

ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ У ДЕТЕЙ

А.И. Смиян, д-р мед. наук, профессор;

*А.М. Емец *, Я.С. Амелина, магистрант; Е.А. Лазебник *,
Медицинский институт Сумского государственного университета,
г. Сумы;*

**Сумская городская детская клиническая больница им. Св. Зинаиды,
г. Сумы*

У статті представлені сучасні дані щодо епідеміології, етіології, клінічних проявів та діагностики панічних атак у дітей. Відображені сучасні теорії патогенезу панічних атак. Наводяться також принципи первинної допомоги та лікування панічного розладу.

***Ключові слова:** панічні атаки, діти, вегетативні кризи, панічні реакції.*

В статье представлены современные сведения об эпидемиологии, этиологии, клинических проявлениях и диагностике панических атак у детей. Отражены современные теории патогенеза панических атак. Приводятся также принципы первичной помощи и лечения панического расстройства.

***Ключевые слова:** панические атаки, дети, вегетативные кризы, панические реакции.*

ВВЕДЕНИЕ

В современной медицине проблема панических атак рассматривается в числе одних из первостепенно значимых. Актуальность проблемы определяется довольно широкой распространенностью в общей популяции, манифестацией в молодом, социально активном возрасте, тенденцией к затяжному и хроническому течению, сложностью лечения и реабилитации в свете медицинских и социально-экономических аспектов. Последнее время наблюдается увеличение числа больных с синдромом панических атак, в том числе подростков и детей школьного возраста, что оказывает все большее влияние на социально-психологические, экономические аспекты жизни и здоровья общества. Трагиком пациентом панической атаки как проявления какого-либо соматического заболевания приводит к частым посещениям врача, консультациям у специалистов различного профиля, неоправданным диагностическим исследованиям и создает у пациента впечатление сложности и уникальности его заболевания. Неверные представления пациента о сути заболевания ведут к появлению ипохондрических симптомов, способствующих утяжелению течения болезни. Панические атаки снижают качество жизни больных, влияют на течение и прогноз болезни, несвоевременно начатое лечение способствует хроническому течению болезни и усугублению тяжести состояния и нередко приводит к трудностям в дальнейшей терапии. Вместе с тем представленность панических атак у детей недостаточно изучена, а в литературе приводятся достаточно разнородные сведения относительно их частоты и выраженности.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение литературных источников о современных взглядах на проблему панических атак для повышения уровня диагностики данной патологии у детей и предотвращения в дальнейшем развития хронических и затяжных форм заболевания путем своевременного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Вегетативный криз, или, по современной терминологии “паническая атака”, – это наиболее яркое и драматичное проявление синдрома

вегетативной дисфункции, или панических расстройств. Если традиционный для отечественной медицины термин "вегетативный криз" подчеркивает преимущественное значение в приступе вегетативных симптомов, то в англоязычной литературе лидирующая роль в патогенезе как перманентных, так и пароксизмальных нарушений отдается тревожным и тревожно-депрессивным аффективным нарушениям (страху, тревоге), что находит отражение в используемых терминах – «тревожные атаки», «панические атаки. Термины "паническая атака" и "вегетативный криз" в равной степени используются для обозначения практически идентичных состояний [1, 3]. Согласно американской классификации DSM- IV [4] перманентные вегетативные нарушения есть проявление тревожных расстройств: при этом речь идет о генерализованных тревожных расстройствах при пароксизмальных нарушениях - о панических атаках.

Паника - естественная реакция человеческой психики и всего организма на стресс, в эти моменты происходит выброс в кровь гормонов стресса, адреналина и других стимулирующих веществ, которые призваны мобилизовать организм для решения сложившейся ситуации. При наличии минимальных пограничных психоневрологических расстройств избыток этих возбуждающих и стимулирующих компонентов в крови обуславливает реакцию тревоги или паники. Типичные панические расстройства чаще всего дебютируют в подростковом возрасте или в начале зрелого возраста.

Панический приступ - сильное ощущение страха и внутреннего дискомфорта, возникающее у человека неожиданно, обычно без симптомов – предвестников, и сопровождающееся пугающими физическими симптомами в виде внезапно начавшегося сердцебиения, удушья, боли в груди, головокружения, сильной слабости, чувства нереальности происходящего и собственной измененности. При этом почти всегда появляется страх внезапной смерти, утраты контроля над собой или страх сойти с ума.

Панический приступ развивается быстро, его симптомы достигают максимальной интенсивности обычно в течение 5-10 минут и затем также быстро исчезают. Таким образом, панический приступ длится приблизительно 10-20 минут (максимум до 2 часов) и проходит сам собой, не оставляя никаких следов и не представляя реальной угрозы для жизни пациента. Панический приступ настигает человека в обычных повседневных ситуациях, не предрасполагающих к развитию тревоги. В соответствии с классификацией Американской ассоциации психиатров паническая атака имеет место в тех случаях, когда приступ страха соответствует, по крайней мере, 4 из 13 приведенных симптомов, и если сопровождающие его недомогания достигают своего максимума в течение 10 мин и прекращаются не позднее чем через два часа. Панические атаки возникают внезапно, не имеют предвестников, развивается молниеносно, чаще всего на фоне полного благополучия. У отдельных пациентов панические атаки развиваются в вечерний период перед засыпанием или даже во время ночного сна. Внезапность развития приступа, быстрое нарастание ярких, высоких в своей интенсивности полиморфных симптомов физического недомогания пугают пациентов и, как правило, расцениваются больными как опасная для жизни болезнь [1, 2, 3].

Эпидемиология. Распространенность панического расстройства, по данным эпидемиологических исследований, составляет 1,9-3,6%, а по некоторым источникам – 3-5% среди населения, причем атаки в 2-3 раза чаще наблюдаются у женщин [3-6]. Паническое расстройство встречается не только у взрослых, но и у детей школьного возраста. Многочисленные исследования и данные литературы [1, 3, 5] свидетельствуют о 3-4 –

кратном преобладании женщин над мужчинами среди больных паническим расстройством. В попытке объяснить преобладание женщин при паническом расстройстве обсуждают значение гормональных факторов, что находит свое отражение в данных соответствующих исследований о связи дебюта (возникновения) и течения панического расстройства с гормональными изменениями. С другой стороны нельзя исключить, что большая представленность лиц женского пола при паническом расстройстве связана с той ролью, которую женщины исполняют в современном обществе. Различные стрессовые социальные факторы играют здесь не последнюю роль. Поскольку клинические проявления как самого приступа, так и межприступного периода насыщены вегетативными, а нередко, и неврологическими симптомами, то естественно, что такие больные составляют значительную часть контингента врачей общей практики.

Этиология панических реакций. Существует несколько этиологических теорий возникновения панических реакций [1, 2, 3]:

1. Установлена связь тревожных состояний с повышением уровня катехоламинов (в особенности адреналина) в моче, причем центральное высвобождение этих веществ предшествует периферическому выбросу надпочечниками. Большое значение при этом придается нарушению функции "синего пятна". Это небольшое ядро в мозгу ствола мозга, которое содержит приблизительно 50% всех норадренергических нейронов ЦНС. Стимуляция "синего пятна" приводит к симпатическому возбуждению и выбросу катехоламинов, что и приводит к симптоматическим проявлениям панических реакций.

2. Предполагается связь тревожных состояний с изменением свойств бензодиазепиновых рецепторов, регулирующих метаболизм ГАМК (нейротрансмиттер), возможно в результате активации выделения метаболитов, блокирующих данные рецепторы.

3. Предполагается роль повышенного выброса серотонина.

4. Предполагается повышение чувствительности и нарушение интенсивности реагирования вентромедуллярного центра головного мозга на подпороговые уровни CO_2 и лактата, снижение переносимости физических нагрузок.

5. Предполагается повышение чувствительности септо-гиппокампальной области мозга, где производятся регистрация и сопоставление афферентной информации, поступающей из окружающего, собственного тела и памяти.

6. Панические атаки имеют серьезную генетическую основу: обнаружена семейная отягощенность по данному состоянию (заболеванием страдает 15–17 % родственников первой степени), описана также большая конкордантность у однояйцевых близнецов (80–90 %).

Возникновение панической атаки не обусловлено непосредственным физиологическим действием каких-либо веществ (например, лекарственной зависимостью или приемом препаратов) или соматическими заболеваниями (например, тиреотоксикозом).

Факторы, провоцирующие паническую атаку (вегетативный криз) [1, 5]:

1. Психогенные:

1) ситуация кульминации конфликта;
2) острые стрессовые воздействия (смерть близких, болезнь или несчастный случай и т.д.).

3) абстрактные факторы, действующие по механизму идентификации или противопоставления (фильмы, книги и т.д.).

2. Биологические:

1) гормональные перестройки.

- 2) начало половой жизни, аборты, прием гормональных препаратов.
- 3) менструальный цикл.

3. Физиогенные:

- 1) алкогольные эксцессы;
- 2) метеотропные факторы, чрезмерные физические нагрузки и т.д.

Часто можно проследить связь панического расстройства с пережитыми отрицательными эмоциями в детстве. Примерно у половины детей, страдающих школьной фобией (т. е. страхом перед школой), в подростковом возрасте появляются симптомы панических атак [3, 5, 6].

Условно можно выделить пять типов психологических травм детского возраста, оказывающих влияние на формирование таких личностных особенностей:

1. **Драматические ситуации в детстве.** Эти обстоятельства возникают, как правило, в тех семьях, где один или оба родителя страдают алкоголизмом, что порождает бурные конфликты в семье, нередко с драматическими ситуациями (угрозы убийства, драки, необходимость для безопасности покинуть дом, и нередко в ночное время, и т.д.). Предполагается, что в этих случаях возникает возможность фиксации страха по типу импринтинга (запечатления), который во взрослом состоянии при соответствующих условиях (сходной стрессовой ситуации) может внезапно возникнуть, сопровождаясь яркими вегетативными симптомами, то есть обусловить появление первой панической атаки.

2. **Эмоциональная изоляция (депривация)** возможна в тех семьях, где интересы родителей сугубо связаны с работой или другими обстоятельствами вне семьи. При этом ребенок растет в условиях эмоциональной изоляции при формально сохраненной семье.

3. Пациенты, выросшие в таких семьях, постоянно испытывают повышенную потребность в эмоциональных контактах, и их устойчивость к стрессу существенно снижается.

4. **Сверхтревожное или гиперопекающее поведение.** В таких семьях тревожность как черта поведения одного или обоих родителей определяет воспитание ребенка. Родители чрезмерно опекают и контролируют его здоровье, учебу, поступки. Тревога родителей проявляется при каждой неопределенной ситуации, выражается в постоянном ожидании опасности, несчастья и соответствующих запретах, которые они накладывают на поведение ребенка, дабы этого избежать. При этом у ребенка в ответ на социальные ситуации, с которыми он не в состоянии сам справиться, формируется ответное чувство тревоги как наследственная стереотипная реакция на стрессовую ситуацию.

5. **Постоянная конфликтная ситуация в семье.** Хронические конфликтные ситуации в семье, возникающие по разным причинам (психологическая несовместимость родителей, трудные материально-бытовые условия и так далее), создают в семье постоянную эмоциональную нестабильность. В этих условиях ребенок, эмоционально вовлекаемый в конфликт, не может эффективно влиять на него, он убеждается в бесполезности своих усилий, у него формируется чувство беспомощности. В таких ситуациях может формироваться, так называемая обученная беспомощность. В будущем при тех или иных трудных ситуациях на основании прошлого опыта пациент строит прогноз, что ситуация им не разрешима, возникает чувство беспомощности, что снижает его устойчивость к стрессу.

Нужно отметить, что здесь рассмотрены основные стрессовые ситуации, возникающие в семье родителей и приводящие не только к чувству тревожности, но и другим вариантам психологических расстройств у пациентов. Во всех этих случаях из ребенка вырастает

личность, имеющая трудности во взаимодействии с социумом и низкой стрессоустойчивостью [5, 6].

Клиника перманентных вегетативных расстройств. Поскольку ядром заболевания являются панические атаки, то уточнение их клинических проявлений является существенным фактором как для диагностики заболевания, так и для последующей выработки терапевтических рекомендаций. В классификации болезней, предложенной Американской ассоциацией психиатров в 1994 г. (DSM-IV), панические атаки являются основным проявлением панических расстройств. В последующем эта классификация уточнялась, и в настоящее время в последней ее версии – DSM-IV TR – и в МКБ-10 приняты критерии диагностики панических расстройств. Критерии планируется усовершенствовать в DSM-V, которая ожидается в 2012 г.

Диагностические критерии панических атак согласно DSM-IV TR [3, 4]:

1. пульсации, сильное сердцебиение, учащенный пульс;
2. потливость;
3. озноб, тремор;
4. ощущение нехватки воздуха, одышка;
5. затруднение дыхания, удушье;
6. боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки;
7. тошнота или абдоминальный дискомфорт;
8. ощущение головокружения, неустойчивость или предобморочное состояние;
9. ощущение дереализации, деперсонализации;
10. страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок;
11. страх смерти;
12. ощущение онемения или покалывания (парестезии);

Таким образом, приступы, состоящие из четырех или более симптомов, являются паническими приступами. Однократно возникшая паническая атака не может рассматриваться как заболевание. Если суммировать критерии, необходимые для диагностики панических атак, то они включают:

1. уточнение полисистемности вегетативных расстройств;
2. определение пароксизмальности в течении болезни;
3. выявление эмоционально-аффективных и поведенческих нарушений.

Уже по представленному выше перечню симптомов видно, что вегетативные симптомы составляют 2/3 клинической картины приступа и касаются различных систем организма: это дыхательные, кардиальные, сосудистые (центральные и периферические) реакции, изменения терморегуляции, потоотделения, нарушения желудочно-кишечных и вестибулярных функций [7, 11]. Клинические симптомы развиваются внезапно и достигают своего пика в течение 10 минут. Постприступный период характеризуется общей слабостью и разбитостью. Некоторые пациенты говорят об ощущении «облегчения» после завершения приступа. Интенсивность основного критерия панической атаки – пароксизмальной тревоги – может варьировать в широких пределах: от выраженной паники до ощущения внутреннего напряжения. Длительность панической атаки варьирует в среднем от 15 до 30 минут, некоторые пациенты описывают более длительные приступы. Большинство атак являются спонтанными, хотя существуют и ситуационно обусловленные приступы, возникающие в «угрожающих» ситуациях (необходимость покинуть собственное жилье, проезд в общественном транспорте и т. д.). Панические атаки возникают в

основном во время бодрствования, но некоторые пациенты отмечают появление приступов во сне. Крайне редко панические атаки отмечаются только во время сна [5]. Нужно отличать панические атаки от кошмарных сновидений. В результате многие пациенты с паническими атаками сна страдают от бессонницы. Как правило, панические приступы имеют тенденцию к повторению, причем с течением времени возникают все чаще, при этом реальных причин для их развития найти уже не удается. Частота приступа варьирует от ежедневных до одного в несколько месяцев. Средняя частота приступов – от двух до четырех за неделю. Поскольку панический приступ для пациента – это крайне неприятное и пугающее его ощущение, то к паническим приступам добавляется еще и постоянный страх перед их возникновением. Клиническая картина панических атак может существенно различаться. В связи с этим выделяют следующие разновидности панических атак: по предстательности симптомов, ассоциированных с паникой: большие, или развернутые, панические атаки – характерно наличие четырех и более симптомов, ассоциированных с паникой; малые – характерно наличие менее четырех симптомов, ассоциированных с паникой. Большие панические приступы возникают реже, чем малые (как правило, один раз в неделю или месяц), а малые могут возникать до нескольких раз в сутки.

Следует отметить, что полные классические вегетативные кризы в детском и подростковом возрасте встречаются редко и наблюдаются в 12,7–22 % случаев [1, 6]. Однако абортивные, моносимптомные кризы встречаются довольно часто – более чем у 50% детей с синдромом вегетативной дисфункции [1, 7]. Перманентные вегетативные расстройства могут проявляться следующими синдромами: в кардиоваскулярной системе – кардиоритмическими, кардиалгическими, кардиосенестопатическими, а также артериальной гипер- или гипотензией [8, 10]; в респираторной системе – гипервентиляционными расстройствами: ощущением нехватки воздуха, одышкой, затрудненным дыханием и т. д. [8, 12]; в гастроинтестинальной системе – диспептическими расстройствами, тошнотой, рвотой, сухостью во рту, отрыжкой, абдоминальными болями; в терморегуляционной и потоотделительной системах – неинфекционным субфебрилитетом, диффузным или локальным гипергидрозом и т. д.; в сосудистой регуляции – дистальным акроцианозом и гипотермией, феноменом Рейно, сосудистыми цефалгиями, гипотимическими состояниями, волнами жара и холода; в вестибулярной системе – несистемными головокружениями, нарушениями координации. Иногда паническое расстройство может проявляться в виде атипичного варианта: локальными или диффузными болями (головные боли, боли в животе, в позвоночнике и т. д.), мышечным напряжением, рвотой, сенестопатическими ощущениями (жар, обморожение, шевеление, переливание чего-то, пустота) и (или) психогенными (истерическими) неврологическими симптомами (ощущение «кома в горле», слабости в руке или ноге, нарушение речи или голоса, сознания и др.).

Дифференциальный диагноз. Ниже приведены те состояния и заболевания, с которыми надо дифференцировать панические атаки:

- Если основным симптомом является снижение настроения, следует дифференцировать состояние пациента с депрессией [13,14].
- Если преобладает страх и желание избежать определенных ситуаций, следует дифференцировать состояние пациента с фобическими расстройствами.

- Если имеет место злоупотребление алкоголем или препаратами, следует дифференцировать состояние пациента с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя или наркотиков;
- Заболевания сердечно-сосудистой системы [10, 11, 12] :
 - пролапс митрального клапана;
 - идиопатическая кардиомиопатия.
- Заболевания дыхательной системы [8,12].
 - обострение хронических легочных заболеваний;
 - острые астматические приступы, бронхиальная астма;
 - повторные легочные эмболии.
- Заболевания эндокринной системы [8, 15]:
 - гипертиреоз;
 - гипопаратиреоз;
 - гиперпаратиреоз;
 - гипогликемия;
 - синдром Кушинга;
 - феохромоцитома.
- Заболевания центральной нервной системы [8,12, 15]:
 - височная эпилепсия;
 - болезнь Меньера;
 - гипоталамический синдром;
 - синдром «сонных апноэ»;
 - шизофрения.
- Состояния, связанные с приемом лекарственных препаратов:
 - прием стимулирующих препаратов в течение длительного времени;
 - синдром отмены препаратов.

Первичная помощь при панических атаках.

1. Если приступ произошел впервые, необходимо попытаться определить эмоциональные факторы, которые могли спровоцировать сильное чувство тревоги, установить связь между собственными ощущениями, состоянием и предшествующими ему событиями, проанализировать эту проблему и попытаться ее решить.

2. Стараться не развигивать у себя ограничивающее поведение, даже если паническая атака произошла на улице или в транспорте. Постараться продолжать пользоваться транспортом и, насколько это возможно, вести активный образ жизни.

3. Если приступ застал в общественном месте, то постараться быстро принять лекарство и спокойно посидеть полчаса, пока не ощутите успокаивающее действие препарата. Если с собой лекарства нет, то сначала постараться успокоиться, посидеть какое-то время, а потом вернуться к себе домой. Если самочувствие не улучшается, вызвать скорую помощь.

4. Во время приступа стараться дышать ровно и спокойно, даже если хочется дышать чаще. Частое дыхание может вызвать гипервентиляционный синдром, когда при увеличении частоты дыхания нарастают чувства страха, тревоги, которые, в свою очередь, заставляют еще чаще дышать и так по кругу.

5. Если во время панической атаки начинают холодеть руки и ноги, постараться их согреть, например, под горячей водой. Можно даже принять горячую ванную, если в этот момент есть возможность. Но делать это можно только при холодных конечностях и нельзя, если наоборот бросает в жар и поднимается высокое кровяное давление. Это также поможет быстро купировать приступ.

6. Рассказать о своем состоянии кому-то из близких, кто может оказать вам поддержку [12, 15].

Лечение психовегетативных расстройств. Пациенту и его семье необходимо разъяснить следующее:

1. Стресс и беспокойство вызывают как соматические, так и психические изменения.

2. Усвоение навыков борьбы со стрессом (без применения седативных средств) – самый эффективный способ лечения. Необходимо консультировать пациента и его семью.

3. Посоветуйте пациенту ежедневно применять методы релаксации для уменьшения выраженности соматических симптомов, развившихся вследствие внутреннего напряжения.

4. Побуждайте пациента к физическим упражнениям и деятельности, приносящей удовольствие, а также к возобновлению занятий, которые помогли в прошлом.

5. Распознавание и преодоление необоснованных волнений уменьшает симптомы тревоги:

- обнаружьте необоснованные опасения и пессимистические мысли;
- обсудите, как преодолевать эти необоснованные опасения в случае их появления.

6. Методы структурированного решения проблем помогут пациентам преодолеть трудности и стрессы, усиливающие тревогу:

– выявите события, которые провоцируют необоснованное волнение – выясните и обсудите с пациентом его действия в такой ситуации, а затем закрепите то, что оказалось эффективным;

– попытайтесь наметить конкретные действия, к которым пациент может прибегнуть в ближайшие несколько недель (например, встретиться с врачом или медсестрой).

7. Часто бывают полезными регулярные физические упражнения [15,16]. Медикаментозная терапия играет вспомогательную роль при лечении панического расстройства и назначается в том случае, если симптомы тревоги сохраняются, несмотря на рекомендуемые мероприятия. Противотревожные препараты могут быть назначены на срок не более двух недель. Более длительное применение этих средств может привести к зависимости и к возвращению симптомов после прекращения терапии (указанных недостатков лишены некоторые небензодиазепиновые противотревожные препараты) [12, 16]. Для уменьшения соматических симптомов можно использовать бета-блокаторы [17]. Могут быть полезны антидепрессанты (особенно если имеют место симптомы депрессии), применение которых не приводит к формированию зависимости и возобновлению симптоматики в случае прекращения терапии [18, 19]. Рекомендуется консультация специалиста, если симптомы тревоги длятся более трех месяцев [15, 20] .

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты изучения многочисленных литературных источников свидетельствуют о довольно широкой распространенности синдрома панических атак в детском возрасте, сложности своевременной диагностики вследствие того, что трактовка пациентом и его родителями панической атаки как проявления какого-либо соматического заболевания приводит к частым посещениям врачей общей практики и консультациям у специалистов различного профиля. Вследствие этого данная патология поздно диагностируется и зачастую прослеживаются тенденции к затяжному и хроническому течению. Уточнение этиологии, клинических проявлений панических атак является существенным фактором как для своевременной диагностики заболевания, так и для последующей выработки оптимальных терапевтических рекомендаций.

Перспективным является дальнейшее изучение проблемы панических атак у детей для повышения уровня диагностики и своевременного лечения данной патологии.

SUMMARY

PANIC ATTACKS IN CHILDREN

A.I. Smiyan, A.M. Yemets, Y.S. Amelina, E.A. Lazebnik*,*

Medical Institute of Sumy State University, Sumy;

** Sumy City Children's Clinical Hospital. St. Zinaida*

The article presents current information on the epidemiology, etiology, clinical manifestations and diagnosis of panic attacks in children. It reflects current theories of the pathogenesis of panic attacks. We present the principles of primary care and treatment of panic disorder.

Key words: *panic attacks, children, autonomic crises, panic reaction.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Панические атаки. Руководство для врачей / А.М. Вейн, Г.М. Дюкова, О.В. Воробьева, А.В. Данилов и др. - М.: Наука, 2004. - 403 с.
2. Abbar M. Panic disorder and panic attack // *Encephale*. - 2006. - Vol.22 (5). - P.13-18.
3. Kushner M.G., Beitman B.D. Panic attacks without fear: an overview// *Behav. Res. Ther.* - 2001. - Vol.28. - P. 469-479.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders // *Journ. Clin. Psychiatry*. - 2000. - Vol. 155. - P. 1-34.
5. Sheehan D.V. The management of panic disorder/ D.V. Sheehan // *Journ. Clin. Psychiatry*. - 2002. - Vol.14. - P.17-21.
6. Weissmann M.M. The epidemiology of anxiety and panic disorders: an update / M.M. Weissmann, K.R. Merikangas // *Journ. Clin. Psychiat.* - 2004. - Vol.47(6). - P. 11-17.
7. Кредитор Д. Паническое расстройство и коморбидные состояния/ Д. Кредитор. - М., 2006. - С. 66-75.
8. Panic disorder and chest pain: mechanisms, morbidity, and management Primary care companion / Jeff C. Huffman, Mark H. Pollack et al. // *Journ. Clin. Psychiat.* - 2002. - Vol. 24. - P.73-86
9. Katon W.S. Chest pan, cardiac disease and panic disorder / W.S. Katon // *Journ. Clin. Psychiat.* - 2004. - Vol.51. - P. 27-30.
10. Смулевич А.Б. Психокardiология / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин. - М., 2007. - 508 с.
11. Jeffrey S. Mastering panic anxiety. Primary care companion / S. Jeffrey, M.D. Cluver // *Journ. Clin Psychiat.* - 2002. - Vol.4. - P.155-157.
12. Corregiari F.M. Panic attacks - the differential diagnosis and treatment/ F.M. Corregiari, I.M. Braun // *Journ. Clin. Psychiat.* - 2003. - Vol.5. - P. 96-112.
13. Sartorius N. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care / Sartorius N., Ustun T.B., Lecrubier Y. // *Br. J. Psychiatry*. - 2001. - Vol.168. - P. 38-43.
14. Ballenger J.C. Comorbidity of panic and depression: implications for clinical management / J.C. Ballenger // *Int. Clin. Psychopharmacol.* - 2004. - Vol.13(4). - P.13-17.
15. Boerner R.J., Moller H.J. Panic attacks - the differential diagnosis and treatment. - 2006. - Vol.3 (4). - P.168-177.
16. Doyle A. Long-term management of panic disorder/ A. Doyle, M.H.Pollack // *Journ. Clin. Psychiat.* - 2004. - Vol. 65(5). - P. 24-28.
17. Ham P. Treatment of panic disorder / P. Ham, D.B. Waters, M.N. Oliver // *Am. Fam. Physician.* - 2005. - Vol.7, № 4. - P.733-739.
18. Matthew S.J. Management of treatment-refractory panic disorder / S.J. Matthew, J.D. Coplan, J.M. Gorman // *Psychopharmacol Bull.* - 2001. - Vol.35(2). - P. 97-110.
19. Steven R. A review of the Diagnosis, pharmacologic treatment, and economic aspects of anxiety disorders. Primary care companion / Steven R., Arikian M.D., Jack M., Gorman M.D. // *Journ. Clin. Psychiat.* - 2001. - Vol.3. - P. 110-117.
20. Вейн А.М. Психотерапия в лечении вегетативных кризов (панических атак) и психофизиологические корреляты ее эффективности / А.М. Вейн, Г.М. Дюкова, О.П. Попова // *Социальная и клиническая психиатрия*. - 2003. - № 4. - С. 98-108.

Поступила в редакцию 26 октября 2010 г.