

УДК 616.891.6:364.624.6:616.89-008.441.1:159.974.2:316.728:616-036.868

Для цитирования: Моор Л.В., Рахмазова Л.Д. Клинико-динамическая характеристика и факторы риска панических расстройств. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 3 (104): 14–20. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3\(104\)-14-20](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3(104)-14-20)

## Клинико-динамическая характеристика и факторы риска панических расстройств

Моор Л.В.<sup>1</sup>, Рахмазова Л.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой  
Россия, Омск, 644070, ул. Куйбышева, 30

<sup>2</sup> НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр  
Российской академии наук  
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

### РЕЗЮМЕ

**Введение.** Высокая распространенность тревожно-фобических расстройств в популяции трудоспособного населения, рецидивирующее течение заболевания, приводящее к снижению качества жизни и трудоспособности, определяют актуальность исследования. **Цель:** изучение факторов риска развития тревожно-фобических расстройств и клинико-динамических характеристик заболевания. **Материалы и методы:** в исследование вошли 125 больных, проходивших стационарное лечение в БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодниковой» в период с 2013 по 2018 г., средний возраст составил  $38,3 \pm 11,1$  года. Большинство пациентов ( $p=0,000$ ) проходили лечение с агорафобией и паническим расстройством (101 – 80,8%), меньшая часть – с паническим расстройством без агорафобии (24 – 19,2%). Использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический методы. Обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки STATISTICA 8. В связи с тем, что распределение в группах отличалось от нормального, сравнение количественных признаков проводилось с использованием непараметрического U-критерия Манна–Уитни. Различия между качественными признаками определялись с использованием критерия  $\chi^2$  и сравнения удельного веса в группах. Статистическая значимость результатов исследования выражалась в виде  $p=0, \dots$ . Результаты считались статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ . **Результаты:** выявлено, что ведущим фактором риска развития тревожно-фобической симптоматики является наличие психотравмирующей ситуации как острой, так и хронической, достоверно чаще семейной по содержанию. Значимо и наличие длительной семейной психогении в детско-подростковом возрасте. В большинстве случаев клиника заболевания определялась наличием панического расстройства тяжелой степени, вторичной агорафобии, ипохондрических фобии, выраженного избегающего поведения, значительных ограничений образа жизни, зависимости от родственников. Отмечен высокий процент повторных госпитализаций при длительной психотравмирующей ситуации.

**Ключевые слова:** тревожно-фобические расстройства, паническое расстройство, агорафобия, социально-демографическая характеристика.

### ВВЕДЕНИЕ

Тревожные расстройства являются одной из основных причин глобального бремени болезней, среди них особый интерес для исследователей представляет паническое расстройство, распространенность которого в мире составляет 1,7% [1]. В 30–50% случаев паническое расстройство сочетается с агорафобией [2]. Данное заболевание с высокой частотой встречается в молодом и среднем, т.е. наиболее трудоспособных возрастах, склонно к хроническому, рецидивирующему течению, нередко протекает коморбидно с депрессией, другими тревожными расстройствами и злоупотреблением психоактивными веществами, связано с повышенным суицидальным риском [3].

Помимо значительных функциональных нарушений, снижения качества жизни и трудоспособности, сопровождающих паническое расстройство, существуют и косвенные издержки для общества в целом, включая чрезмерное использование ресурсов здравоохранения, снижение производительности труда [4]. Паническое расстройство связано с неблагоприятными последствиями для физического здоровья, высоким риском развития сердечно-сосудистых и других заболеваний [5, 6]. Учитывая высокую распространенность, трудности в диагностике и лечении, паническое расстройство представляет собой важную проблему не только для психиатрической службы, но и для всего здравоохранения [7].

Согласно современным данным, в основе этиологии тревожных расстройств лежит индивидуальное взаимодействие генетических, нейробиологических, психосоциальных и психологических факторов риска [8]. Неспецифические генетические факторы и негативные влияния в детском возрасте определяют уровень нейробиологической устойчивости к стрессам и предрасположенность к возникновению тревожных расстройств [9, 10]. Показано, что ранние детские травмы, такие как жестокое обращение, насилие и небезопасная привязанность при наличии текущих стрессовых событий, способствуют развитию панического расстройства [11]. Острые стрессы тесно связаны с началом панических атак, а длительные хронические стрессы приводят к утяжелению течения заболевания и ухудшению ответа на лечение [2]. Несмотря на имеющиеся данные в профессиональной литературе, влияние факторов риска на развитие и течение тревожных расстройств до конца не установлено и требует дальнейшего изучения.

#### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В рамках проспективного комплексного исследования, посвященного изучению факторов риска развития и клинических исходов тревожно-фобических расстройств, была поставлена цель – определить особенности клинической картины заболевания, её динамики.

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Группу исследования составили 125 пациентов, проходивших стационарное лечение в отделении непсихотических психических расстройств № 1 БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» в период с 2013 г. по 2018 г., состояние которых определялось наличием тревожно-фобической симптоматики. Критериями включения в исследование служили: верифицированный диагноз невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (рубрики МКБ-10 F40 и F41), возраст от 18 до 65 лет, информированное согласие на обследование и использование сведений в научных целях. Пациенты с соматической и неврологической патологией в тяжелой форме либо в стадии декомпенсации в исследование не включались. Для решения поставленной задачи использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический методы, была сформирована электронная база данных, обработка которых проводилась с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки STATISTICA 8.

В связи с тем, что распределение в группах отличалось от нормального, сравнение количественных признаков проводилось с использованием непараметрического U-критерия Манна–Уитни. Различия между качественными признаками определялись с использованием критерия  $\chi^2$  и сравнения удельного веса в группах. Статистическая значимость результатов исследования выражалась в виде  $p=0,...$  Результаты считались статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

По типу тревожно-фобических расстройств пациенты разделились на две группы. Большинство ( $p=0,000$ ) проходили лечение с агорафобией и паническим расстройством (101 – 80,8%), меньшая часть – с паническим расстройством без агорафобии (24 – 19,2%). На момент обследования средний возраст пациентов составил  $38,3 \pm 11,1$  года ( $M \pm Std.Dev.$ ). По полу пациенты распределились следующим образом – 102 женщины (81,6%) и 23 мужчины (18,4%). Это соответствует данным о том, что женщины заболевают в 2 раза чаще мужчин, также у женщин чаще наблюдаются агорафобия и более тяжелые варианты течения болезни [12]. Средняя длительность заболевания составила  $2,6 \pm 3,2$  года ( $M \pm Std.Dev.$ ). Большинство больных ( $p=0,000$ ) на момент включения в исследование были госпитализированы впервые (76 – 60,8%), меньшая часть – повторно (22 – 17,6%) или три и более раз (27 – 21,6%).

Ретроспективный анализ анамнестических сведений показал, что около половины (60 – 48%) обследованных пациентов в детском или подростковом возрасте подвергались длительному воздействию психотравмирующих ситуаций. Психические травмы у каждого обследованного были индивидуальными, но в целом носили семейный характер. Пациенты, как правило, жили в социально неблагополучных либо дисфункциональных семьях с конфликтными, холодными, беспорядочными отношениями. Росли в ситуации, когда один или оба родителя злоупотребляли алкоголем. Переживали развод родителей, ранний разрыв с ними, тяжелую болезнь, смерть или уход из семьи одного из значимых взрослых. Воспитывались вне семьи либо мачехой, отчимом, приемными родителями. Переносили побои, жестокость, сексуальное насилие. Негативное влияние ранних травм сохраняется вплоть до взрослого возраста и повышает риск развития тревоги, депрессии и других психических расстройств [13].

У большинства пациентов (113 – 90,4%;  $p=0,000$ ) развитию тревожно-фобических нарушений предшествовали психотравмирующие ситуации. Каждая психотравма оценивалась с двух сторон. По длительности: острые (менее 6 месяцев) – у 42 пациентов (37,2%); хронические (более 6 месяцев) – у 41 (36,3%) и в 26,5% случаев (30 человек) наблюдалось сочетание острой и хронической психотравмы. По характеру выделены: семейные, социальные, производственные психогении, проблемы здоровья и утраты, что соотносится с данными других исследований [14].

Семейные проблемы характеризовались многообразием: супружеские конфликты, измены, алкоголизация супруга, разводы, вынужденная длительная разлука; рождение первого ребенка, трудности в уходе и воспитании, бо-

лезни детей, уход повзрослевшего ребенка из семьи; конфликты с другими родственниками, различного рода проблемы у близких, например, болезни, арест или судебный процесс. Кроме того, имели место и проблемы здоровья: операции, травмы, длительные болезни, либо подозрения врачей на какое-то тяжелое заболевание. К социальным и производственным проблемам относились перегрузки на работе, конфликты с начальством, коллегами, потеря работы, смена места жительства или работы. Во всей группе достоверно преобладают ( $p=0,000$ ) семейные проблемы, в том числе в сочетании с другими (78 – 69,1%). У части пациентов (30 – 26,5%) дебюту тревожно-фобических нарушений предшествовало две психогении. В связи с этим были выделены варианты сочетаний внутри подгрупп (табл. 1).

Т а б л и ц а 1. Распределение типов психогений по характеру и их сочетанию

Кол-во	Тип психогений	Абс.	%
1	Семейные	48	42,5*
	Социальные и производственные	12	10,6
	Утраты	13	11,5
	Проблемы здоровья	10	8,8
2	Сочетание семейных проблем с другими	30	26,6
Всего		113	100

П р и м е ч а н и е. \* –  $p=0,000$ .

Наследственность, отягощенная психическими расстройствами (46 – 36,8%), наблюдалась реже, чем благоприятная (79 – 63,2%;  $p=0,001$ ). У 27 пациентов (21,6%) наследственность была отягощена алкоголизмом, у 19 (15,2%) – невротическими или аффективными расстройствами, реже шизофренией.

В анамнезе до развития тревожно-фобических расстройств у 36 обследованных (28,8%) отмечались астеновегетативные, тревожно-ипохондрические либо тревожно-депрессивные нарушения невротического характера. В этих случаях пациенты получали помощь амбулаторно, обращались преимущественно к неврологам, терапевтам, реже прибегали к помощи психотерапевтов.

Для всех пациентов на момент поступления в стационар и включения в исследование были характерны спонтанные повторяющиеся приступы резко выраженной тревоги или паники, имевшие различные клинические особенности [15]. Клиническая картина приступов в большинстве случаев ( $p=0,000$ ) была типичной (105 – 84,0%). Во время приступа наиболее яркими были нарушения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Были характерны жалобы на учащенное сердцебиение, ощущение «перебоев» в работе сердца, дискомфорт или боли в грудной клетке, подъем артериального давления, ощущения нехватки воздуха или удушья, одышку. В момент приступа часто наблюдались головокружение, тремор конечностей, цефалгии, ощущения потери сознания, озноба, «волн» жара и холода, гипергидроз.

Реже встречались желудочно-кишечные нарушения, протекавшие в виде диспептических расстройств, абдоминальных болей и дискинетических феноменов. Выраженность эмоциональных нарушений в момент приступа колебалась в широком диапазоне – от ощущения дискомфорта и внутреннего напряжения до состояния паники. Психические симптомы были представлены дереализацией и деперсонализацией, вторичными фобиями: страхом смерти, сердечной катастрофы, инфаркта, инсульта, обморока, падения; страхом оказаться в неловкой ситуации, сойти с ума, потерять контроль над собой. Атипичные симптомы, такие как сенестопатии или конверсионные расстройства, наблюдались в 20 случаях (16,0%).

Сложные по структуре психических симптомов приступы, когда фобии сочетались друг с другом и нарушениями самосознания, чаще отмечались у пациентов с паническим расстройством и агорафобией ( $p=0,023$ ). Для всех пациентов было характерно сочетание развернутых и симптоматически бедных панических приступов. У 76,0% (95) обследованных кризы повторялись только в период бодрствования. Сочетание панических атак сна и бодрствования встречалось значительно реже (30 – 24,0%;  $p=0,000$ ). По частоте возникновения приступов выделены умеренная и выраженная степени тяжести панического расстройства. В большинстве случаев (92 – 73,6%;  $p=0,000$ ) развернутые панические приступы повторялись как минимум 4 раза в неделю, что соответствовало критериям тяжелой степени расстройства [16].

В большинстве случаев межприступный период характеризовался наличием психовегетативного синдрома (105 – 84,0%;  $p=0,000$ ). Преобладали нарушения со стороны сердечно-сосудистой и/или дыхательной систем (96 – 76,8%;  $p=0,000$ ). Выраженность этих нарушений варьировала от слабых до существенных. Пациенты без агорафобии реже отмечали наличие вегетативных расстройств в межприступном периоде ( $p=0,050$ ).

По мере развития заболевания у всех пациентов появлялся страх перед возможным повторением приступов, что способствовало возникновению ипохондрических фобий, агорафобии и избегающего поведения. Общими для всей группы были ограничения и защитные действия ипохондрического плана: частые обращения за медицинской помощью, активный поиск информации, постоянный самоконтроль, отслеживание изменений физиологических параметров, отказ от любой физической активности, употребления алкоголя, кофеина и т.д.

Для большинства пациентов с паническим расстройством и агорафобией (79 – 78,0%;  $p=0,000$ ) было характерно сочетание нескольких фобических ситуаций: страх остаться без какой-либо помощи в одиночестве, вне дома, в общественных местах, транспорте. Как правило, имело место избегание двух или трех ситуаций (59 – 58,4%), реже встречалась панагорафобия (20 – 19,8%). Проявления агорафобии были различными по степени выраженности [17]. При легкой степени избегающего поведения ограничения носили изолированный характер (40 – 39,6%). Пациенты в целом сохраняли прежний образ жизни, но фобические ситуации

переносили с мучением, по возможности старались не попадать в них, выбирали облегченные варианты поведения. При умеренной степени избегающего поведения (36 – 35,6%) формировался ограниченный образ жизни. Больные могли удаляться от дома только в сопровождении близких, которых они считали надежными спутниками. При тяжелой степени (25 – 24,8%) избегание было выражено настолько, что пациенты не могли покинуть пределы дома. Большинство пациентов в связи со страхами нуждались в постоянном присутствии родственников 66,4% ( $n=83$ ). Часть пациентов (17,6% – 22) даже была вынуждена уволиться с работы.

На момент исследования 49 (39,2%) человек проходили стационарное лечение повторно. В период приема поддерживающей терапии у 61,2% (30) из них отмечался хороший комплаенс. Несмотря на приверженность к лечению, у большинства пациентов (39 – 79,6%;  $p=0,012$ ) сохранялись тревожно-фобические нарушения: периодические панические приступы, агорафобия, ипохондрические фобии, избегающее поведение. Достоверно чаще резидуальные симптомы наблюдалось у больных с паническим расстройством и агорафобией ( $p=0,047$ ). Как правило, повторное стационарирование пациенты связывали с ухудшением самочувствия под воздействием психосоциальных стрессов (35 – 71,4%).

В зависимости от количества госпитализаций за пятилетний период (2013–2018 гг.) все участники исследования были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты, которые были госпитализированы только один раз (54 – 43,2%). Во вторую группу включены пациенты, поступавшие на лечение неоднократно (71 – 56,8%). Обнаружено преобладание пациентов второй группы ( $p=0,028$ ). Выявлено, что в этой группе достоверно чаще наблюдались длительные психотравмирующие ситуации, предшествующие развитию тревожно-фобической симптоматики и сохранявшиеся в дальнейшем ( $\chi^2=13,9$ ;  $p=0,000$ ). Преобладание острых психогений было характерно для пациентов без повторных госпитализаций.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, выявлено, что около половины больных, проходивших стационарное лечение в связи с тревожно-фобической симптоматикой невротического уровня, в детском или подростковом возрастах подвергались длительному воздействию психотравмирующих ситуаций.

Для большинства обследованных пациентов в период, предшествующий развитию болезни, было характерно наличие острых и хронических психотравмирующих ситуаций, преимущественно семейного характера. В большинстве случаев клиника заболевания определялась наличием панического расстройства тяжелой степени, вторичной агорафобии, ипохондрической фобии, выраженного избегающего поведения, значительным ограничением образа жизни, зависимостью от родственников. Также важно отметить, что для лиц, подвергающихся длительной психотравмирующей ситуации, были характерны повторные госпитализации. Полученные данные необходимы для изучения вклада психосоциальных факторов в развитие и течение тревожно-фобических расстройств с целью разработки программ реабилитации.

#### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

#### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

#### СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование проведено с соблюдением норм современной биомедицинской этики и этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА и одобрено этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 64 от 25 ноября 2013 г.).

#### ЛИТЕРАТУРА

- Jonge P., Roest A.M., Lim C.C., Florescu S.E., Bromet E.J., Stein D.J., Harris M., Nakov V., Caldas-de-Almeida J.M., Levinson D., Al-Hamzawi A.O., Haro J.M., Viana M.C., Borges G., O'Neill S., de Girolamo G., Demyttenaere K., Gureje O., Iwata N., Lee S., Hu C., Karam A., Moskalewicz J., Kovess-Masfety V., Navarro-Mateu F., Browne M.O., Piazza M., Posada-Villa J., Torres Y., Ten Have M.L., Kessler R.C., Scott K.M. Cross-national Epidemiology of Panic Disorder and Panic Attacks in the World Mental Health Surveys. *Depress Anxiety*. 2016; 33 (12): 1155–1177. doi: 10.1002/da.22572
- Goddard A.W. The Neurobiology of Panic: A Chronic Stress Disorder. *Chronic Stress*. 2017; 1: 1–14. doi: 10.1177/2470547017736038
- Katzman M.A., Bleau P., Blier P., Chokka P., Kjernisted K., Van Ameringen M. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014; 14 (1). doi: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1
- Bandelow B., Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015; 17 (3): 327–335.
- Niles A.N., Dour H.J., Stanton A.L., Roy-Byrne P.P., Stein M.B., Sullivan G., Sherbourne C.D., Rose R.D., Craske M.G. Anxiety and depressive symptoms and medical illness among adults with anxiety disorders. *J Psychosom Res*. 2015; 78 (2): 109–115. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.018.
- Caldirola D., Schruers K.R., Nardi A.E., De Berardis D., Fornaro M., Perna G. Is there cardiac risk in panic disorder? An updated systematic review. *J Affect Disord*. 2016; 194: 38–49. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.003.
- Vermani M., Marcus M., Katzman M. Rates of Detection of Mood and Anxiety Disorders in Primary Care: A Descriptive. Cross-Sectional Study. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011; 13 (2). doi: 10.4088/PCC.10m01013
- Розанов В.А. Стресс и психическое здоровье (нейробиологические аспекты). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013; 23 (1): 79–86.
- Amstadter A.B., Maes H.H., Sheerin C.M., Myers J.M., Kendler K.S. The Relationship Between Genetic and Environmental Influences on Resilience and on Common Internalizing and Externalizing Psychiatric Disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016; 51(5): 669–78. doi: 10.1007/s00127-015-1163-6
- Michelle G.N., Shin K.E., Zuellig A.R. Developmental Risk Factors in Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder. *J Affect Disord*. 2016; 206: 94–102. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.008
- Blanco C., Rubio J., Wall M., Wang S., Jiu C.J., Kendler S.K. Risk factors for anxiety disorders: common and specific effects in a national sample. *Depress Anxiety*. 2014; 31(9): 756–764. doi: 10.1002/da.22247
- McLean C.P., Asnaani A., Litz B.T., Hofmann S.G. Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *J Psychiatr Res*. 2011; 45 (8): 1027–1035. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.03.006
- Гришкина М.Н., Гуляева М.Н., Акжигитов Н.В., Герсамя А.Г., Меньшикова А.А., Фрейман С.В., Гехт А.Б. Влияние детского стресса на формирование психических расстройств во взрослом возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015; 115 (12): 169–176. doi: 10.17116/jnevro2015115112169-176
- Семке В.Я. Психогении современного общества. Томск: Издательство Томского университета, 2003: 408.
- Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты). М.: Эйдос Медиа, 2004: 408.
- Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Гребенюков С.В., Колесова Ю.П. Критерии и алгоритм диагностики панического расстрой-

ства. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2015; 2: 3–9.

17. Каплан Г.И., Сэддок Д.Б. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1994; 1: 672.

Поступила в редакцию 31.05.2019  
Утверждена к печати 09.09.2019

Моор Любовь Владимировна – врач-психиатр, психотерапевт.

Рахмазова Любовь Демьяновна – д-р мед. наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения аддиктивных состояний. Researcher ID J-1754-2017. Author ID Scopus 57192392938. ORCID 0000-0002-6001-1954. Author ID РИНЦ 626166. SPIN-код РИНЦ 9964-1242.

✉ Рахмазова Любовь Демьяновна, lrakhmazova@mail2000.ru

УДК 616.891.6:364.624.6:616.89-008.441.1:159.974.2:316.728:616-036.868

For citation: Moor L.V., Rakhmazova L.D. Clinical-dynamic characteristics and risk factors for panic disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 3 (104): 14–20. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3\(104\)-14-20](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3(104)-14-20)

## Clinical and dynamic characteristics and risk factors for panic disorders

Moor L.V.<sup>1</sup>, Rakhmazova L.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Solodnikov  
Kuibyshev Street 30, 644070, Omsk, Russian Federation*

<sup>2</sup> *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences  
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

### ABSTRACT

**Introduction.** The high prevalence of anxiety-phobic disorders in the working-age population, the recurrent course of the disease, leading to a decrease in the quality of life and working capacity, determine the relevance of the study. **Objective:** to study the risk factors for the development of anxiety-phobic disorders and clinical-dynamic characteristics of the disease. **Materials and Methods.** The study included 125 inpatients of “Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Solodnikov” in the period from 2013 to 2018, the mean age was 38.3±11.1 years. Most patients (p=0.000) underwent treatment for agoraphobia and panic disorder (101 – 80.8%), the smaller part – for panic disorder without agoraphobia (24 – 19.2%). Clinical-psychopathological, clinical-follow-up methods were used. Data processing was carried out using the STATISTICA 8 application package for statistical processing. Due to the fact that the distribution in groups was different from the normal one, quantitative traits were compared using the nonparametric Mann–Whitney U-test. Differences between the qualitative characteristics were determined using the  $\chi^2$  criterion and comparing the specific gravity in the groups. The statistical significance of the research results was expressed as p=0,... The results were considered statistically significant at p≤0.05. **Results.** It was revealed that the leading risk factor for the development of anxiety-phobic symptoms was the presence of a traumatic situation, both acute, and chronic, significantly more family-related in content. Significantly, it was the presence of prolonged family psychogenic factors in childhood and adolescence. In most cases, the clinical picture of the disease was determined by the presence of severe panic disorder, secondary agoraphobia, hypochondriac phobia, pronounced avoiding behavior, significant lifestyle restrictions, and dependence on relatives. A high percentage of repeated hospitalizations was noted during a prolonged traumatic situation.

**Keywords:** anxiety-phobic disorders, panic disorder, agoraphobia, socio-demographic characteristic.

### REFERENCES

1. Jonge P., Roest A.M., Lim C.C., Florescu S.E., Bromet E.J., Stein D.J., Harris M., Nakov V., Caldas-de-Almeida J.M., Levinson D., Al-Hamzawi A.O., Haro J.M., Viana M.C., Borges G., O'Neill S., de Girolamo G., Demyttenaere K., Gureje O., Iwata N., Lee S., Hu C., Karam A., Moskalewicz J., Kovess-Masfety V., Navarro-Mateu F., Browne M.O., Piazza M., Posada-Villa J., Torres Y., Ten Have M.L., Kessler R.C., Scott K.M. Cross-national Epidemiology of Panic Disorder and Panic Attacks in the World Mental Health Surveys. *Depress Anxiety*. 2016; 33 (12): 1155–1177. doi: 10.1002/da.22572
2. Goddard A.W. The Neurobiology of Panic: A Chronic Stress Disorder. *Chronic Stress*. 2017; 1: 1–14. doi: 10.1177/2470547017736038
3. Katzman M.A., Bleau P., Blier P., Chokka P., Kjernisted K., Van Ameringen M. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014; 14 (1). doi: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1

4. Bandelow B., Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015; 17 (3): 327–335.
5. Niles A.N., Dour H.J., Stanton A.L., Roy-Byrne P.P., Stein M.B., Sullivan G., Sherbourne C.D., Rose R.D., Craske M.G. Anxiety and depressive symptoms and medical illness among adults with anxiety disorders. *J Psychosom Res.* 2015; 78 (2): 109–115. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.018.
6. Caldirola D., Schruers K.R., Nardi A.E., De Berardis D., Fornaro M., Perna G. Is there cardiac risk in panic disorder? An updated systematic review. *J Affect Disord.* 2016; 194: 38–49. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.003.
7. Vermani M., Marcus M., Katzman M. Rates of Detection of Mood and Anxiety Disorders in Primary Care: A Descriptive. Cross-Sectional Study. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2011; 13 (2). doi: 10.4088/PCC.10m01013
8. Rozanov V.A. Stress i psikhicheskoye zdorov'ye (neyrobiologicheskoye aspekty) [Stress and mental health (neurobiological aspects)]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya – Social and Clinical Psychiatry.* 2013; 23 (1): 79–86 (in Russian).
9. Amstadter A.B., Maes H.H., Sheerin C.M., Myers J.M., Kendler K.S. The Relationship Between Genetic and Environmental Influences on Resilience and on Common Internalizing and Externalizing Psychiatric Disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016; 51(5): 669–78. doi: 10.1007/s00127-015-1163-6
10. Michelle G.N., Shin K.E., Zuellig A.R. Developmental Risk Factors in Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder. *J Affect Disord.* 2016; 206: 94–102. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.008
11. Blanco C., Rubio J., Wall M., Wang S., Jiu C.J., Kendler S.K. Risk factors for anxiety disorders: common and specific effects in a national sample. *Depress Anxiety.* 2014; 31(9): 756–764. doi: 10.1002/da.22247
12. McLean C.P., Asnaani A., Litz B.T., Hofmann S.G. Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *J Psychiatr Res.* 2011; 45 (8): 1027–1035. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.03.006
13. Grishkina M.N., Gulyaeva M.N., Akzhigitov N.V., Gersamia A.G., Menshikova A.A., Freiman S.V., Geht A.B. Vliyaniye detskogo stressa na formirovaniye psikhicheskikh rasstroystv vo vzrosлом vozraste [Influence of childhood stress on the formation of mental disorders in adulthood]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova – Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov.* 2015; 115 (12): 169–176 (in Russian). doi: 10.17116/jnevro2015115112169-176
14. Semke V.Ya. Psikhogenii sovremennogo obshchestva [The psychogenic factors of modern society]. Tomsk: Tomsk University Press, 2003: 408 (in Russian).
15. Veyn A.M., Dyukova G.M., Vorobyova O.V., Danilov A.B. Panicheskiye ataki (nevrologicheskiye i psikhofiziologicheskiye aspekty) [Panic attacks (neurological and psychophysiological aspects)]. Moscow: Eidos Media, 2004: 408 (in Russian).
16. Karavaeva T.A., Vasilieva A.V., Poltorak S.V., Grebenyukov S.V., Kolesova Yu.P. Kriterii i algoritm diagnostiki panicheskogo rasstroystva [Criteria and algorithm for diagnosing panic disorder]. *Obozreniye psikiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva – Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V.M. Bekhterev.* 2015; 2: 3–9 (in Russian).
17. Kaplan G.I., Saddock D.B. Klinicheskaya psikiatriya [Clinical Psychiatry]. Moscow: Medicine, 1994; 1: 672.

Received May 31.2019

Accepted September 09.2019

Moor Lyubov V. – psychiatrist, psychotherapist of Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Solodnikov, Omsk, Russian Federation.

Rakhmazova Lyubov D. – MD, Professor, lead researcher of Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. Researcher ID J-1754-2017. Author ID Scopus 57192392938. ORCID 0000-0002-6001-1954. Author ID РИНЦ 626166. SPIN-код РИНЦ 9964-1242.

✉ Rakhmazova Lyubov D., lrakhmazova@mail2000.ru