 2020;1(39):356-363. eLIBRARY ID: 42969608
11. Carpiniello B, Baita A, Carta MG, Sitzia R, Macciardi AM, et al. Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *Eur Psychiatry.* 2002;17(7):394-8. DOI: 10.1016/s0924-9338(02)00701-0
12. Katerndahl DA. Predictors of the development of phobic avoidance. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(8):618-23; quiz 624. DOI: 10.4088/jcp.v61n0813a
13. Goodwin RD, Hamilton SP. The early-onset fearful panic attack as a predictor of severe psychopathology. *Psychiatry Res.* 2002;109(1):71-9. DOI: 10.1016/s0165-1781(01)00357-2
14. Yonkers KA, Zlotnick C, Allsworth J, Warshaw M, Shea T, Keller MB. Is the course of panic disorder the same in women and men? *Am J Psychiatry.* 1998;155(5):596-602. DOI: 10.1176/ajp.155.5.596
15. Стаценко О.А., Иванова Т.И. Клинико-динамические особенности агорафобии с паническим расстройством невротического генеза. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2011;(1):27-30. eLIBRARY ID: 16158300

REFERENCES

1. Segui J, Salvador-Carulla L, Marquez M, Garcia L, Canet J, et al. Differential clinical features of late-onset panic disorder. *J Affect Disord.* 2000;57(1-3):115-124. DOI: 10.1016/s0165-0327(99)00082-8
2. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(4):415-24. DOI: 10.1001/archpsyc.63.4.415
3. Carlbring P, Gustafsson H, Ekselius L, Andersson G. 12-month prevalence of panic disorder with or without agoraphobia in the Swedish general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(5):207-11. DOI: 10.1007/s00127-002-0542-y
4. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(4):305-9. DOI: 10.1001/archpsyc.1997.01830160021003
5. Wittchen HU, Nocon A, Beesdo K, Pine DS, Hofler M, et al. Agoraphobia and panic. Prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts. *Psychother Psychosom.* 2008;77(3):147-57. DOI: 10.1159/000116608
6. Alexandrovsky Yu.A. *Borderline mental disorders*. M.: Medicine; 2000. (In Russ)
7. Pfaltz MC, Michael T, Meyer AH, Wilhelm FH. Reexperiencing symptoms, dissociation, and avoidance behaviors in daily life of patients with PTSD and patients with panic disorder with agoraphobia. *J Trauma Stress.* 2013;26(4):443-50. DOI: 10.1002/jts.21822
8. Carrera M, Herrán A, Ayuso-Mateos JL, Sierra-Biddle D, Ramírez ML, et al. Quality of life in early phases of panic disorder: predictive factors. *J Affect Disord.* 2006;94(1-3):127-34. DOI: 10.1016/j.jad.2006.03.006
9. Croft A, Hackmann A. Agoraphobia: an outreach treatment programme. *Behav Cogn Psychother.* 2013;41(3):359-64. DOI: 10.1017/S135246581200077X
10. Kozlov V.V., Vlasov N.A. Models of short-term psychotherapy of agoraphobia. *Human factor: Social psychologist.* 2020;1(39):356-363. (In Russ).
11. Carpiniello B, Baita A, Carta MG, Sitzia R, Macciardi AM, et al. Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *Eur Psychiatry.* 2002;17(7):394-8. DOI: 10.1016/s0924-9338(02)00701-0
12. Katerndahl DA. Predictors of the development of phobic avoidance. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(8):618-23; quiz 624. DOI: 10.4088/jcp.v61n0813a
13. Goodwin RD, Hamilton SP. The early-onset fearful panic attack as a predictor of severe psychopathology. *Psychiatry Res.* 2002;109(1):71-9. DOI: 10.1016/s0165-1781(01)00357-2
14. Yonkers KA, Zlotnick C, Allsworth J, Warshaw M, Shea T, Keller MB. Is the course of panic disorder the same in women and men? *Am J Psychiatry.* 1998;155(5):596-602. DOI: 10.1176/ajp.155.5.596
15. Stacenko O.A., Ivanova T.I. Clinical-dynamic peculiarities of agoraphobia with panic disorder of neurotic genesis. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2011;(1):27-30. (In Russ) eLIBRARY ID: 16158300

16. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(5):355-64. DOI: 10.1001/archpsyc.1994.03950050015002
17. Golden WL. Cognitive-behavioral hypnotherapy in the treatment of irritable-bowel-syndrome-induced agoraphobia. *Int J Clin Exp Hypn*. 2007;55(2):131-46. DOI: 10.1080/00207140601177889
18. Стаценко О.А., Усов Г.М. Симптомокомплекс агорафобии с паническим расстройством, коморбидный с депрессией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2021;121(5-2):49-54. DOI 10.17116/jnevro20211210549
19. Frank E, Shear MK, Rucci P, Cyranowski JM, Endicott J, et al. Influence of panic-agoraphobic spectrum symptoms on treatment response in patients with recurrent major depression. *Am J Psychiatry*. 2000;157(7):1101-7. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.7.1101
20. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(11):1249-57. DOI: 10.1001/archpsyc.62.11.1249
21. Placidi GP, Oquendo MA, Malone KM, Brodsky B, Ellis SP, Mann JJ. Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1614-8. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.10.1614
22. Bernstein IH, Rush AJ, Yonkers K, Carmody TJ, Woo A, et al. Symptom features of postpartum depression: are they distinct? *Depress Anxiety*. 2008;25(1):20-6. DOI: 10.1002/da.20276
23. Allen LB, White KS, Barlow DH, Shear MK, Gorman JM, Woods SW. Cognitive-Behavior Therapy (CBT) for Panic Disorder: Relationship of Anxiety and Depression Comorbidity with Treatment Outcome. *J Psychopathol Behav Assess*. 2010;32(2):185-192. DOI: 10.1007/s10862-009-9151-3
24. Feldner MT, Smith RC, Babson KA, Sachs-Ericsson N, Schmidt NB, Zvolensky MJ. Test of the role of nicotine dependence in the relation between posttraumatic stress disorder and panic spectrum problems. *J Trauma Stress*. 2009;22(1):36-44. DOI: 10.1002/jts.20384
25. Cougle JR, Feldner MT, Keough ME, Hawkins KA, Fitch KE. Comorbid panic attacks among individuals with posttraumatic stress disorder: associations with traumatic event exposure history, symptoms, and impairment. *J Anxiety Disord*. 2010;24(2):183-8. DOI: 10.1016/j.janxdis.2009.10.006
26. Andrews G., Charney D. S., Sirovatka P. J., Regier D. A., eds. *Stress-induced and fear circuitry disorders: Refining the research agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2009. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09071033
27. Hinton DE, Hofmann SG, Pitman RK, Pollack MH, Barlow DH. The panic attack-posttraumatic stress disorder model: applicability to orthostatic panic among Cambodian refugees. *Cogn Behav Ther*. 2008;37(2):101-16. DOI: 10.1080/16506070801969062
28. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Patricia Chou S, et al. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Psychiatr Res*. 2005;39(1):1-9. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2004.05.004
16. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(5):355-64. DOI: 10.1001/archpsyc.1994.03950050015002
17. Golden WL. Cognitive-behavioral hypnotherapy in the treatment of irritable-bowel-syndrome-induced agoraphobia. *Int J Clin Exp Hypn*. 2007;55(2):131-46. DOI: 10.1080/00207140601177889
18. Statsenko O.A., Usov G.M. Agoraphobia with panic disorder combined with depression. *Zhurnal Nevrologii i Psikhatrii imeni S.S. Korsakova*. 2021;121(5-2):49-54. (In Russ.). DOI 10.17116/jnevro20211210549
19. Frank E, Shear MK, Rucci P, Cyranowski JM, Endicott J, et al. Influence of panic-agoraphobic spectrum symptoms on treatment response in patients with recurrent major depression. *Am J Psychiatry*. 2000;157(7):1101-7. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.7.1101
20. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(11):1249-57. DOI: 10.1001/archpsyc.62.11.1249
21. Placidi GP, Oquendo MA, Malone KM, Brodsky B, Ellis SP, Mann JJ. Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1614-8. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.10.1614
22. Bernstein IH, Rush AJ, Yonkers K, Carmody TJ, Woo A, et al. Symptom features of postpartum depression: are they distinct? *Depress Anxiety*. 2008;25(1):20-6. DOI: 10.1002/da.20276
23. Allen LB, White KS, Barlow DH, Shear MK, Gorman JM, Woods SW. Cognitive-Behavior Therapy (CBT) for Panic Disorder: Relationship of Anxiety and Depression Comorbidity with Treatment Outcome. *J Psychopathol Behav Assess*. 2010;32(2):185-192. DOI: 10.1007/s10862-009-9151-3
24. Feldner MT, Smith RC, Babson KA, Sachs-Ericsson N, Schmidt NB, Zvolensky MJ. Test of the role of nicotine dependence in the relation between posttraumatic stress disorder and panic spectrum problems. *J Trauma Stress*. 2009;22(1):36-44. DOI: 10.1002/jts.20384
25. Cougle JR, Feldner MT, Keough ME, Hawkins KA, Fitch KE. Comorbid panic attacks among individuals with posttraumatic stress disorder: associations with traumatic event exposure history, symptoms, and impairment. *J Anxiety Disord*. 2010;24(2):183-8. DOI: 10.1016/j.janxdis.2009.10.006
26. Andrews G., Charney D. S., Sirovatka P. J., Regier D. A., eds. *Stress-induced and fear circuitry disorders: Refining the research agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2009. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09071033
27. Hinton DE, Hofmann SG, Pitman RK, Pollack MH, Barlow DH. The panic attack-posttraumatic stress disorder model: applicability to orthostatic panic among Cambodian refugees. *Cogn Behav Ther*. 2008;37(2):101-16. DOI: 10.1080/16506070801969062
28. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Patricia Chou S, et al. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Psychiatr Res*. 2005;39(1):1-9. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2004.05.004

29. Cassano GB, Michelini S, Shear MK, Coli E, Maser JD, Frank E. The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *Am J Psychiatry*. 1997;154(6 Suppl):27-38. DOI: 10.1176/ajp.154.6.27
30. Marchesi C, Cantoni A, Fontò S, Giannelli MR, Maggini C. The effect of pharmacotherapy on personality disorders in panic disorder: a one year naturalistic study. *J Affect Disord*. 2005;89(1-3):189-94. DOI: 10.1016/j.jad.2005.07.007
31. Ozkan M, Altindag A. Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? *Compr Psychiatry*. 2005;46(1):20-6. DOI: 10.1016/j.comppsy.2004.07.015
32. Ulas H, Alptekin K, Akdede BB, Tumuklu M, Akvardar Y, et al. Panic symptoms in schizophrenia: comorbidity and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;61(6):678-80. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2007.01724.x
33. Voges M, Addington J. The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2005;76(2-3):287-92. DOI: 10.1016/j.schres.2005.01.001
34. Seedat S, Fritelli V, Oosthuizen P, Emsley RA, Stein DJ. Measuring anxiety in patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(4):320-4. DOI: 10.1097/01.nmd.0000253782.47140.ac
35. Niehaus DJ, Koen L, Muller J, Laurent C, Stein DJ, et al. Obsessive compulsive disorder--prevalence in Xhosa-speaking schizophrenia patients. *S Afr Med J*. 2005;95(2):120-2. PMID: 15751207
36. Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Mérette C, Roy MA. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull*. 2011;37(4):811-21. DOI: 10.1093/schbul/sbp148
37. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. *Психиатрия: руководство для врачей*. М.: ГЭТАР-Медиа; 2011.
38. Бобров А.С., Павлова О.Н. Фобические расстройства в клинике шизофрении с приступообразным типом течения. *Сибирский медицинский журнал*. 2011;(6):99-102. eLIBRARY ID: 17053529
39. Schneider U, Altmann A, Baumann M, Bernzen J, Bertz B, et al. Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. *Alcohol Alcohol*. 2001;36(3):219-23. DOI: 10.1093/alcalc/36.3.219
40. Tómasson K, Vaglum P. Psychopathology and alcohol consumption among treatment-seeking alcoholics: a prospective study. *Addiction*. 1996;91(7):1019-30. DOI: 10.1046/j.1360-0443.1996.91710198.x
29. Cassano GB, Michelini S, Shear MK, Coli E, Maser JD, Frank E. The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *Am J Psychiatry*. 1997;154(6 Suppl):27-38. DOI: 10.1176/ajp.154.6.27
30. Marchesi C, Cantoni A, Fontò S, Giannelli MR, Maggini C. The effect of pharmacotherapy on personality disorders in panic disorder: a one year naturalistic study. *J Affect Disord*. 2005;89(1-3):189-94. DOI: 10.1016/j.jad.2005.07.007
31. Ozkan M, Altindag A. Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? *Compr Psychiatry*. 2005;46(1):20-6. DOI: 10.1016/j.comppsy.2004.07.015
32. Ulas H, Alptekin K, Akdede BB, Tumuklu M, Akvardar Y, et al. Panic symptoms in schizophrenia: comorbidity and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;61(6):678-80. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2007.01724.x
33. Voges M, Addington J. The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2005;76(2-3):287-92. DOI: 10.1016/j.schres.2005.01.001
34. Seedat S, Fritelli V, Oosthuizen P, Emsley RA, Stein DJ. Measuring anxiety in patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(4):320-4. DOI: 10.1097/01.nmd.0000253782.47140.ac
35. Niehaus DJ, Koen L, Muller J, Laurent C, Stein DJ, et al. Obsessive compulsive disorder--prevalence in Xhosa-speaking schizophrenia patients. *S Afr Med J*. 2005;95(2):120-2. PMID: 15751207
36. Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Mérette C, Roy MA. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull*. 2011;37(4):811-21. DOI: 10.1093/schbul/sbp148
37. Tsygankov B.D., Ovsyannikov S.A. *Psychiatry: a guide for doctors*. M.: GEOTAR-Media; 2011. (In Russ)
38. Bobrov A.S., Pavlova O.N. Phobic disorders in the clinic of schizophrenia with a paroxysmal type of course. *Siberian Medical Journal*. 2011;(6):99-102. (In Russ). eLIBRARY ID: 17053529
39. Schneider U, Altmann A, Baumann M, Bernzen J, Bertz B, et al. Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. *Alcohol Alcohol*. 2001;36(3):219-23. DOI: 10.1093/alcalc/36.3.219
40. Tómasson K, Vaglum P. Psychopathology and alcohol consumption among treatment-seeking alcoholics: a prospective study. *Addiction*. 1996;91(7):1019-30. DOI: 10.1046/j.1360-0443.1996.91710198.x

Информация об авторе

Ковалев Александр Иванович, ассистент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-6412-020X>, aik_psych@list.ru

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Information about the author

Alexander I. Kovalev, Assistant of the Department of Psychiatry, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-6412-020X>, aik_psych@list.ru

Conflict of interest

Authors declares no conflict of interest.

Поступила в редакцию / Received: 16.12.2021

Доработана после рецензирования / Revised: 13.01.2022

Принята к публикации / Accepted: 13.01.2022