

# СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

## У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Тревожные расстройства, наряду с астеническими, депрессивными и ипохондрическими, часто наблюдаются у больных пожилого возраста в общемедицинской практике. В среднем считается, что примерно треть неврологических пациентов страдают тревогой. Тревожное расстройство выявляется более чем у 65% больных с хронической цереброваскулярной недостаточностью. У этих больных часто отмечается преобладание соматических симптомов над психическими, что может приводить к трудностям дифференциальной диагностики тревоги и соматической патологии. Тревога приводит к дополнительному снижению качества жизни пациента, нарушению социальной активности. У этой категории пациентов повышается риск развития ряда соматических заболеваний, осложняется течение и ухудшается прогноз существующей патологии. Депрессия и тревога являются весьма часто коморбидными состояниями. Буспирон является одним из препаратов выбора для лечения тревожных расстройств у пожилых пациентов и больных с сопутствующей соматической патологией.

**Ключевые слова:** генерализованное тревожное расстройство, депрессия, агонисты 5-HT<sub>1A</sub>-серотониновых рецепторов, буспирон.

A.N. BOGOLEPOVA, MD, Prof., E.A. KOVALENKO, E.V. MAKHNOVICH

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS IN ELDERLY PATIENTS

Anxiety disorders, along with asthenic, depressive and hypochondriac ones are often observed in elderly patients in general practice. It is believed that about a third of neurological patients suffer from anxiety. Anxiety disorder is revealed in more than 65% of patients with chronic cerebrovascular insufficiency. In these patients a predominance of somatic symptoms over the mental ones is observed, which may lead to difficulties of differential diagnosis of anxiety and somatic pathology. Anxiety leads to a further reduction of patient's quality of life, disruption of social activity. In this category of patients the risk of development of some somatic diseases, complicated course and worse prognosis of the existing disease are developed. Depression and anxiety are very often comorbid conditions. Buspirone is one of the drugs of choice for treatment of anxiety disorders in the elderly and patients with concomitant somatic pathology.

**Keywords:** generalized anxiety disorder, depression, agonists 5-HT<sub>1A</sub>-serotonin receptors, buspirone.

Тревога является достаточно частой проблемой. Распространенность тревожного расстройства за год составляет 1,7–3,4%, в течение жизни – 4–8% [1]. Частота встречаемости тревоги увеличивается с возрастом, неуклонно повышаясь после 40 лет. Наибольшая распространенность отмечается в возрасте от 45 до 59 лет (7,7%) [1]. Чаще тревожные расстройства выявляются у женщин, в соотношении примерно 4:1.

Тревога представляет собой расплывчатый, длительный и смутный страх по поводу будущих событий. Она возникает в ситуациях, когда еще нет (и может не быть) реальной опасности для человека, но он ждет ее, беспокоится, боится с ней не справиться. Это ожидание неопределенной опасности, неблагоприятного развития событий. Тревога, как правило, протекает на фоне одного или нескольких соматических ощущений, например, чувства стеснения в груди, потливости, затрудненного дыхания, головокружения или дискомфорта в эпигастрии.

Психические симптомы тревоги включают в себя раздражительность, нетерпеливость, беспокойство по мелочам, ощущение взвинченности, пребывание на грани срыва, невозможность сконцентрироваться, ухудшение

памяти, страхи. У пациентов с тревогой часто присутствуют чувство внутреннего напряжения, невозможность расслабиться, скованность, бессонница и, соответственно, пониженная работоспособность. Характерными являются симптомы хронического мышечного напряжения: головные боли и миалгии, боли в спине (часто трактуемые как остеохондроз), разнообразные мышечные боли, суетливость, дрожание рук. Обязательным проявлением тревожного расстройства является наличие симптомов вегетативной дисфункции в виде повышенной потливости, покраснения лица, ощущения сердцебиения и повышения артериального давления, сухости во рту и ощущение кома в горле или нехватки воздуха, диспепсии, нарушения стула и т. д.

У больных с тревожным синдромом всегда присутствуют собственно эмоциональные проявления, изменения поведения, связанные с тревожным расстройством, и вегетативная дисфункция. При этом важно помнить, что соотношение и выраженность этих симптомов могут быть индивидуальными.

Тревожные расстройства, наряду с астеническими, депрессивными и ипохондрическими, часто наблюдаются

у больных пожилого возраста в общемедицинской практике. У пожилых людей чаще возникают опасения по поводу своего состояния здоровья, беспокойство в связи с развивающейся психической и физической несостоятельностью, изменением внешнего вида, возникает страх одиночества или смерти. Страх и беспокойство вызывают даже те события, которые реально не представляют серьезной угрозы.

У больных с соматической патологией частота тревожных расстройств гораздо выше, чем в популяции в целом. Исследования пациентов общей медицинской практики выявили, что распространенность генерализованного тревожного расстройства в течение года составляет от 2,8 до 8,5% [2].

Однако при целом ряде соматических заболеваний вероятность возникновения тревоги еще более значительно увеличивается, особенно у пациентов с неврологической патологией. В среднем считается, что примерно треть неврологических пациентов страдают тревогой. Было показано, что распространенность генерализованного тревожного расстройства у больных, перенесших инсульт, достигала 43,4% [3].

Проведенные на нашей кафедре исследования показали наличие тревожного расстройства более чем у 65% больных с хронической цереброваскулярной недостаточностью [4]. При использовании в качестве скринингового теста у 108 больных Госпитальной шкалы тревоги и депрессии клинически значимые расстройства были выявлены у 70 (64,81%) больных из 108 обследованных пациентов. Применение шкалы самооценки тревоги Шихана показало наличие клинически значимой тревоги у 73 (67,6%) больных. Достоверно чаще выявлялись тревожные расстройства у пациентов старшего возраста, у лиц женского пола, одиноких. Частота и тяжесть тревожного расстройства определялась степенью церебрального сосудистого поражения. Риск развития тревоги и ее выраженность были достоверно выше при наличии атрофии головного мозга, лейкоареоза и лакунарных инфарктов, выявленных по данным нейровизуализации.

***Психические симптомы тревоги включают в себя раздражительность, нетерпеливость, беспокойство по мелочам, ощущение взвинченности, пребывание на грани срыва, невозможность сконцентрироваться, ухудшение памяти, страхи***

Наиболее частыми проявлениями тревоги у больных с цереброваскулярной недостаточностью являлись ощущение внутреннего напряжения, невозможность расслабиться, раздражительность и нетерпеливость, беспокойство по мелочам, трудности засыпания, ухудшение памяти и концентрации внимания. На соматическом уровне тревога проявлялась в сердечно-сосудистой системе лабильностью артериального давления, тахикардией, экстрасистолией, болями в области сердца, возникаю-

щими при эмоциональном напряжении и не поддающимися традиционной терапии; в респираторной системе – ощущением нехватки воздуха, одышкой; в гастроинтестинальной системе – ощущением практически постоянной тошноты, сухостью во рту и ощущением вздутия живота; в терморегуляторной системе – ознобом, гипергидрозом.

***При использовании в качестве скринингового теста у 108 больных Госпитальной шкалы тревоги и депрессии клинически значимые расстройства были выявлены у 70 (64,81%) больных из 108 обследованных пациентов***

Проведенный анализ показал преобладание у обследованных нами больных жалоб соматического характера (от 90 до 100%): за грудинные боли, чувство сдавления в груди, слабость, дурнота, головокружение, головные боли, неустойчивость, покалывание в разных частях тела, неспособность расслабиться, нарушение сна, приступы тревоги, чрезмерное беспокойство о своем здоровье, усталость, слабость, быстрая истощаемость, частые перепады настроения. Частота таких жалоб, как чувство нереальности, отстраненности, ощущения «нахождения вне тела», страх смерти, предчувствие «свершения чего-то ужасного», страх помешательства, навязчивые мысли, образы, навязчивые действия относительно невелика (от 10 до 20%) [4].

Полученные данные показали преобладание соматических симптомов над психическими в рамках тревожных расстройств у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией, что может приводить к трудностям дифференциальной диагностики тревоги и соматической патологии.

Большинство больных могут относить появление у них необычных телесных ощущений, измененного самочувствия, пониженного настроения, тревоги, раздражительности, нарушения сна, когнитивных расстройств к проявлениям основного соматического заболевания [5]. Это в значительной мере затрудняет диагностику тревожных симптомов.

Тревога, возникающая на фоне любого неврологического заболевания, неизбежно приводит к дополнительному снижению качества жизни пациента, нарушению социальной активности. У этой категории пациентов повышается риск развития ряда соматических заболеваний, осложняется течение и ухудшается прогноз существующей патологии. По данным социологического опроса 1600 респондентов, проведенного в 42 регионах РФ Всероссийским центром изучения общественного мнения, на тему «Национальный диагноз – 2009», 33% жителей России считают, что главная причина болезней россиян – беспокойства и тревоги [6]. В связи с наличием и высокой частотой соматических симптомов больные считают, что у них развилось какое-то соматическое заболевание, и обращаются за помощью к врачам общемедицинской сети. Взрослые лица, имеющие симптомы тревоги, в 6 раз чаще посещают кардиолога, в 2,5 раза – рев-

матолога, в 2 раза – невролога, уролога и оториноларинголога, в 1,5 раза чаще – гастроэнтеролога и в 1,5 раза чаще обращаются за помощью в стационар [7]. Но не следует забывать о том, что тревожные расстройства являются факторами риска различных соматических заболеваний, повышая вероятность болезней сердца (в том числе ишемической болезни сердца) в 5,9 раза, желудочно-кишечного тракта – в 3,1 раза, болезней органов дыхания и мигрени – в 2,1 раза, артериальной гипертензии, инфекций и кожных болезней – в 1,7 раза, болезней суставов – в 1,6 раза, почек – в 1,5 раза, обмена веществ – в 1,25 раза, аллергических заболеваний – в 1,2 раза [8]. Больные, страдающие тревогой, как правило, имеют низкую комплаентность, что в значительной мере затрудняет реабилитацию и вторичную профилактику.

**По данным социологического опроса 1600 респондентов, проведенного в 42 регионах РФ Всероссийским центром изучения общественного мнения, на тему «Национальный диагноз – 2009», 33% жителей России считают, что главная причина болезней россиян – беспокойства и тревоги**

Развитие тревожных расстройств у пожилых пациентов может вызывать значительные трудности в связи с существующим стереотипом о «возрастных характерологических» изменениях, наличием у них когнитивного дефицита (нарушение концентрации внимания, снижение скорости протекания психических процессов и т.д.), нарушения процессов психологической адаптации [9]. Определенный вклад в формирование тревожных расстройств может вносить изменение гормонального фона, связанное с развитием климактерического периода.

Депрессия и тревога являются весьма часто коморбидными состояниями. Так, у больных с эндогенной депрессией частота тревожной симптоматики достигает 96%, в то же время при тревожных состояниях частота депрессии составляет 83%.

Следует отметить, что коморбидные тревожно-депрессивные состояния характеризуются некоторыми отличительными особенностями, включающими более глубокую и тяжелую симптоматику, затяжное и хроническое течение, плохой прогноз, высокий риск суицидов, плохой эффект терапии. Наличие первичного генерализованного тревожного расстройства повышает риск развития первого депрессивного эпизода в 4,5–9 раз, почти в 2 раза увеличивает продолжительность депрессии [7].

Депрессия и тревожные расстройства влекут за собой огромные социально-экономические потери и обходятся мировой экономике в 1 трлн долл. ежегодно. Причем количество распространенных психических расстройств ежегодно растет во всем мире. Между 1990 и 2013 гг. количество людей, страдающих от депрессии и/или тревоги, увеличилось почти на 50%. По оценкам ВОЗ, во время чрезвычайных ситуаций по крайней мере 1 из 5 человек страдает от депрессии и тревоги [10].

Тревожное расстройство рассматривается как патологический процесс, имеющий хроническое течение с высокой частотой рецидивности [2]. Наблюдение за больными на протяжении длительного времени (максимально до 12 лет) продемонстрировало сохранение основных появлений заболевания [11]. Это свидетельствует о необходимости проведения целенаправленной терапии.

Наиболее часто в лечении тревожных расстройств используются транквилизаторы, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). В течение длительного времени основным подходом в лечении тревожных расстройств было назначение бензодиазепинов. Эти препараты имеют в большинстве случаев выраженный анксиолитический эффект, который наступает достаточно быстро. Они также эффективны в отношении вегетативных нарушений, сопровождающих тревожное расстройство. В то же время их назначение на срок более 1 мес. является нежелательным. При их применении часто отмечается выраженный седативный эффект, миорелаксация, увеличение времени реакции, что крайне нежелательно. При длительном приеме бензодиазепинов могут возникнуть когнитивные нарушения, связанные с трудностями концентрации внимания, снижением реакции, замедлением мыслительных процессов, и синдром отмены, заключающийся в усилении психических и соматических проявлений тревоги.

Использование современных групп антидепрессантов хорошо себя зарекомендовало, они продемонстрировали свою высокую эффективность. Недавно проведенный метаанализ результатов исследования различных психофармакологических препаратов подтвердил преимущества антидепрессантов (сертралин, флуоксетин, дулоксетин и эсциталопрам) в лечении и профилактике обострений генерализованного тревожного расстройства [12].

Однако действие всех этих антидепрессантов наступает через 10–14 дней после начала терапии, что не всегда приемлемо для этих пациентов.

Необходим препарат, действующий комплексно как на психические, так и на соматические симптомы тревожных расстройств, высокоэффективный, оказывающий быстрое действие, с минимальным количеством побочных эффектов и риском лекарственных взаимодействий. Препарат не должен оказывать негативное воздействие на когнитивные функции пациента и восстанавливать качество его жизни.

Одним из таких препаратов является буспирон (Спитомин), который оказывает анксиолитическое и антидепрессивное действие, нормализуя работу серотонинергической и дофаминергической систем. Препарат является частичным агонистом 5-HT<sub>1A</sub>-серотониновых рецепторов, также селективно блокирует пресинаптические дофаминовые рецепторы и повышает скорость возбуждения дофаминовых нейронов среднего мозга.

В отличие от классических анксиолитиков, буспирон не обладает отрицательным влиянием на психомоторные

функции, седативным, снотворным и миорелаксирующим эффектами. Не потенцирует действие алкоголя. При его использовании не отмечается развитие толерантности, лекарственной зависимости и синдрома «отмены». Среди преимуществ использования бупириона следует указать быстрое наступление эффекта, возможность сочетания с другими психотропными препаратами, отсутствие негативного влияния на сексуальные функции и массу тела [13]. Препарат имеет линейную фармакокинетику, которая не претерпевает возрастных изменений, что очень облегчает подбор дозы препарата пожилому больному.

По анксиолитической активности бупирион может быть сопоставлен с бензодиазепинами. В частности, было показано, что он эквивалентен диазепаму по эффективности при меньшей частоте развития нежелательных явлений [14].

Двойное слепое плацебо-контролируемое многоцентровое исследование 367 женщин по сравнению эффективности бупириона и диазепама в лечении генерализованного тревожного расстройства наблюдало пациентов в течение 4-недельного периода. Среднесуточные дозировки составили для бупириона 24,5 мг и для диазепама 20,8 мг. Результаты показали, что оба препарата были примерно одинаковы по эффективности и превосходили плацебо. Менструации и возникновение предменструального синдрома не изменяли анксиолитической активности. Пациенты, принимавшие диазепам, отмечали значительно больше количество побочных эффектов, таких как сонливость, слабость, усталость, дискоординация и депрессия [15].

Бупирион в равной степени воздействует и на психические, и на соматические симптомы тревоги. Ретроспективный анализ результатов 6 двойных слепых исследований продемонстрировал более ранний регресс психической симптоматики уже в конце первой недели терапии [16].

Время наступления клинического эффекта примерно сопоставимо у бензодиазепинов (диазепам, оксазепам, бромазепам) и бупириона [13].

Следует особо отметить хорошую переносимость препарата. В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании отмечено, что бупирион вызывал меньше побочных эффектов, чем лоразепам, и не отличался от плацебо в этом отношении [17].

**В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании отмечено, что бупирион вызывал меньше побочных эффектов, чем лоразепам, и не отличался от плацебо в этом отношении**

Анксиолитическая эффективность бупириона была подтверждена Кохрановской библиотекой, где выполнили метаанализ 36 исследований, включавших 5 908 участников, по оценке эффективности препаратов, которые влияют на 5-HT<sub>1A</sub>-рецепторы (включая бупирион). Результаты продемонстрировали превосходство бупириона по сравнению с плацебо в лечении генерализо-

**СПИТОМИН®**  
БУСПИРОН таблетки 10 мг № 60

свобода от тревог

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата СПИТОМИН® (бупирион)

**Форма выпуска.** Таблетки 10 мг, по 60 таблеток в пакете.

**Показания к применению.** Генерализованное тревожное расстройство; паническое расстройство; синдром вегетативной дисфункции; вспомогательная терапия депрессивных расстройств и алкогольного абстинентного синдрома.

**Способ применения и дозы.** Рекомендуемая начальная доза – 15 мг/сут в 2-3 приема; ее можно повышать по 5 мг/сут каждые 2-3 дня. Максимальная однократная доза – 30 мг. Обычная доза 20-30 мг/сут, максимальная – 60 мг/сут.

**Противопоказания.** Тяжелая почечная недостаточность (СКФ ниже 10 мл/мин); тяжелая печеночная недостаточность (протромбиновое время более 18 секунд); одновременное (недавнее) применение ингибиторов МАО; глаукома; миастения; детский возраст до 18 лет; лактация; беременность.

**Меры предосторожности.** Пациентам с циррозом печени, при легкой и умеренной почечной недостаточности следует назначать сниженные дозы. Пациентам пожилого возраста следует назначать низшие возможные эффективные дозы, а в случае повышения дозы следует устанавливать тщательное наблюдение за пациентом. Требуется осторожность при одновременной глаукоме и миастении. После длительной бензодиазепиновой терапии Спитомин следует давать только после завершения периода постепенного снижения дозы бензодиазепинов. Спитомин не вызывает привыкания, однако его введение пациентам с предрасположенностью к лекарственной зависимости требует тщательного контроля. Пациенты с сильной тревогой нуждаются в тщательном наблюдении в начальном периоде терапии. Во время лечения Спитомином следует избегать употребления алкогольных напитков.

**Побочные эффекты.** Спитомин хорошо переносится. Побочные эффекты, если они наблюдаются, обычно возникают в начале курса лечения и затем исчезают, несмотря на продолжение приема препарата. В некоторых случаях необходимо снижение дозы. Наиболее часто отмечаются боль в груди, головокружение, головная боль, повышенная нервная возбудимость, нарушения сна, шум в ушах, ларингит, отек слизистой носа. Пациентам следует рекомендовать не употреблять в пищу грейпфруты и не пить грейпфрутовый сок в значительных количествах, т.к. эти продукты могут повысить уровень бупириона в плазме крови и привести к увеличению частоты или тяжести побочных эффектов.

Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению.

РУ П N013159/01 от 27.12.2007

ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС». Представительство в России.  
121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, 8.  
Тел: (495) 363-39-66, Факс: (495) 789-66-31.  
E-mail: moscow@egis.ru, www.egis.ru

**EGIS**

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

ванного тревожного расстройства. Особо была отмечена хорошая переносимость препарата, что способствовало большей приверженности терапии [18].

Существует целый ряд дополнительных возможностей применения препарата. Исследование пациентов с развившейся сексуальной дисфункцией на фоне приема СИОЗС показало дополнительную целесообразность использования буспилона у этой категории пациентов [19, 20].

**Анксиолитическая эффективность буспилона была подтверждена Кохрановской библиотекой, где выполнили метаанализ 36 исследований, включавших 5 908 участников, по оценке эффективности препаратов, которые влияют на 5-HT1A-рецепторы (включая буспирон)**

Буспирон может быть также использован как средство аугментации, то есть препарата, способного усилить ответ пациента на принимаемый антидепрессант. В настоящее время буспирон разрешен к применению в качестве дополнения к антидепрессантам при терапии депрессии. В исследованиях продемонстрирована способность буспилона усиливать действие СИОЗС при их одновременном применении, а также собственный антидепресс-

сивный эффект буспилона, особенно в клинических случаях, резистентных к терапии СИОЗС [21].

Особый интерес представляет оценка эффективности буспилона у пожилых. В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании провели сравнение терапии генерализованного тревожного расстройства сертралином и буспилоном у лиц старше 60 лет. Оба препарата (сертралин и буспирон) показали значительную анксиолитическую эффективность, однако через 2 и 4 недели терапии буспирон значительно превосходил сертралин ( $p < 0,001$ ), что свидетельствовало о более быстром наступлении клинического эффекта. В конце периода исследования (8 недель) эти различия не достигали статистической значимости между препаратами. Была отмечена хорошая переносимость обоих препаратов лицами пожилого возраста. Таким образом, проведенное исследование доказало эффективность и безопасность терапии буспилоном генерализованного тревожного расстройства у пожилых [21]. Это исследование еще раз подтвердило полученные ранее данные о возможности применения буспилона у лиц полого и старческого возраста [22, 23].

Таким образом, буспирон является одним из препаратов выбора для лечения тревожных расстройств у пожилых пациентов и больных с сопутствующей соматической патологией.



**ЛИТЕРАТУРА**

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatr*, 2005, 62: 593-602.
2. Вельтищев Д.Ю., Марченко А.С. Генерализованное тревожное расстройство: проблемы диагностики, прогноза и психофармакотерапии. *Современная терапия психических расстройств*, 2013, 1: 29-35.
3. Петрова Е.А., Савина М.А., Концевой В.А., Скворцова В.И. Клинические особенности постинсультных тревожных расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 2012, 112(9): 12-16.
4. Смирнова М.Ю. Депрессивные расстройства у больных дисциркуляторной энцефалопатией. Канд. дисс. М., 2012.
5. Подрезова Л.А., Маркина Т.Р., Сейку Ю.В. Психические нарушения у пожилых терапевтических больных. *Альманах клинической медицины*, 2014, 35: 89-93.
6. Пресс-выпуск ВЦИОМ №1346, <http://wciom.ru/index.php?id=236&uid=12642>.
7. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике. *РМЖ*, 2004, 12(22): 2-7.
8. Harter MC, Conway KP, Merikangas KR. Associations between anxiety disorders and medical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2003, 253: 313-320.
9. Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Цереброваскулярные расстройства в пожилом возрасте. *Практическая медицина*, 2010, 1: 1-56.
10. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/en/>
11. Yonkers KA, Dyck IR, Warshaw MG, Keller MB. Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder. *Brit J Psychiatr*, 2000, 176: 544-549.
12. Baldwin D, Woods R, Lawson R, Taylor D. Efficacy of drug treatments for generalized anxiety disorder: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2011, 342: 433-437.
13. Fulton B, Brogden RN. Buspiron: an updated review of its clinical pharmacology and therapeutic applications. *CNS Drugs*, 1997, 7(1): 68-88.
14. Jacobson AF, Dominguez RA, Goldstein BJ, Steinbook RM. Comparison of Buspiron and Diazepam in Generalized Anxiety Disorder. *Pharmacotherapy*, 1985, 5(5): 290-296.
15. Cohn JB, Rickels K. A pooled, double-blind comparison of the effects of buspiron, diazepam and placebo in women with chronic anxiety. *Curr. Med. Res. Opin.*, 1989, 11: 304-320.
16. Feighner JP, Cohn JB. Analysis of individual symptoms in generalized anxiety – a pooled, multistudy, double-blind evaluation of buspiron. *Neuropsychobiology*, 1990, 21: 124-130.
17. Delle Chiaie R, Pancheri P, Casacchia M, Stratta P, Kotzalidis GD, Zibellini M. Assessment of the efficacy of buspiron in patients affected by generalized anxiety disorder, shifting to buspiron from prior treatment with lorazepam: a placebo-controlled, double-blind study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1995, 15(1): 12-19.
18. Chessick CA, AllenMH, ThaseME, Batista Miralha da Cunha AABC, Kapczinski FFK, Silva de LimaM, dos Santos Souza JJSS. Azapirones for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 3. Art. No.: CD006115. DOI: 10.1002/14651858.CD006115.
19. Norden MJ. Buspiron treatment of sexual dysfunction associated with selective serotonin reuptake inhibitors. *Depression*, 1994, 2: 109-112.
20. Landen M, Eriksson E, Agren H, Fahlen T. Effect of buspiron on sexual dysfunction in depressed patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1999, 19(3): 268-271.
21. Дамулин И.В., Суворова И.А. Современная концепция повышения эффективности терапии антидепрессантами. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 2015, 3: 106-112.
22. Mokhber N, Azarpazhooh MR, Khajehdaluae M, Velayati A, Hopwood M. Randomized, single-blind, trial of sertraline and buspiron for treatment of elderly patients with generalized anxiety disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2010, 64: 128-133.
23. Ritchie LD, Cox J. A multicentre study of buspiron in the treatment of anxiety disorders in the elderly. *Br J Clin Res*, 1993, 4: 131-9.
24. Robinson D, Napoliello MJ, Schenk J. The safety and usefulness of buspiron as an anxiolytic drug in elderly versus young patients. *Clin Ther*, 1988, 10(6): 740-6.