

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ. ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89

**А.А. АТАМАНОВ, В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧ**Челябинская государственная медицинская академия  
Казанский государственный медицинский университет

## Предикторы эффективности терапии и качества ремиссии панического расстройства: значение характерологических особенностей больных

**Атаманов Алексей Анатольевич**кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой социальной работы, психологии и педагогики ЧГМА  
454000, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64, тел. 8-904-970-49-61, e-mail: atamanov\_psy@mail.ru

*Показано ведущее значение характерологических особенностей в факторной модели панического расстройства. Рассмотрена роль неустойчивой и демонстративной акцентуаций характера в качестве предикторов эффективности лечения и педантичной акцентуации в качестве предиктора возможного срыва терапевтической ремиссии панического расстройства.*

**Ключевые слова:** панические расстройства, личность, характер.

**A.A. ATAMANOV, V.D. MENDELEVICH**Chelyabinsk State Medical Academy  
Kazan State Medical University

## Predictors efficiency treatment and quality remission of panic disorders: value of personality traits patients

*It is shown leading role of personality traits in factor model of panic disorder. The role of volatile and demonstrative accentuations of character as predictors of treatment effectiveness and meticulous accentuation as a predictor of possible disruption of therapeutic remission of panic disorder was considered.*

**Keywords:** panic disorder, personality, character.

Причины хронического течения панического расстройства (ПР) остаются недостаточно изученными. Так, J. Akiyoshi [1] усматривает генетическое родство расстройства с шизофренией и биполярным психозом, а J. Sorlan и R. Lydiard [2] называют в качестве нейробиологической причины расстройства дискоординацию основных нейротрансмиттерных систем. Случаи возобновление панических атак после качественной

ремиссии нередки [3, 4]. D. Sheehan [5] называет ПР «часто хроническим заболеванием, редко завершающимся без врачебного вмешательства». Вместе с тем при необходимой комплаентности пациента расстройство успешно лечится [6]. Причины эксацербации ПР после ремиссии также остаются недостаточно изученными. И хотя общепризнанной причиной срыва терапевтической ремиссии исследователи называют



повторную психотравматизацию, некоторые находят эту причину малоубедительной [7]. Нередки как случаи продолжительности расстройства свыше 10 лет, так и наличия при ПР терапевтической резистентности [3]. Изучение предикторов хронизации ПР остается в центре внимания исследователей.

**Цель работы** — изучить зависимость результатов терапии ПР от выраженности черт характера, определяемых при помощи характерологического опросника К. Леонгарда.

#### Материалы и методы

Обследованы 189 больных ПР (МКБ-10), из них 60,8% — женщины; средний возраст —  $32,8 \pm 11,5$  года. В соответствии с целью исследования был разработан нешкальный диагностический опросник, включающий критерии ПР DSM-IV-TR, получивший условное название «клинический опросник пароксизмальной тревоги» (КОПТ). Оценивалась выраженность аффективных, когнитивных, вегетативных, моторных и поведенческих симптомов ПР, а также суммарный балл КОПТ. Клинико-психологическое исследование включало шкалу тревожности Ч.Д. Спилбергера — Ю.В. Ханина, шкалу тревожности Д.В. Шихана, опросник самооценки С.Р. Пантелеева (МИС) и характерологический опросник К. Леонгарда. Для обеспечения процедур анализа была применена рейтинговая оценка исследуемых шкал по К. Леонгарду, сформированная в соответствии с рекомендациями автора теста. Один балл шкалы — отсутствие акцентуации — до 12 баллов выраженности характерологического признака; два балла — возможная акцентуация — 14-20 баллов; три балла — акцентуация характера — 21-24 балла.

Выбор терапевтической тактики строился на предпочтениях пациента. Усложнение терапевтического вмешательства носило по возможности рекомендательный характер; экстренные вмешательства осуществлялись директивно. Психотерапевтическое вмешательство представляло собой курс краткосрочной глубоко ориентированной психотерапии продолжительностью 10 сеансов, осуществлявшихся в течение 4 недель (3 – 3 – 2 – 2 сеанса в неделю, продолжительность сеанса 1 час). Первые 1-2 сеанса были направлены на «отреагирование» скрытого аффективного напряжения. Последующие 3-5 сеансов были посвящены осознанию внутриличностных и связанных с ними межличностных конфликтов и устойчивых мотиваций, включая психосексуальные. Завершающие 4-6 сеансов продолжалась реконструкция личностных установок и реализация реконструктивных моделей поведения с обратной связью. Подгруппу больных ПР, получавших исключительно психотерапевтическое лечение, составили 22,8% пациентов.

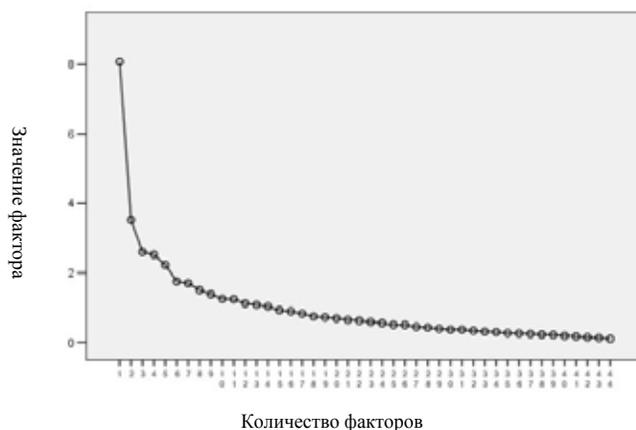
Фармакотерапия строилась на следующих принципах. Препаратом первой линии был выбран флувоксамин (феварин) — антидепрессант из группы СИОЗС, обладающий высокой антипанической активностью. Мотивом выбора служили данные о сравнимой с эффектом транквилизаторов эффективности препаратов этой группы в терапии панического расстройства при отсутствии типичных побочных эффектов бензодиазепинов. В случае неудачи флувоксамина (отсутствие послабления симптоматики в течение 1-2 недель) препаратом выбора становился альпразолам. Обладая высокой антипанической активностью, этот модифицированный «дневной» транквилизатор в значительной степени лишен типичных побочных эффектов бензодиазепинов. В случае возможной неудачи альпразолама предполагалось использовать диазепам — препарат группы бензодиазепинов, классический «золотой стандарт» терапии тревожно-фобических расстройств, однако таких случаев в исследуемой выборке отмечено не было. В целом подгруппу

больных ПР, получивших исключительно психофармакотерапию, составили 23,3% пациентов.

В ряде случаев происходило усложнение предложенного варианта терапии. Так, использовалось присоединение к психотерапевтическому вмешательству медикаментозной поддержки, в случае отсутствия положительной динамики на каждом из этапов в указанные сроки (типичные для краткосрочной динамической психотерапии). Также нередко противоположные ситуации — удавалось убедить настроенного на фармакотерапию пациента в необходимости присоединить психотерапевтический курс на этапе перехода флуоксетин — альпразолам с сохранением текущего препарата в индивидуально адекватных дозировках. В обоих случаях пациент далее рассматривался в подгруппе получавших комплексное лечение (24,9% больных).

Практически пятой части больных ПР (18,5%) потребовались стратегии экстренной помощи (релаксирующее внушение + феназепам 1 мг) при резком усилении актуальной панической симптоматики сверх индивидуально переносимого уровня во время психотерапевтического сеанса. Из них некоторым во время первых двух-трех сеансов приходилось применять экстренную помощь регулярно. У 10,6% пациентов использовалось симптоматическое лечение: при нарушениях сна в острой стадии расстройства кратковременно применялся имован 7,5 мг на ночь (3-5 приемов).

**Рисунок 1.**  
Значение факторов в математической модели панического расстройства



Математическая обработка результатов исследования проводилась с помощью статистического пакета SPSS v. 13 и пакета MS Excel win XP-pro. Изучалось количество больных в процентах от общего размера группы (189 больных), их средний возраст со стандартной ошибкой  $\sigma$ , значение теста нормальности распределения Колмогорова — Смирнова с указанием уровня значимости ( $p < 0,05$ ). Характер связи между переменными изучался при помощи непараметрического теста ассоциации Хи-квадрат Пирсона, а также корреляций — в виде факторного анализа. Результаты терапии сравнивались при помощи непараметрического критерия Манна — Уитни.

#### Результаты исследования

Тревожная акцентуация характера, определяемая при помощи методики К. Леонгарда, вопреки ожиданиям не выявила сколько-нибудь заметных ассоциаций с анамнестическими, клиническими, клинико-психологическими показателями панического расстройства, а также результатами терапии ПР.



Таблица 1.

Клинические и клинико-психологические показатели результатов проведенной терапии в зависимости от выраженности акцентуации характера по К. Леонгарду

Показатели после лечения	Педантичная акцентуация			Демонстративная акцентуация			Неустойчивая акцентуация		
	нет	возм.	есть	нет	возм.	есть	нет	возм.	есть
Аффективный компонент ПР	2,2 <sup>1</sup>	1,8	1,8 <sup>2</sup>	1,8	2	2,2 <sup>2</sup>	1,8 <sup>1</sup>	2,2	2,1 <sup>2</sup>
Когнитивный компонент ПР	2,7 <sup>1</sup>	2,1	1,8 <sup>2</sup>	2 <sup>1</sup>	2,4	2,6 <sup>2</sup>	2 <sup>1</sup>	2,6	2,8 <sup>2</sup>
Вегетативный компонент ПР	3 <sup>1</sup>	2,3	2,2 <sup>2</sup>	2,4	2,7	2,7 <sup>2</sup>	2,3 <sup>1</sup>	2,9	2,9 <sup>2</sup>
Моторный компонент ПР	1,2 <sup>1</sup>	1,3	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3	1,2
Поведенческий компонент ПР	3,5 <sup>1</sup>	2,9	3 <sup>2</sup>	3	3,1 <sup>3</sup>	3,6 <sup>2</sup>	3	3,2 <sup>3</sup>	3,6 <sup>2</sup>
Общий балл КОПТ	12,5 <sup>1</sup>	10,4	10 <sup>2</sup>	10,4 <sup>1</sup>	11,4 <sup>3</sup>	12,3 <sup>2</sup>	10,3 <sup>1</sup>	12,2	12,7 <sup>2</sup>
Реактивная тревожность по Ч.Д. Спилбергеру	25,3 <sup>1</sup>	18,4	17,4 <sup>2</sup>	19,9	20,7 <sup>3</sup>	24,3 <sup>2</sup>	18,5 <sup>1</sup>	24,6	25,1 <sup>2</sup>
Личностная тревожность по Ч.Д. Спилбергеру	38,1 <sup>1</sup>	30,5	26,8 <sup>2</sup>	19,9	20,7 <sup>3</sup>	24,3 <sup>2</sup>	27,9 <sup>1</sup>	36,6	41,1 <sup>2</sup>
Тревожность по Д.В. Шихану	33,3 <sup>1</sup>	21,9	22,4 <sup>2</sup>	25,8	26,5 <sup>3</sup>	30,9 <sup>2</sup>	23,9	27,8 <sup>3</sup>	34,8 <sup>2</sup>
Закрытость МИС по С.Р. Пантелееву	5,3	5,3	5,8	5,5	5,3	5,3	5,6	5,5	5
Самоуверенность МИС по С.Р. Пантелееву	5,2	5,5	6,1 <sup>2</sup>	5,8	5,4	5,3	5,8 <sup>1</sup>	5	5,4
Саморуководство МИС по С.Р. Пантелееву	5	5,4	5,9 <sup>2</sup>	5,6	5,3	5 <sup>2</sup>	5,6 <sup>1</sup>	4,9	5 <sup>2</sup>
Отраженное самоотношение МИС по С.Р. Пантелееву	4,6 <sup>1</sup>	5,9	6,3 <sup>2</sup>	5,8	5,5 <sup>3</sup>	4,7 <sup>2</sup>	6 <sup>1</sup>	4,9	4,4 <sup>2</sup>
Самоценность МИС по С.Р. Пантелееву	5,7	6	6,7 <sup>2</sup>	6,2	6,1	5,8	6,4 <sup>1</sup>	5,3	5,8
Самопринятие МИС по С.Р. Пантелееву	5 <sup>1</sup>	5,9 <sup>3</sup>	6,5 <sup>2</sup>	6,3	5,9 <sup>3</sup>	5,1 <sup>2</sup>	6,6 <sup>1</sup>	5,1	4,7 <sup>2</sup>
Самопривязанность МИС по С.Р. Пантелееву	5,5	5,9	6,5 <sup>2</sup>	5,9	6	5,5	6,2 <sup>1</sup>	5,6	5,3 <sup>2</sup>
Внутренняя конфликтность МИС по С.Р. Пантелееву	6 <sup>1</sup>	4,9	5,1 <sup>2</sup>	5,2	5,6	5,7	5	5,7	6,3 <sup>2</sup>
Самообвинение МИС по С.Р. Пантелееву	3,4 <sup>1</sup>	5,4	5,8 <sup>2</sup>	5,4 <sup>1</sup>	4,5 <sup>3</sup>	3,7 <sup>2</sup>	5,5 <sup>1</sup>	4 <sup>3</sup>	3 <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Различие между подгруппами *отсутствия* акцентуации и *возможной* акцентуации достоверно ( $p < 0,05$ )

<sup>2</sup>Различие между подгруппами *отсутствия* акцентуации и *несомненной* акцентуации достоверно ( $p < 0,05$ )

<sup>3</sup>Различие между подгруппами *возможной* акцентуации и *несомненной* акцентуации достоверно ( $p < 0,05$ )

Напротив, 68,2% больных исследуемой группы ПР выявляли педантичную, демонстративную или неуравновешенную акцентуацию характера по К. Леонгарду. У 1,5% больных исследуемой группы отмечалось сочетание несомненной педантичной и демонстративной акцентуации; эти больные были исключены из серии сравнений больных ПР с акцентуациями характера по К. Леонгарду. У 14,3% больных выявлялось сочетание демонстративной и неуравновешенной акцентуации. Эти больные составили отдельную подгруппу демонстративно-неуравновешенной биакцентуации в предпринятой серии сравнений. Все четыре группы акцентуантов оказались значимо ( $p < 0,02$  в коррекции Лиллифорса для теста Колмогорова — Смирнова) распределены по возрастным характеристикам. Таким образом, подгруппу больных ПР — педантичных акцентуантов составили 23,8%, демонстративных — 16,9%, неуравновешенных — 13,2% и биакцентуантов — 14,3% от общего числа обследованных больных ПР.

Корреляционная модель панического расстройства, состоящая из взаимодействия 44 исследуемых переменных, представлена ниже в виде результатов факторного анализа. Как следует из рисунка 1, наибольшее влияние в математической модели ПР имели первые 4 фактора. Фактор 1 состоял из четырех групп коррелирующих переменных. Главный вклад

в него внесли педантичность (ПЛ) 0,836, неуравновешенность (НЛ) 0,802 и в наименьшей степени — демонстративность (ДЛ) 0,578 по К. Леонгарду. Вторую по значимости группу компонентов составили отрицательно коррелирующие с фактором шкалы МИС: самообвинение (СО-МИС) -0,775, саморуководство (СР-МИС) -0,719 и закрытость (З-МИС) -0,676. Третья группа влияющих компонентов была представлена единственным представителем клинико-психологических шкал тревожности — тревожности по Д.В. Шихану (ТШ) 0,714. Четвертая по силе и значению группа компонентов состояла из общих и частных клинических показателей: когнитивного компонента ПР по КОПТ 0,674; характера врачебного наблюдения 0,672 и аффективного компонента ПР по КОПТ 0,635. Таким образом, ведущим фактором математической модели ПР стало, с одной стороны, взаимодействие положительно коррелирующих характерологических особенностей, уровня самооценочной тревожности, когнитивных и аффективных симптомов расстройства и патоластического влияния врачебного наблюдения; и с другой стороны, отрицательно коррелирующих особенностей самосознания больных. Фактор получил название «Внутриличностный». Следует указать, что анализ компонентов выявил прогностическое значение возраста больного, его матримониального и профессионального



Таблица 2.

Сравнение результатов терапии среди подгрупп больных ПР — акцентуантов характера по К. Леонгарду

Показатели после лечения	Педантичная акцентуация		Демонстративная акцентуация		Неуравновешенная акцентуация		Би (Д-Н)-акцентуация	
	М	$\sigma$	М	$\sigma$	М	$\sigma$	М	$\sigma$
Аффективный компонент ПР	1,8 <sup>1</sup>	0,1	2,2	0,1	2,1	0,1	2,2 <sup>3</sup>	0,1
Когнитивный компонент ПР	1,8 <sup>1</sup>	0,1	2,7	0,1	3 <sup>2</sup>	0,2	2,6 <sup>3</sup>	0,2
Вегетативный компонент ПР	2,2	0,1	2,7	0,2	3 <sup>2</sup>	0,2	2,8 <sup>3</sup>	0,1
Моторный компонент ПР	1,2	0,1	1,2	0,1	1,2	0,1	1,1	0,1
Поведенческий компонент ПР	3 <sup>1</sup>	0,1	3,5	0,2	3,6 <sup>2</sup>	0,2	3,7 <sup>3</sup>	0,1
Общий балл КОПТ	9,9 <sup>1</sup>	0,2	12,2	0,4	12,9 <sup>2</sup>	0,4	12,5 <sup>3</sup>	0,2
Реактивная тревожность по Ч.Д. Спилбергеру	17 <sup>1</sup>	1	23,5	1,5	25 <sup>2</sup>	2,4	25,2 <sup>3</sup>	2
Личностная тревожность по Ч.Д. Спилбергеру	27 <sup>1</sup>	1,3	39,2	2,7	40,6 <sup>2</sup>	2,9	41,5 <sup>3</sup>	2,9
Тревожность по Д.В. Шихану	22,8 <sup>1</sup>	1,4	33,6	3	41,2 <sup>2</sup>	2,8	29 <sup>3,6</sup>	1,6
Закрытость МИС по С.Р. Пантелееву	5,8	0,2	5,3	0,3	4,8 <sup>2</sup>	0,4	5,3	0,3
Самоуверенность МИС по С.Р. Пантелееву	6,1	0,3	5,2	0,3	5,4	0,2	5,3	0,3
Саморуководство МИС по С.Р. Пантелееву	5,9 <sup>1</sup>	0,2	5	0,3	5 <sup>2</sup>	0,2	5,1 <sup>3</sup>	0,3
Отраженное самоотношение МИС по С.Р. Пантелееву	6,3 <sup>1</sup>	0,3	4,9	0,3	4,5 <sup>2</sup>	0,2	4,3 <sup>3</sup>	0,1
Самоценность МИС по С.Р. Пантелееву	6,8 <sup>1</sup>	0,2	5,2 <sup>5</sup>	0,4	5 <sup>2</sup>	0,3	6,6 <sup>6</sup>	0,4
Самопринятие МИС по С.Р. Пантелееву	7,2 <sup>1</sup>	0,2	5,3 <sup>5</sup>	0,2	4,8 <sup>2</sup>	0,2	4,7 <sup>3</sup>	0,2
Самопривязанность МИС по С.Р. Пантелееву	6,5 <sup>1</sup>	0,2	5,4	0,3	4,9 <sup>2</sup>	0,3	5,7	0,3
Внутренняя конфликтность МИС по С.Р. Пантелееву	5,2	0,1	5,3 <sup>5</sup>	0,3	6,2 <sup>2</sup>	0,3	6,4 <sup>3</sup>	0,4
Самообвинение МИС по С.Р. Пантелееву	5,9 <sup>1</sup>	0,3	4,1 <sup>4,5</sup>	0,3	2,9 <sup>2</sup>	0,2	3,1 <sup>3</sup>	0,2

<sup>1</sup>Различие между подгруппами педантичной и демонстративной акцентуации достоверно ( $p < 0,05$ )<sup>2</sup>Различие между подгруппами педантичной и неуравновешенной акцентуации достоверно ( $p < 0,05$ )<sup>3</sup>Различие между подгруппами педантичной акцентуации и биакцентуации достоверно ( $p < 0,05$ )<sup>4</sup>Различие между подгруппами демонстративной и неуравновешенной акцентуации достоверно ( $p < 0,05$ )<sup>5</sup>Различие между подгруппами демонстративной и биакцентуации достоверно ( $p < 0,05$ )<sup>6</sup>различие между подгруппами неуравновешенной и биакцентуации достоверно ( $p < 0,05$ )

статуса для диагностики и терапии панического расстройства. В результате варимакс-вращения с нормализацией Кайзера была получена модель скрытых влияний в структуре анамнестических, клинических и клиничко-психологических проявлений панического расстройства. В целом внутриличностный фактор не претерпел существенных изменений. Усилилось значение остроты панического аффекта и демонстративных черт характера. Таким образом, движущими силами панического расстройства могут быть признаны следующие три: характер и самоотношение; семейное положение; наследственность и воспитание больных.

Как следует из таблицы 1, у лиц с педантичной акцентуацией выявлялись достоверно ( $p < 0,05$ ) лучшие результаты терапии в сравнении с не-акцентуантами. Вместе с тем достоверно ( $p < 0,05$ ) наибольшие значения по шкале самообвинения (СО-МИС) в этой подгруппе указывали на высокий уровень недовольства достигнутым результатом лечения, что рассматривалось как предпосылка для срыва комплаентности с возможным последующим снижением качества ремиссии.

Напротив, больные ПР с демонстративной акцентуацией характера выявили достоверно ( $p < 0,05$ ) наихудшие результаты терапии в сравнении с не-акцентуантами. При этом показатели самообвинения (СО-МИС) у лиц с несомненной демонстратив-

ной акцентуацией были достоверно ( $p < 0,05$ ) наименьшими. Значения показателей тревожности были на верхних границах нормы. Другими словами, демонстративные больные «не полностью долечились», но не сожалели об этом. Наличие демонстративной акцентуации характера у больных ПР было расценено как предиктор низкого качества ремиссии при достаточном качестве терапии.

Влияние неустойчивых черт характера на результаты терапии панического расстройства было подобно влиянию демонстративных черт, но более выраженным. Так, больные ПР с неустойчивой акцентуацией выявляли достоверно ( $p < 0,05$ ) наихудшие результаты терапии в сравнении с не-акцентуантами. При этом показатель личностной тревожности по Ч.Д. Спилбергеру — Ю.В. Ханину был в этой подгруппе максимальным среди всех серий сравнений — 41,1 балла, то есть остался на уровне умеренно повышенных значений. Наличие неустойчивой акцентуации характера у больных ПР было расценено как предиктор недостаточной эффективности проводимой терапии. Вне рамок исследования этим больным ПР лечение было продолжено в обычных терапевтических дозах, ряд больных продолжил психотерапевтические сеансы.

Как следует из таблицы 2, у больных ПР с педантичной акцентуацией характера по К. Леонгарду в сравнении с больными

ПР, выявлявшими другие акцентуации, результаты лечения были достоверно ( $p < 0,05$ ) наилучшими. Однако уровень самообвинения (СО-МИС), у педантичных акцентуантов оказался наивысшим среди всех изученных подгрупп больных ПР.

Больные ПР с демонстративной акцентуацией характера по К. Леонгарду в сравнении с больными ПР, выявлявшими неуравновешенную акцентуацию, обнаружили достоверно ( $p < 0,05$ ) большее значение в величине единственного показателя — самообвинения (СО-МИС). Величина СО-МИС наряду с самопринятием (СПН-МИС) была также достоверно ( $p < 0,05$ ) большим показателем при сравнении демонстративных акцентуантов с подгруппой биакцентуантов с демонстративно-неуравновешенными чертами характера по К. Леонгарду. Напротив, самооценку (СЦ-МИС) и внутренняя конфликтность (ВК-МИС) после лечения были у демонстративных акцентуантов достоверно ( $p < 0,05$ ) меньшими в сравнении с биакцентуантами. В целом, не имея различий в выраженности клинических и клинико-психологических показателей, демонстративные больные ПР отличались от неуравновешенных и демонстративно-неуравновешенных прогностически важными нюансами самосознания, оказывавшими влияние на продолжительность и качество ремиссии панического расстройства.

Больные ПР с неуравновешенной акцентуацией характера по К. Леонгарду в сравнении с больными ПР, выявлявшими демонстративно-неуравновешенную биакцентуацию, обнаружили достоверно ( $p < 0,05$ ) большее значение в величине тревожности по Д.В. Шихану (ТШ). Также выявлялось достоверное ( $p < 0,05$ ) различие в величине самооценки (СЦ-МИС). У больных ПР с неуравновешенной акцентуацией характера по К. Леонгарду этот показатель был наименьшим среди всех подгрупп, но при этом имел нормативное значение. Таким образом, наиболее существенными оказались различия в результатах терапии между педантичными и неуравновешенными акцентуантами; демонстративные акцентуанты занимали в основном промежуточное положение.

### Заключение

Роль демонстративной и неуравновешенной акцентуации у больных ПР в качестве предикторов недостаточной эффективности терапии панического расстройства и педантичной акцентуации в качестве предиктора отказа от комплаентности с последующим срывом терапевтической ремиссии, требует дальнейшего изучения. Включение личностно-реконструктивных психотерапевтических методик на ранних стадиях терапии панического расстройства с настойчивым продолжением личностной реконструкции в период ремиссии может быть рекомендовано практикующим психотерапевтам в качестве инструмента при выявлении характерологических предикторов терапевтической субрезистентности.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Akiyoshi J. Neuropharmacological and genetic study of panic disorder. Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi 1999 Jul; 19 (3): 93-99.
2. Coplan J.D., Lydiard R.B. Brain Circuits in Panic Disorder. Biol Psychiatry 1998 Dec 15; 44 (12): 1264-76.
3. Andersch S., Hetta J. A 15-year follow-up study of patients with panic disorder. Eur Psychiatry 2003; 18:401-408.
4. Toni C., Perugi G., Frare F. et al. Spontaneous treatment discontinuation in panic disorder patients treated with antidepressants. Acta Psychiatr Scand 2004; 110: 130-137.
5. Sheehan D.V. Current Concepts in the Treatment of Panic Disorder. J Clin Psychiatry 1999; 60 Suppl 18: 16-21.
6. Dannon P.N., Iancu I., Cohen A. et al. Three year naturalistic outcome study of panic disorder patients treated with paroxetine. BMC Psychiatry 2004; 4: 16.
7. Starcevic V., Linden M., Uhlenhuth E.H. et al. Treatment of panic disorder with agoraphobia in an anxiety disorders clinic: factors influencing psychiatrists' treatment choices. Psychiatry Res 2004; 125: 41-52.

МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ

# ВЕСТНИК Поволжья

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ РЕКЛАМНО-ИНФОРМАЦИОННОЕ ИЗДАНИЕ

[www.mfvf.ru](http://www.mfvf.ru) | [mfvf@mfvf.ru](mailto:mfvf@mfvf.ru)

- официальная и нормативная информация
- новости медико-фармацевтического рынка (брифинги, симпозиумы, конференции, выставки)
- научно-практические материалы от ведущих специалистов в области медицины, обзоры конференций, круглых столов, съездов
- информационные данные от производителей и дистрибьютеров. Оптовые и розничные цены на медоборудование, изделия медицинского назначения и медикаменты

420012, Казань, ул. Щапова, 26,  
корп. Д, офис 200, а/я 142  
многоканальный телефон (843) 267-60-96

