

<https://doi.org/10.17116/jnevro201711711118-23>

Психопатологические особенности тревожно-фобических расстройств, послуживших поводом для госпитализации в психиатрический стационар

Д.А. ЧУГУНОВ, А.А. ШМИЛОВИЧ*

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования. Изучение психопатологии тревожно-фобических расстройств (ТФР) и мотивов госпитализации пациентов в психиатрический стационар. **Материал и методы.** Обследовали 132 пациентов, из которых 72 (основная группа) были госпитализированы в общепсихиатрические отделения, 60 (группа сравнения) — в санаторные. Использовали клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический и статистический методы. **Результаты и заключение.** У больных основной группы отмечались агорафобия с паническим расстройством, социальные, ипохондрические, специфические и множественные фобии. Основными мотивами госпитализации оказались интенсивность и множественность ТФР, контрастное содержание фобий, вызов на дом врачей бригады скорой помощи, наличие личностной акцентуации и рентные установки.

Ключевые слова: тревожно-фобическое расстройство, общепсихиатрические отделения, мотивы госпитализации, психиатрический стационар.

Psychopathology of anxiety-phobic disorders that led to hospitalization in a psychiatric hospital

D.A. CHUGUNOV, A.A. SCHMILOVITCH

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Objective. To study the psychopathology of anxiety-phobic disorders and motives of hospitalization of patients in a psychiatric hospital. **Material and methods.** One hundred and thirty-two patients were examined, 72 patients of the main group were admitted to general psychiatric departments, 60 patients of the control group in the sanatorium psychiatric departments. Clinical-psychopathological, follow-up, psychometric and statistical methods were used. **Results and conclusion.** Patients with hospital anxiety-phobic disorders had agoraphobia with panic disorder, social phobias, hypochondriacal phobias, specific phobias and multiple phobias. The main reasons for hospitalization were: the intensity of anxiety-phobic disorders, contrast content of phobias, multiplicity of anxiety-phobic disorders, ambulance calls, personality accentuations and rental aims.

Keywords: anxiety-phobic disorders, general psychiatric departments, motives of hospitalization, psychiatric stationary.

Актуальность изучения тревожно-фобических расстройств (ТФР) определяется их высокой (от 7,3 до 18% на момент оценки) распространенностью в общей популяции [1, 2] и низкой (19,3%) обращаемостью пациентов за медицинской помощью [3]. Особый практический интерес представляет изучение психопатологии у наиболее тяжелых пациентов с ТФР, госпитализированных в общепсихиатрические отделения. Важными факторами, во многом влияющими на госпитализацию пациентов, являются психопатологическая структура и выраженность коморбидной патологии. ТФР способствуют появлению зависимости от алкоголя и транквилизаторов [4], коморбидная аффективная патология у больных с ТФР отличается большей тяжестью [5], у пациентов чаще выявляются психотические симптомы [6]. Наличие панических приступов в возрасте 14—24 лет увеличивает риск развития других ТФР [7]; более чем у 1/2 пациентов с биполярным аффективным расстройством, большой депрессией и шизоаффективным расстройством выявляется не менее одного коморбидного ТФР [8].

По данным различных исследований [9—12], поводом для госпитализации в психиатрический стационар у пациентов с ТФР служили в числе прочих нарушения социального функционирования. ТФР вызывают выраженную социальную дезадаптацию, при этом отмечаются утрата пациентами трудоспособности и существенное изменение их образа жизни. Факторы риска, приводящие к госпитализации, крайне разнообразны. Помимо связанных с социальным функционированием проблем, существенную роль играют биологические [13] и психологические факторы [14].

Таким образом, проблема ТФР, ставших поводом для госпитализации в психиатрический стационар, изучение их психопатологии, коморбидности, различных факторов риска, способствующих госпитализации (биологические, психологические, социальные), является актуальной задачей и нуждается в дальнейшем изучении.

Цель исследования — изучение психопатологических особенностей ТФР и мотивов госпитализации пациентов в психиатрический стационар.

Материал и методы

Исследование было выполнено на клинической базе кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова — ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева».

Выборочно обследовали 132 больных, 56 (42,4%) мужчин и 76 (57,6%) женщин. В основную группу вошли 72 пациента с ТФР, 31 (43%) мужчина и 41 (57%) женщина, средний возраст — $37,7 \pm 12,1$ года, госпитализированных в общепсихиатрические отделения. Группу сравнения составили 60 больных с ТФР, 25 (41,6%) мужчин и 35 (58,4%) женщин, средний возраст — $35,6 \pm 11,2$ года, находившихся на лечении в отделениях санаторного типа, у которых в анамнезе отсутствовали госпитализации в общепсихиатрические отделения. Возраст пациентов на момент первичного обследования составлял от 18 до 60 лет. Средняя продолжительность ТФР составила $8,8 \pm 8,5$ года в основной группе и $9,4 \pm 9,0$ лет в группе сравнения. Группы были сопоставимыми по полу, возрасту, продолжительности ТФР, социальному и семейному статусу, уровню образования, что обеспечило корректное проведение статистического анализа.

Критерием включения в исследование было наличие ТФР, занимавших ведущее или существенное место в психическом статусе пациента при поступлении и соответствовавших критериям следующих рубрик МКБ-10: 1) F40.0 «Агорафобия», подрубрики: а) F40.00 «Агорафобия без панического расстройства»; б) F40.01 «Агорафобия с паническим расстройством»; 2) F40.1 «Социальные фобии»; 3) F40.2 «Специфические» (изолированные) фобии»; 4) F45.2 «Ипохондрическое расстройство (нозофобии)». *Критериями исключения* были: 1) тяжелая соматическая патология; 2) алкоголизм, наркомания и/или токсикомания; 3) выраженные психоорганические расстройства; 4) возраст пациента моложе 18 или старше 60 лет.

В исследовании использовали клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический и статистический методы. Все больные были обследованы стационарно и находились под наблюдением в течение всего срока госпитализации. Катамнестически обследовали 76 (57,5%) больных: 42 (58,3%) — в основной группе и 34 (56,6%) — в группе сравнения. Продолжительность катамнестического наблюдения составила от 1 года до 4 лет. Катамнестическое обследование проводили при повторных поступлениях пациентов в психиатрический стационар и амбулаторных посещениях.

В качестве психометрических методик применяли шкалу фобий в модификации Маркса—Шихана, шкалу для оценки панических атак и приступов тревоги Шихана, шкалу Либовица для оценки симптомов социальной фобии, тест-опросник для определения личностно-харак-

терологических акцентуаций Леонгарда в модификации Шмишека, шкалу глобального функционирования (*англ.*: global assessment of functioning scale, GAF).

Статистическую обработку данных выполняли путем сравнения средних и относительных величин с использованием критерия χ^2 и точного критерия Фишера при помощи пакета статистических программ SPSS 13.0 и WinPeri 11.44. Различия считали статистически достоверными при уровне статистической значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Психопатология ТФР, ставших поводом для госпитализации в психиатрический стационар, отличалась разнообразием и полиморфизмом. Были выделены три группы мотивов госпитализации — клинические, психологические и социальные. Отдельно проводили клинический анализ ТФР, приведших к недобровольной госпитализации в стационар. Клинические мотивы госпитализации были связаны с 1) выраженными клиническими проявлениями ТФР; 2) тяжелым уровнем фобического избегания; 3) коморбидной патологией.

Выраженными клиническими проявлениями ТФР считались клинические ситуации, когда 1) имели место высокие показатели уровня страха и тревоги по психометрическим шкалам: а) суммарный балл по шкале фобий Шихана 30 и выше; б) 8 баллов или более по шкале панических приступов Шихана; в) уровень тревоги ожидания панических приступов 7 баллов и выше по шкале Шихана; г) процент тревоги ожидания 30 или выше по шкале Шихана; 2) имела место множественность ТФР (наличие трех вариантов и более навязчивых страхов); 3) интенсивность страха была столь высока, что это становилось поводом для вызова врача скорой психиатрической помощи; 4) содержание ТФР было контрастным. Результаты обследования пациентов обеих групп представлены в **табл. 1**.

В основной группе пациенты оценивали свои переживания как более тяжелые по сравнению с группой сравнения. Для определения уровня страха и тревоги они часто использовали такие описания, как «исключительный», «предельный», «ни на что не похожий», «парализующий» и т.д. Значения, которыми пациенты оценивали уровень страха по шкале фобий Шихана в большинстве случаев были либо максимальными, либо близкими к максимальным.

ТФР расценивали как множественные, когда у пациентов выявляли три фобии и более, соответствующие как минимум трем диагностическим категориям по МКБ-10. Данные о множественных фобиях приведены в **табл. 2**.

У пациентов основной группы отмечали высокую степень клинического полиморфизма тревоги и страхов, их синдромальную недифференцированность, размытость клинической картины, алекситимию, необычность и под-

Таблица 1. Результаты психометрических шкал в основной группе и группе сравнения

Показатель	Основная группа (n=72)	Группа сравнения (n=60)	p
Средние значения по шкале фобий Шихана (баллы; $M \pm SD$)	$32,26 \pm 5,92$	$27,22 \pm 6,74$	<0,001
Средние значения по шкале панических приступов (баллы; $M \pm SD$)	$8,55 \pm 1,17$	$6,95 \pm 1,23$	<0,001
Уровень тревоги ожидания панических приступов (баллы; $M \pm SD$)	$7,26 \pm 1,16$	$5,88 \pm 1,18$	<0,001
Частота тревоги ожидания (%; $M \pm SD$)	$37,44 \pm 14,90$	$25,47 \pm 9,18$	<0,001

Таблица 2. Распределение больных обеих групп согласно МКБ-10

Ведущий синдром (диагностическая категория МКБ-10)	Основная группа (n=72)		Группа сравнения (n=60)	
	абс.	%	абс.	%
F40.01 «Агорафобия с паническим расстройством»	19	26,4	17	28,5
F40.1 «Социальные фобии»	5	6,9	6	10,0
F40.2 «Специфические (изолированные) фобии»	6	8,3	8	13,3
F45.2 «Ипохондрическое расстройство (нозофобии)»	16	22,2	16	26,6
Множественные фобии	26	36,2	13	21,6

Таблица 3. Данные об уровне фобического избегания у больных обеих групп

Показатель	Основная группа (n=72)		Группа сравнения (n=60)		p
	абс.	%	абс.	%	
Никогда	0	—	2	3,3	
Редко	8	11,1	29	48,5	<0,001
Часто	33	45,8	24	40,0	
Очень часто	19	26,5	4	6,6	0,01
Всегда	12	16,6	1	1,6	0,009

Таблица 4. Коморбидная психическая патология у больных обеих групп

Коморбидная патология	Основная группа (n=72)		Группа сравнения (n=60)		p
	абс.	%	абс.	%	
Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)	12	16,6	12	20,0	
Вторичная депрессия	59	81,9	12	20,0	<0,001
Генерализованное тревожное расстройство (ГТР)	22	30,5	4	6,6	0,003
Сенесто-ипохондрические расстройства	17	23,6	3	5,0	0,009
Конверсионные расстройства	20	27,8	4	6,6	0,006
Сопутствующие бредовые расстройства	15	20,8	2	3,3	0,007
Больные с коморбидной патологией	71	98,6	26	43,3	<0,001

час вычурность фабулы фобий в ряде наблюдений, большой удельный вес не только пароксизмальной тревоги в виде панических приступов у больных с множественными фобиями (92,3%), но и генерализованной (50,0%), наличие панагора- и панфобической симптоматики (30,8%).

В основной группе путем вызова бригады скорой психиатрической помощи были госпитализированы 29,1% больных. Выбор экстренной госпитализации был обусловлен высокой тяжестью панико-агорафобической симптоматики с невозможностью самостоятельно пользоваться транспортом. Среди пациентов группы сравнения подобных случаев не отмечалось.

ТФР, контрастные по содержанию, также являлись поводом для госпитализации. Пациенты «прятались» в психиатрических больницах, чтобы не совершить криминальный поступок или суицидальные действия. У них отмечались различные варианты страха потери контроля над своей психикой и поведением. Гомицидо- и суицидофобические симптомы часто расценивались врачами как признак остроты и тяжести состояния, иногда — как непосредственная опасность пациентов для себя и/или окружающих, что в отдельных случаях приводило к недобровольной госпитализации. Данные о степени и характере фобической симптоматики избегания приведены в табл. 3.

Панагорафобия отмечалась у 10 (13,9%) больных основной группы и 1 (1,6%) — группы сравнения. Панфобию наблюдали у 2 (2,8%) пациентов основной группы.

В основной группе отмечался более высокий уровень фобического избегания. Из-за выраженных клинических проявлений ТФР и связанных с этим трудностей передвижения по городу пациенты не могли дожидаться плановой госпитализации в санаторное отделение и госпитализировались бригадой скорой помощи в общепсихиатрические. Одним из мотивов госпитализации было наличие у больных разнообразных психических расстройств, коморбидных ТФР (табл. 4).

Коморбидные депрессивные состояния рассматривали как вторичные вследствие того, что они выявлялись после манифестации или обострения ТФР. В стационаре депрессию диагностировали раньше, чем ТФР, значимость которых нередко недооценивали; у отдельных больных с коморбидной депрессией их вовсе не распознавали. В случае выявления суицидальных тенденций депрессивные переживания становились в диагностических суждениях особенно значимыми.

У больных с коморбидным ГТР клиническая картина была более размытой и полиморфной, чем при другой коморбидной патологии. Трудности пациентов с вербализацией собственных переживаний, высокий уровень тревоги, напряженная поза в сочетании с невозможностью расслабиться приводили к тому, что данные переживания расценивались как психотические. Коморбидная конверсионная симптоматика также делала клиническую картину ТФР атипичной. В структуре панических приступов отмечались чувство «кома в горле», астазия—абазия, афо-

ния, в отдельных случаях с явлениями мутизма. За счет крайнего драматизма при изложении жалоб врачи оценивали состояние больных как тяжелое. Данные утверждения вместе с яркой мимикой и жестикуляцией расценивали как тревожную агитацию либо начинающийся острый аффективно-бредовой приступ.

Коморбидные сенесто-ипохондрические расстройства нередко расценивали как бред ипохондрического содержания. Сопутствующие бредовые расстройства проявлялись независимо от ТФР и не были содержательно с ними связаны, были краткими по продолжительности (в среднем 3–5 дней), рудиментарными, синдромально незавершенными. Вместе с тем именно сосуществовавшая с ТФР бредовая симптоматика являлась основанием госпитализации в общепсихиатрические отделения, несмотря на то что для самих больных именно ТФР являлись наиболее значимыми. Это связано с тем, что врачи приемного отделения при постановке диагноза существенно больше обращали внимание на психотические, чем непсихотические симптомы.

Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос о недобровольной госпитализации пациентов с ТФР. Следует отметить, что все пациенты данной группы были обследованы, уже находясь на режиме добровольной госпитализации, и дали информированное согласие на лечение и проведение исследования. Тем не менее изначально 12 больных основной группы были госпитализированы в стационар на недобровольной основе.

У каждого пациента отмечалось сочетание нескольких причин недобровольной госпитализации. Выраженные клинические проявления ТФР сопровождалось элементами тревожной агитации, сомнениями пациентов в необходимости госпитализации, что расценивалось как нежелание лечиться. Крайне высокий уровень фобического избегания (на фоне панагора-, социо-, панфобии) в сочетании с изменением образа жизни и невозможностью выйти на улицу расценивался как проявление бредовых расстройств. Контрастные ТФР, симптомы гомицидо- и суицидофобии расценивались как непосредственная опасность пациентов для себя и/или окружающих. При коморбидной вторичной депрессии основанием для недобровольной госпитализации были выраженные суицидальные тенденции. Больные с коморбидными бредовыми переживаниями, конгруэнтными аффекту при вторичной депрессии, также представляли опасность для себя. В случаях ТФР с сопутствующим бредом параноидного содержания некоторые пациенты становились опасными

для окружающих. Больные с коморбидным ОКР госпитализировались недобровольно на фоне сложнейших и всеобъемлющих ритуалов, связанных с поддержанием чистоты (неоказание им помощи могло нанести существенный вред их здоровью).

Психопатологические нарушения у недобровольно госпитализированных больных были следующими: выраженные клинические проявления страха и тревоги — 10 (83,3%) случаев; тяжелый уровень фобического избегания — 4 (33,3%); контрастные тревожно-фобические расстройства — 3 (25,0%); коморбидная вторичная депрессия — 7 (58,3%); сопутствующие бредовые расстройства — 7 (58,3%); коморбидные обсессивно-компульсивные расстройства — 2 (16,6%).

В качестве психологических мотивов госпитализации выступали личностные акцентуации и феномен избегания отделений санаторного типа. В табл. 5 приведены типы характеров и личностных акцентуаций, выявленных в преморбиде ТФР.

Среди больных основной группы акцентуации личности встречались достоверно чаще. Госпитализации в общепсихиатрические отделения способствовало то, что акцентуированные черты болезненно заострялись на ее фоне. У больных с психастенической акцентуацией усиливались тревожная мнительность и навязчивые сомнения, с сенситивной — болезненная застенчивость, замкнутость перед незнакомыми людьми, с истерической — стремление быть в центре внимания и склонность преувеличивать тяжесть своего состояния.

Феномен избегания отделений санаторного типа встречался у 17 (23,6%) больных основной группы и заключался в том, что пациенты отказывались госпитализироваться или переводиться в отделения санаторного типа, несмотря на наличие такой возможности. Данный феномен отмечался как у 7 пациентов, имевших опыт лечения в отделениях санаторного типа, так и 10 больных, такого опыта не имевших. В качестве причин избегания больные говорили о том, что чувствуют себя спокойнее в обстановке закрытого отделения, где меньше возможности выйти на улицу, более константная обстановка и т.д. Пациенты, имевшие опыт пребывания в санаторных отделениях считали, что лечение в общепсихиатрических подходит им больше за счет более частого использования инъекционных форм препаратов. Больные, не имевшие подобного опыта, объясняли отказ нежеланием покидать привычное отделение. С позиций клинической психиатрии феномен избегания санаторного отделения можно оценить как

Таблица 5. Распределение больных обеих групп по преморбидным личностным особенностям

Вариант преморбиды	Основная группа (n=72)		Группа сравнения (n=60)		p
	абс.	%	абс.	%	
Психастенический	27	37,5	17	28,3	Н.д.
Сенситивный	33	45,8	17	28,3	Н.д.
Шизоидный	29	40,3	23	38,3	Н.д.
Эпилептоидный	8	11,1	7	11,6	Н.д.
Истерический	19	26,4	14	23,3	Н.д.
Акцентуация личности					
психастеническая	12	16,6	2	2,7	0,031
сенситивная	11	15,3	2	2,7	0,05
истерическая	9	12,5	1	1,7	0,044

Примечание. Н.д. — различия недостоверны.

проявление фобического избегания. С психодинамической точки зрения пациенты стремились к более защищенным, закрытым, «материнским» условиям общепсихиатрического отделения, так как они являлись дополнительным психотерапевтическим фактором, ограждали от тревожной неопределенности, существенно ограничивали возможность встречи с фобическими ситуациями.

Социальными мотивами госпитализации в общепсихиатрические отделения являлись 1) первичное оформление инвалидности по психическому заболеванию — 3 случая, мотивом служило тяжелое течение ТФР с частыми обострениями; 2) рентные установки — наблюдались у пациентов основной группы достоверно чаще, чем группы контроля (21 наблюдение из 72 против 1 — из 60; $p < 0,001$). 14 пациентов имели временную инвалидность по психическому заболеванию, 7 — не имели инвалидности, но были фактически инвалидизированы, не работали, финансово зависели от родственников; 3) направление на обследование от военкомата для определения годности к военной службе — 1 пациент.

Таким образом, в результате исследования были выявлены некоторые особенности ТФР и их связь с госпитализацией в психиатрический стационар. Установлены основные мотивы госпитализации (клинические, психологические, социальные). Внимание преимущественно уделялось мотивам госпитализации в общепсихиатрические отделения. Основными мотивами являлись клинические. Психометрические данные четко показали, что больные основной группы расценивали свои переживания как более тяжелые. У них чаще отмечались множественные фобии, соответствующие критериям нескольких рубрик МКБ-10. Тяжесть, интенсивность ТФР обуславливали изменения в поведении пациентов, приводили к частым вызовам бригад скорой психиатрической помощи. Контрастные по содержанию фобии влияли на поведение больных и диагностическую оценку со стороны врачей, расценивались как непосредственная опасность для себя или окружающих.

Достоверно более высокий уровень фобического избегания в основной группе и, как результат, изменение

образа жизни пациентов дополнительно способствовали госпитализации в общепсихиатрические отделения, как и достоверно более высокий уровень коморбидной патологии при сопоставлении с группой сравнения. В случаях недобровольной госпитализации, помимо перечисленных клинических мотивов, выраженных максимально, дополнительными факторами госпитализации становились несовершенство психиатрической службы на догоспитальном и госпитальном этапе, диагностические ошибки, игнорирование ряда аспектов психического статуса больных.

Среди психологических факторов ключевую роль играли достоверно большее преобладание акцентированных личностей в основной группе и встречавшийся в той же группе феномен избегания отделений санаторного типа, являвшийся разновидностью присущего пациентам выраженного фобического избегания. Социальными факторами госпитализации служили в подавляющем большинстве рентные установки, проявившиеся в различных аспектах поведения больных.

Данные настоящего исследования показывают основные пути госпитализации пациентов с ТФР в психиатрический стационар. При этом в ряде случаев госпитализация в общепсихиатрические отделения не представляется обоснованной. В качестве путей решения данной проблемы можно предложить мероприятия, связанные с образовательной работой среди врачей, направленные на улучшение диагностики ТФР. Дополнительным способом решения проблемы видится улучшение психологической и психотерапевтической работы с пациентами с ТФР в общепсихиатрических отделениях с целью снизить количество койко-дней. Также представляется целесообразным дальнейшее развитие амбулаторной психиатрической и психотерапевтической служб, перенесение акцента в лечении таких больных со стационарного на амбулаторное звено.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Иванов С.В. Тревожные расстройства в общей медицине (клиника, фармакотерапия). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2013;15(4):40-44. [Ivanov SV. Trevozhnye rasstroistva v obshchei meditsine (klinika, farmakoterapiya). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* 2013;15(4):40-44. (In Russ.)].
2. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*. 2013;43 (5):897-910. <https://doi.org/10.1017/s003329171200147x>
3. Mackenzie CS, Reynolds K, Cairney J, Streiner D, Sareen J. Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depression and Anxiety*. 2012;29(3):234-242. <https://doi.org/10.1002/da.20911>
4. Robinson J, Sareen J, Cox BJ, Bolton J. Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009;23(1):38-45. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.03.013>
5. Goes FS, McCusker MG, Bienvenu OJ, MacKinnon DF, Mondimore FM, Schweizer B, DePaulo Jr. RD, Potash JB. Co-morbid anxiety disorders in bipolar disorder and major depression: familial aggregation and clinical characteristics of co-morbid panic disorder, social phobia, specific phobia and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*. 2012;42 (7):1449-1459. <https://doi.org/10.1017/s0033291711002637>
6. Wigman JT, van Nierop M, Vollebergh WA, Lieb R, Beesdo-Baum K, Wittchen HU, van Os J. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophrenia Bull*. 2012;38(2): 247-257. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr196>
7. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. *Psychological Medicine*. 2004;34(8):1465-1474. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002739>
8. Cassano G, Pini S, Sacttoni M, Rucci P, Dell'Osso L. Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(2):60-68. <https://doi.org/10.4088/jcp.v59n0204>
9. Агамамедова И.Н. *Комбинированная терапия панического расстройства и агорафобии (фармакотерапия и когнитивно-поведенческая психотерапия)*: Дис. ... канд. мед. наук. М. 2008. Ссылка активна на 20.06.17. [Agamamedova IN. *Kombinirovannaya terapiya panicheskogo*

- rasstroistva i agorafobii (farmakoterapiya i kognitivno-povedencheskaya psikhoterapiya)* [dissertation]. M. 2008. Accessed June 20, 2017. (In Russ.). <http://www.dissercat.com/content/kombinirovannaya-terapiya-panicheskogo-rasstroistva-i-agorafobii-farmakoterapiya-i-kognitivn>
10. Моор Л.В., Рахмазова Л.Д. Клинико-психопатологические особенности агорафобии с паническим расстройством у пациентов отделения непсихотических психических расстройств. *Омский психиатрический журнал*. 2016;1(7):23-25. [Moor LV, Rakhmazova LD. Kliniko-psihopatologicheskie osobennosti agorafobii s panicheskim rasstroistvom u patsientov otdeleniya nepsikhoticheskikh psikhicheskikh rasstroistv. *Omskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2016;1(7):23-25. (In Russ.)].
 11. Позэ И.Б. *Клинико-психологические предикторы неблагоприятного течения агорафобии с паническими атаками*: Дис. ... канд. мед. наук. М. 2012. Ссылка активна на 20.06.17. [Poze IB. *Kliniko-psikhologicheskie prediktory neblagopriyatnogo techeniya agorafobii s panicheskimi atakami*: Dis. ... kand. med. nauk. M. 2012. Accessed June 20, 2017. (In Russ.)]. <http://www.dissercat.com/content/kliniko-psikhologicheskie-prediktory-neblagopriyatnogo-techeniya-agorafobii-s-panicheskimi-a>
 12. Стаценко О.А. *Симптомокомплекс агорафобии с паническим расстройством (клиника, динамика, терапия и реабилитация)*: Дис. ... канд. мед. наук. Омск. 2011. Ссылка активна на 20.06.17. [Statsenko OA. *Simptomokompleks agorafobii s panicheskim rasstroistvom (klinika, dinamika, terapiya i reabilitatsiya)*: Dis. ... kand. med. nauk. Omsk. 2011. Accessed June 20, 2017. (In Russ.)]. <http://www.dissercat.com/content/simptomokompleks-agorafobii-s-panicheskim-rasstroistvom-klinika-dinamika-terapiya-i-reabilit>
 13. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Motrico E, Rodríguez-Morejón A, Fernández A, García-Campayo J, Roca M, Serrano-Blanco A, Rubio-Valera M, Ángel Bellón J. Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: A systematic review of cohort studies. *Journal of Affective Disorders*. 2014;68(10):337-348. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.021>
 14. Шукиль Л.В., Стаценко О.А., Кузнецова И.Г. Влияние стрессовых воздействий на формирование и динамику симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством. *Омский психиатрический журнал*. 2015;1(3):17-21. [Shukil' LV, Statsenko OA, Kuznetsova IG. Vliyaniye stressovykh vozdeystvii na formirovaniye i dinamiku simptomokompleksa agorafobii s panicheskim rasstroistvom. *Omskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2015;1(3):17-21. (In Russ.)].