



Российское общество психиатров



Национальное руководство

Психиатрия

Главные редакторы
чл.-кор. РАН Ю.А. Александровский,
проф. Н.Г. Незнанов



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

2-е

издание.

переработанное
и дополненное

терапевтические рекомендации весьма относительны. В случаях, сопряженных с нарушениями работоспособности и вообще социального функционирования, важен максимально возможный объем анамнестических данных и установление по настоящему партнерских отношений с пациентом.

КОМОРБИДНОСТЬ

Как и другие расстройства аффективного спектра, циклотимия не лишена определенной уязвимости к экзогенным вредностям и склонности к коморбидной соматоневрологической патологии. Однако аспекты связей циклотимии и других заболеваний изучены крайне недостаточно. По крайней мере какие-либо доказательные данные практически отсутствуют и требуют специальных исследований.

Список литературы

1. Каннабих Ю.В. Циклотимия, ее симптоматология и течение. М. : Печатня С.И. Яковлева, 1914. 418 с.
2. Кречмер Э. Строение тела и характер. Л. : Госиздат, 1924. 304 с.
3. Плетнев Д.Д. К вопросу о соматической циклотимии // Русская клиника. 1927. № 36. С. 496-497.
4. Akiskal H.S. Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders : a review // Bipolar Disorder / eds M. Maj M. et al. Chichester : Wiley and Sons, 2002. P. 1-52.
5. Marneros A. Die vielen Gesichter der Bipolaritet // ASffektive Storungen. Stuttgart : Schattauer, 2013. S. 48-57.

12.5. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Ю.В. Попов, А.А. Пичиков

Одной из основных характеристик расстройств аффективного спектра являются изменения в настроении (аффекте) депрессивного или маниакального характера, при этом в классификациях МКБ-10 и DSM-V существуют различные категории этих нарушений.

МКБ-10 содержит семь основных категорий аффективных расстройств: F30 - маниакальный эпизод; F31 - БАР; F32 - депрессивный эпизод; F33 - рекуррентное депрессивное расстройство; F34 - хронические аффективные расстройства (дистимия, циклотимия); другие (F38) и неуточненные (F39) аффективные расстройства. При этом как депрессивные, так и маниакальные нарушения имеют определенные характеристики тяжести течения эпизода (гипомания, мания с/без психотических

симптомов; депрессия легкая, умеренная, тяжелая с/без психотических симптомов). В МКБ-11 планируется выделение БАР I и II типа, т.е. та классификация, которая в настоящее время используется в DSM-V. Перечисленные выше расстройства у ребенка могут соответствовать классификационным критериям в полной мере, как правило, начиная со среднего пубертатного периода (14-15 лет). Однако и в более раннем возрасте могут наблюдаться аффективные расстройства, которые частично соответствуют предложенным критериям у взрослых, но сами проявления при этом носят специфические, характерные для определенного возраста особенности. В частности, ребенку, у которого выявляется стойкое диссоциальное, агрессивное поведение в сочетании с симптомами депрессии и тревоги, может быть поставлен диагноз F 92.0 - депрессивное расстройство поведения. Депрессивные состояния у подростков, связанные с индивидуально значимым стрессом и часто сочетающиеся с тревогой и беспокойством, также могут быть отнесены к другим рубрикам МКБ-10, например при расстройствах адаптации (F43.20 - кратковременная депрессивная реакция; F43.21 - пролонгированная депрессивная реакция; F43.22 - смешанная тревожная и депрессивная реакция и др.).

12.5.1. Депрессия у детей и подростков

До недавнего времени считалось, что депрессивные расстройства у детей и подростков являются достаточно редкими феноменами. Предполагалось, что дети в связи с еще недостаточно развитыми эмоционально-когнитивными функциями не способны переживать те же состояния, что и взрослые. В свою очередь аффективные нарушения у подростков рассматривались как естественные проявления этапов взросления, как особенности «трудного подросткового периода». Однако за последние 30 лет возникло переосмысление подобных нарушений у детей и подростков. Использование структурированных клинических интервью позволило выяснить, что синдромы аффективных нарушений во многом схожи с такими же синдромами в клинической картине различных расстройств настроения у взрослых. Вместе с тем отмечаются и такие присущие в целом для населения тенденции, как рост аффективных нарушений, особенно депрессивных расстройств, а также значительный рост суицидальных попыток у молодежи, что нередко связывается с наличием аффективной патологии.

Большинство врачей в настоящее время для постановки диагноза депрессивного расстройства у детей и подростков используют диагностические алгоритмы для взрослых, предлагаемые в классификациях МКБ-10 или DSM-V. В их основе лежит понимание депрессивного расстройства как эпизодического, имеющего различные

степени тяжести (легкой, средней, тяжелой), характеризующегося подавленным настроением, утратой интересов и удовольствия, уменьшения энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности, и связанного с другими симптомами (низкой самооценкой, суицидальными мыслями и/или действиями, нарушенным сном, сниженным аппетитом и др.). Также в классификациях выделяются непсихотическая и психотическая депрессия, которая дополняется наличием конгруэнтного аффекту бреда, галлюцинаций или депрессивного ступора. Следует отметить, что психотические формы депрессий редко встречаются до середины подросткового возраста, при этом наличие психотических симптомов свидетельствует о более неблагоприятном прогнозе развития расстройства в дальнейшем и увеличении риска развития БАР.

Использование взрослых диагностических критериев вместе с тем имеет некоторые ограничения. Подобные критерии в наименьшей степени применимы в младших возрастных группах, когда необходимо определить влияние возрастных особенностей эмоционального реагирования на формирование аффективной патологии. Другой проблемой является достаточно частое наличие сопутствующей психической патологии у детей и подростков. В МКБ-10 предполагается, что смешанная клиническая картина, более вероятно, является следствием одного нарушения с различными проявлениями, в отличие от DSM-V, которая позволяет клиницисту диагностировать несколько, предположительно разных, нарушений, выставляя, таким образом, сразу несколько диагнозов. Примером подобного диагноза в МКБ-10 может являться категория смешанных расстройств поведения и эмоций (F92), включающая подкатегорию депрессивного расстройства поведения (F92.0) у детей и подростков, диагностируемого при сочетании расстройств поведения (агрессивного, диссоциального или вызывающего характера) с постоянной выраженной депрессией. Данная рубрика является весьма полезной, поскольку позволяет выставить при первичной диагностике реабилитационный диагноз, который может быть пересмотрен при дальнейшем наблюдении за ребенком. В детско-подростковой практике также не всегда ясно, явилось ли аффективное расстройство первичным, нарушая социальное функционирование ребенка, или напротив, естественное столкновение с трудностями в общении, учебе или семье явилось причиной подавленного настроения. В этом случае может помочь анализ длительности данных нарушений, а также способности справляться с подобными трудностями ранее.

Заболеваемость депрессивным расстройством за год в пубертатном периоде составляет около 1-2%, при этом подобный показатель оценивается у детей в препубертатном возрасте в пределах 0,1%. Увеличение заболеваемости депрессивным расстройством происходит во время раннего пубертатного периода. Большинство исследований показали, что в препубертатном периоде не существует гендерных различий в распространенности депрессии или имеется незначительное преобладание мальчиков. Однако к концу подросткового возраста отмечается значительное преобладание лиц женского пола с депрессией, при этом данное различие сохраняется и у взрослых.

Основными особенностями депрессивного расстройства у детей и подростков являются эмоциональные, когнитивные, мотивационные изменения и нейровегетативные симптомы. Главным эмоциональным симптомом является подавленное настроение. Оно может быть описано как печальное, сниженное, грустное. В некоторых случаях подростки могут говорить вообще об отсутствии настроения, словно оно «никакое». Подобные высказывания выражают отсутствие удовольствия от жизни, сниженный гедонистический компонент эмоциональности. Иногда дети могут отрицать сниженное настроение или грусть, однако признаются, что чувствуют себя «плохо». DSM-V подразумевает, что для диагностики депрессивного расстройства у ребенка может присутствовать только раздражительность вместо сниженного аффекта.

Когнитивные изменения включают в себя низкую самооценку с преувеличением трудности решения текущих жизненных проблем. Как правило, дети и подростки с депрессией не могут ничего сказать о своих достоинствах и способностях, когда их об этом спрашивают. При этом наблюдаются сложности в принятии решений либо из-за отсутствия доверия к окружающим, либо из-за субъективных трудностей с мышлением. Чем тяжелее депрессия у подростка, тем более вероятно возникновение чувства вины за незначительные проступки в прошлом, например домашнее воровство или грубость по отношению к родителям. Следует отметить, что испытываемое ребенком чувство вины в связи с разводом родителей является отчасти нормальной реакцией на психотравмирующую ситуацию и требует психотерапевтического вмешательства. У подростка с депрессией могут быть выраженными безнадежность и беспомощность. При наличии этих когнитивных феноменов суицидальные мысли являются наиболее серьезными, что может в итоге привести его к суицидальной попытке.

Нарушения в мотивационной сфере связаны с апатией, усталостью, сниженным энергетическим потенциалом и плохой концентрацией внимания. Невозможность справиться с трудностями и обыденными задачами может усилить у ребенка чувство вины и неуверенности в себе. Очень важно получить информацию о способностях ученика от школы для надлежащей оценки трудностей концентрации внимания в настоящее время в сравнении с исходным уровнем.

Нейровегетативные симптомы включают в себя изменения аппетита, веса, ритма сна, уровня либидо (у подростка). Для того чтобы определить, являются ли данные изменения патологическими, врачу необходимо ориентироваться в особенностях стадий развития молодого человека. Соматические симптомы очень распространены у детей и подростков с депрессией. Клиницист может быть отвлечен жалобами на головную боль, боль в животе и т.д., при этом депрессивный синдром, частью которого являются эти жалобы, остается нераспознанным.

Несмотря на наличие описанных выше изменений и симптомов, диагностика депрессивных расстройств у детей и подростков наталкивается на ряд методологических трудностей. Одной из них является определение разницы между «нормальным настроением» у ребенка и депрессивным расстройством. Определение границ между крайностями нормального поведения и психопатологией является дилеммой, которая характерна в целом для детско-подростковой психиатрии. У подростков имеется особая сенситивность к различного рода ситуациям, которые могут влиять на настроение, например в связи с неприятием группой сверстников, сложностями личных взаимоотношений, семейными конфликтами или сложностями в учебе. Порой очень сложно отличить возникающие у них интенсивные эмоциональные реакции от депрессивных расстройств. Дети же не всегда могут описать свое состояние, они часто путают такие эмоции, как гнев и печаль, испытывают определенные затруднения при описании ключевых когнитивных симптомов депрессии, например безнадежности. В связи с этим депрессивное расстройство должно быть диагностировано только в случае ухудшения социального и ролевого функционирования, когда присутствуют определенные психопатологические симптомы, вызывающие значительное страдание.

Выбор медикаментозного, психотерапевтического, комбинированного подхода к терапии депрессивных расстройств зависит от тяжести симптоматики. При легких формах депрессии рекомендовано наблюдение за ребенком в течение 5-6 нед и оказание ему психотерапевтической помощи. При умеренной и тяжелой степени

депрессии требуется назначение комплексной терапии - медикаментозного и психотерапевтического лечения. Эффективно сочетание психосоциальной интервенции с различными видами психотерапии: индивидуальной, групповой, арт-терапией.

При легких и умеренных формах нарушений при отсутствии у пациента суицидальных намерений рекомендовано оказание помощи в амбулаторных условиях. Амбулаторное лечение у детей и подростков предпочтительно при корригируемом поведении в домашних условиях и детских учреждениях, отсутствии социальной и учебной дезадаптации. Стационарное лечение показано при выраженных аффек-

тах тоски, тревоги или страха, агрессивности, социальной и школьной дезадаптации, резистентности психопатологических расстройств к амбулаторному лечению, неблагоприятных социально-бытовых условиях, наличии суицидального риска. Срок наблюдения ребенка в стационаре составляет от 4 до 12 нед. Возможно оказание помощи в режиме дневного стационара после госпитализации для закрепления положительного терапевтического эффекта и обучения в щадящих условиях в школе. Срок наблюдения составляет до 12 мес.

В настоящее время для лечения депрессии у детей и подростков рекомендованы в качестве препаратов первой линии антидепрессанты из группы СИОЗС. Доказанную клиническую эффективность для применения в детском возрасте имеет флуоксетин (с 8 лет). Этот препарат наряду с эсциталопрамом (разрешенным к применению с 12 лет) рекомендован Управлением по контролю над качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) для лечения депрессий в детско-подростковом возрасте. Также могут быть рекомендованы к использованию другие препараты из этой группы - пароксетин и циталопрам, а также СИОЗСН (венлафаксин). По результатам зарубежных исследований ТЦА не имеют клинически значимой эффективности в детском возрасте и незначительно эффективны при лечении депрессии у подростков. Несмотря на активное использование флуоксетина в зарубежной детско-подростковой практике, в нашей стране данный препарат не одобрен для лечения у данной возрастной категории.

Терапия начинается с небольших дозировок с еженедельным в первые 4 нед лечения и раз в две последующие недели мониторингом. Эффективность терапии должна оцениваться приблизительно спустя 6 нед после ее начала. Лечение депрессии у детей и подростков должно продолжаться в течение 4-6 мес после ремиссии. Достоверно показано, что более краткие сроки лечения приводят к

увеличению риска рецидива депрессии. Если у ребенка отсутствует положительная реакция на терапию, то необходимо пересмотреть диагноз, проанализировать коморбидность (особенно СДВГ или тревожные расстройства), комплаенс, соматические расстройства, семейное функционирование, негативные жизненные события, болезни родителей и сиблингов.

Частым коморбидным состоянием при депрессиях у детей и подростков является тревога. В первые дни после начала лечения СИОЗС, вследствие активизирующего эффекта препаратов (например, флуоксетина), может увеличиться тревога, а также вырасти уровень суицидоопасности. При выявлении тревожной симптоматики необходимо ее купирование одновременно с началом антидепрессивной терапии.

Наряду с антидепрессивной терапией назначаются ноотропы, не обладающие стимулирующим действием, - аминафенилмасляная кислота (Фенибут[®]), ацетиламиноянтарная кислота (Когитум[®]), глицин, а также общеукрепляющее лечение и физиотерапия. При наличии психотических симптомов в рамках аффективной патологии показано назначение небольших доз нейролептиков.

Депрессивные реакции у детей и подростков, обусловленные расстройством адаптации, длятся не более нескольких месяцев и могут повторяться при наличии стрессорных факторов. В отличие от них депрессивные эпизоды могут длиться от 6 до 9 мес и имеют большую вероятность рецидивирования.

12.5.2. Биполярное аффективное расстройство у детей и подростков

БАР в детско-подростковом возрасте связано со значительным уровнем заболеваемости и смертности, частотой суицидальных мыслей (70-85%) и попытками самоубийств (30-65%). Регистрируются высокие показатели госпитализации в

психиатрический стационар (более 52-74% госпитализированных по крайней мере один раз) (Axelson et al., 2006; Del Bello et al., 2007; Algorta et al., 2011).

В связи с возрастными особенностями диагностика БАР у детей и подростков часто затруднена. Это связано с тем, что у ребенка могут присутствовать частые ежедневные перепады настроения, которые наблюдаются в течение нескольких месяцев или даже лет. У детей с предположительным диагнозом БАР часто наблюдается не классическая мания, а клиническая картина смешанных, дисфорических состояний с частыми короткими периодами интенсивной лабильности настроения и раздражительности. Оценка изменений настроения как быстроциклических может применяться у детей, однако следует учитывать, что у них часто отсутствуют четко очерченные эпизоды мании. Более верным

представляется считать такого ребенка имеющим серьезное нарушение регуляции эмоциональной сферы с интенсивными и относительно длительными периодами колебания аффекта каждый день. Подобные смешанные эпизоды изменения настроения часто включают в себя короткие периоды эйфории и более длительные периоды раздражительности. Коморбидные диагнозы (например, СДВГ, оппозиционное вызывающее расстройство, тревожное расстройство, расстройство поведения) также распространены в этом возрасте и усложняют диагностику БАР. Обращение к врачу происходит, как правило, в период депрессивной фазы. При этом клиницисту важно провести тщательный анализ наличия эпизодов гипомании и/или мании в прошлом. Циклотимия у детей также труднодиагностируема, так как гипоманиакальные и легкие депрессивные эпизоды могут быть просто не замечены родителями и окружением ребенка, несмотря на имеющееся у него изменение привычного функционирования. Для более четкой диагностики маниакальных симптомов у детей и подростков необходимо использовать подход, позволяющий оценить частоту, интенсивность, количество и продолжительность эпизодов подъема настроения. Эти категории следует оценивать следующим образом: 1) частота - симптомы отмечаются большую часть дней в течение недели; 2) интенсивность - симптомы достаточно серьезны, чтобы вызвать значительное нарушение в одной области функционирования или умеренное нарушение в двух или более областях; 3) количество - симптомы возникают 3-4 раза в день; 4) продолжительность - симптомы отмечаются на протяжении 4 и более часов в день. Например, ребенок, у которого отмечается необычное поведение (излишне веселый, возбужденный, с расторможенным, «глупым» поведением) в течение 30 мин (1 эпизод) два раза в неделю, с легким нарушением в двух областях функционирования, вряд ли будет рассматриваться как имеющий биполярное расстройство. Однако ребенок, описываемый как «слишком веселый» в течение большинства школьных дней и каждый день после школы, у которого имеются значительные нарушения взаимоотношений с учителями, родителями, братьями и/или сестрами, сверстниками, а симптомы отмечаются по несколько часов и несколько раз в день почти ежедневно, уже может быть отнесен к категории биполярных пациентов. Важно также учитывать контекст ситуации, в которой возникает подъем настроения (например, веселое и глупое поведение во время учебных занятий в школе или на дне рождения). Эти рекомендации не могут быть универсальными и, по сути, должны базироваться на клиническом опыте специалиста, работающего в детско-подростковой практике.

Дифференциальный диагноз маниакальных симптомов у детей и подростков является трудной задачей для врача по ряду причин. У данной возрастной категории подобные симптомы, казалось бы, могут присутствовать в силу эмоциональной нестабильности и отсутствия контроля поведения, однако следует понимать, что для диагностики расстройства они должны превышать пороговый уровень по

категориям, описанным выше. Кроме того, они должны существовать согласованно, поскольку ни один из симптомов отдельно не является признаком мании. Эйфория, экспансивное настроение могут наблюдаться в период действительного переживания радости в значимой для ребенка ситуации или на каком-либо мероприятии, на фоне приема лекарственных (наркотических) веществ или в период мании. Клиницисту необходимо выявить наличие триггера, который мог способствовать формированию подъема настроения.

Раздражительность является частым симптомом в детской психопатологии. Она может наблюдаться при депрессии, дистимии, тревожных расстройствах, оппозиционном вызывающем поведении и т.д. Кроме того, подобное состояние может встречаться и у ребенка, который просто устал, голоден или чем-то расстроен. Раздражительность при мании, в отличие от других состояний, имеет эпизодический, выраженный и быстропреходящий характер, являясь часто беспричинной или связанной с незначительным раздражающим фактором, а также в ряде случаев сочетается с гетеро- и аутоагрессивным поведением.

Проявления идей величия у ребенка обычно превышают нормальную фантазию или воображение для соответствующего возраста. Вместе с тем некоторые дети обладают особыми талантами и способностями в музыке, учебе и т.д., что необходимо уточнить у родителей для проверки достоверности претензий ребенка. Также подобные высказывания могут быть элементом игрового поведения, при этом необходимо определить, может ли ребенок отличить реальность от вымысла. Клиницист должен выяснить контекст, в котором высказываются идеи величия, упорство, с которым ребенок доказывает свое превосходство, влияние подобных идей на его поведение.

Снижение потребности в сне необходимо отличать от бессонницы, связанной с другими состояниями (тревоги, депрессии, наличия чрезмерных стимулов в дневное время и др.), которые в течение дня связаны с усталостью и повышенной утомляемостью. Данный симптом соответствует категориям маниакального в случае уменьшения у ребенка ночного сна на 2 и более часа от нормы, характерной

для этого возраста, без признаков дневной усталости. В то время как при вышеперечисленных состояниях ребенок может лежать в постели, пытаясь заснуть, в маниакальном состоянии он часто встает и ходит по дому, занимаясь важными, с его точки зрения, делами. В дневное время такие дети излишне энергичны, несмотря на то что спали ночью 4-5 ч.

Напористая, быстрая речь может часто наблюдаться у детей, которые чем-то раздражены, испытывают чувство гнева или обиды, однако эти состояния являются преходящими. Необходимо помнить, что у некоторых детей большую часть времени может наблюдаться быстрая речь, особенно у детей с СДВГ. У ребенка же в состоянии мании ускорение речи диагностируется по сравнению с исходным базовым уровнем функционирования, при этом речь такого ребенка не только быстрая, но и громкая, он навязчив в своих высказываниях, его трудно прервать.

У детей и подростков, которые во время беседы часто перескакивают с одной темы на другую, при этом сами говорят, что их мысли «бегут» слишком быстро, может быть определена скачка идей. Для интервьюера, не знакомого с ребенком, важно понять, могут ли родители свободно следовать за его потоком слов и понимать смысл сказанного. Дети младшего возраста имеют ограниченную способность организовывать свою речь и могут казаться излишне разговорчивыми, что может вводить в заблуждение специалиста.

Повышенная отвлекаемость внимания может считаться симптомом мании в случае сочетания с маниакальным подъемом настроения и отсутствия связи исключительно с другим расстройством, в частности с СДВГ. С целью дифференциальной диагностики необходимо уточнить у родителей и ребенка отсутствие или наличие симптомов

СДВГ в период эутимии, или ровного, нормального настроения. Затем, после установления временного интервала возможного маниакального эпизода, нужно выяснить, была ли отвлекаемость в это время хуже, чем во время эутимии. У ребенка, который становится отвлекаемым в период маниакального эпизода, отмечаются трудности в обучении, при этом он может быть излишне легкомысленным и дома, не помня о том, чем он занимался или во что играл. С другой стороны, у детей с СДВГ, которые получают специфическую терапию (например, атомоксетин), как правило, отвлекаемость внимания хуже в утренние часы до приема препарата, в то время как в вечернее время она уменьшается. Помимо этого, отвлекаемость характерна для детей и подростков с депрессией, тревогой, а также с ограниченными возможностями обучения. При этом

отвлекаемость внимания у них наиболее ярко проявляется в период школьных занятий или в момент психоэмоционального напряжения.

В связи с тем что психомоторное возбуждение является общим и неспецифическим симптомом в детской психопатологии, более информативной является оценка увеличения целенаправленной деятельности у ребенка в состоянии мании. При этом он может много рисовать, строить большие города из конструктора, писать стихи в течение короткого периода времени, т.е. активно заниматься той деятельностью, которая в принципе характерна для данного возраста. Безусловно, в данном случае необходимо дифференцировать такие состояния от общей высокой производительности действительно талантливого и целеустремленного ребенка. Что касается психомоторного возбуждения для диагностики мании, оно должно представлять заметное изменение по сравнению с исходным состоянием. Также при мании может наблюдаться склонность к неоправданному риску и расторможенность влечений. В частности, сексуально провокационное поведение встречается у детей, которые имитируют действия взрослых, пытаясь, например, поцеловать в губы своего родителя или дотронуться до интимных частей его тела.

В дополнение к основным симптомам мании у детей и подростков могут наблюдаться психотические симптомы, включая галлюцинации и бред. При этом необходимо оценить, насколько данная симптоматика конгруэнтна аффективным нарушениям, а также провести дифференциальную диагностику с другими психическими расстройствами, например ШАР.

На основании категорий доказательств (А - контролируемые исследования у детей/подростков; В - контролируемые исследования у взрослых; С - открытые исследования у детей/подростков и ретроспективный анализ; D - описание случаев, мнение экспертов) эффективности лечения БАР I типа у детей и подростков с учетом дополнительных аспектов (например, безопасность, переносимость и возможные взаимодействия) могут быть рекомендованы следующие алгоритмы терапии (Kowatch R.A. et al., 2005). Для лечения острого БАР I типа с маниакальным или смешанным эпизодом без психотических симптомов на первом этапе может быть рекомендована монотерапия нормотимиками [литий (А,В), вальпроевая кислота (В,С), карбамазепин (В)] и АА [оланзапин (В,С), кветиапин (В,С), рисперидон (В,С)]. Поскольку сравнительная эффективность данных препаратов не является хорошо изученной у детей и подростков, окончательное решение о выборе препарата должен принимать врач исходя из своего клинического опыта использования этих препаратов и профиля переносимости

побочных эффектов у данного ребенка. В случае частичного ответа на терапию может быть использовано сочетание нормотимика с АА. Для тех детей, у которых отсутствует ответ на первоначально выбранную монотерапию или имеющих выраженные побочные эффекты, рекомендуется использовать другой препарат из представленных выше. В дальнейшем в случае отсутствия эффекта могут использоваться различные терапевтические схемы, например сочетание двух нормотимиков (литий + вальпроевая кислота), сочетание лития с другим нормотимиком и АА [литий + вальпроевая кислота + рисперидон (Рисполепт[®]); литий + карбамазепин + оланзапин и т.д.]. Могут быть использованы альтернативные схемы лечения [окскарбазепин (D), зипрасидон (D) или арипипразол (D)]. Для молодых лиц, не показавших ответ на предложенную выше терапию или имевших непереносимые побочные эффекты, может быть рекомендовано использование клозапина (С) или ЭСТ (только для подростков). На всех этапах подбора терапии, описанных выше, когда ребенок не реагирует на лечение, необходимо учитывать факторы, часто связанные с плохим ответом: неправильную диагностику, отсутствие комплаенса и соблюдения режима приема терапии, наличие сопутствующих заболеваний (например, злоупотребление ПАВ, СДВГ, тревожные расстройства), а также присутствие хронических или острых стрессовых факторов. Предпочтение должно отдаваться монотерапии, при этом эффективные дозировки препаратов могут быть значительно ниже, чем для взрослых. Для лучшей переносимости лекарственной терапии возможно разделение суточной дозы на несколько приемов.

Для лечения острого БАР I типа с маниакальным или смешанным эпизодом с психотическими симптомами на первом этапе рекомендуется использовать нормотимик [литий (А, В), вальпроевая кислота (В, С), карбамазепин (В)] в сочетании с АА [оланзапин (В,С), кветиапин (В, С), рисперидон (В, С)]. При частичном ответе рекомендуется присоединение лития или другого нормотимика, в случае если он ранее не использовался (литий + вальпроевая кислота + АА; литий + карбамазепин + АА). При отсутствии ответа на комбинированную терапию, которая применялась на первом этапе, рекомендованы комбинации (нормотимик + АА), которые ранее не использовались. В дальнейшем, при отсутствии клинической эффективности предложенного лечения, могут быть последовательно использованы следующие схемы: нормотимик + альтернативный АА [зипрасидон (В,С), арипипразол (D)]; литий + вальпроевая кислота или карбамазепин + альтернативный АА; клозапин; ЭСТ (только для подростков).

Основными целями поддерживающей терапии являются профилактика рецидивов, уменьшение подпороговых симптомов, суицидального риска, быстрой цикличности расстройства и аффективной нестабильности, улучшение профессиональной и социальной адаптации. В настоящее время наиболее частыми препаратами, используемыми для поддерживающей терапии у детей и подростков, являются литий, вальпроевая кислота и карбамазепин (Weller et al., 2002). Длительность терапии определяется индивидуально, но рекомендуется использовать поддерживающую терапию в течение как минимум 12-24 мес после достижения ремиссии. В некоторых случаях необходимо оценить величину риска, связанного с возможным неблагоприятным влиянием терапии и потенциальной возможностью рецидива.

Поскольку нет никаких проспективных исследований по лечению депрессивного эпизода при БАР I типа у детей и подростков, а также БАР II типа, то в настоящее время не разработано соответствующих алгоритмов терапии. Однако на основании имеющихся данных по эффективности лечения биполярной депрессии у взрослых литием (B, C) он может быть рекомендован для терапии соответствующих состояний у детей и подростков. Также клиническую эффективность показали вальпроевая кислота (C), оланзапин (B) и кветиапин (B). В рандомизированных контролируемых исследованиях у взрослых ламотриджин (B, D) был эффективен для купирования острой фазы и профилактики депрессивных эпизодов. Использование СИОЗС у детей и подростков с БД уменьшает степень выраженности депрессивной симптоматики. Тем не менее у некоторых молодых людей СИОЗС вызвали дестабилизирующий эффект с формированием значительных перепадов настроения. Использование антидепрессантов допустимо только в

сочетании с препаратами, имеющими нормотимический эффект. Как и у взрослых, длительность антидепрессивной терапии должна быть ограничена, отмена рекомендована спустя 8 нед после формирования ремиссии депрессии.

Риск формирования БАР после имевшегося эпизода тяжелой депрессии у подростков составляет от 1 до 5%. Наличие в анамнезе у подростка депрессивного эпизода с психотическими симптомами, семейной истории БАР, а также преморбидной циклотимии являются показателями возможного формирования БАР в дальнейшем. БАР, манифестировавшее в пубертатном периоде, имеет тенденцию к рецидивированию во взрослой жизни. При этом риск рецидива увеличивается до

50% в течение следующих 5 лет, даже на фоне сформированной ремиссии после адекватного по времени лечения.

12.5.3. Суицидальное поведение при аффективных расстройствах у детей и подростков

У каждого ребенка с диагностированным аффективным расстройством должна проводиться оценка факторов суицидального риска. Уровень смертности вследствие суицидальных действий возрастает в старшем подростковом возрасте. При этом большее количество завершенных суицидов наблюдается у юношей по сравнению с девушками, у которых чаще наблюдаются суицидальные попытки, вследствие предпочтения менее brutальных способов самоубийства. Необходимо учитывать наличие предыдущих попыток в анамнезе; депрессивных или маниакальных симптомов на момент осмотра (особенно смешанных или с психотической симптоматикой); сексуального или физического насилия над ребенком и других острых стрессовых факторов; коморбидной патологии, в том числе злоупотребления ПАВ; такой черты личности, как импульсивность; наличие суицидального поведения у родственников или в ближайшем окружении. Помимо этого, необходимо оценить возможный способ суицида, который может быть использован ребенком, в зависимости от наличия в доступе тех или иных средств (например, наличие оружия в доме). Это является одной из причин, по которой рекомендован строгий надзор со стороны родителей за приемом и хранением назначаемой ребенку фармакотерапии, особенно лития или ТЦА. Существуют также данные, что терапия с использованием СИОЗС (а возможно, и других классов антидепрессантов) может повышать риск суицидальности у некоторых детей и подростков, особенно этот риск может быть выражен в начале терапии.

Если у ребенка отмечаются суицидальные тенденции и выявлены некоторые факторы риска, необходимо оценить степень опасности для него и принять решение о необходимости стационарного лечения. Подросткам с высоким суицидальным риском дополнительно рекомендуется проведение психотерапии, краткосрочной целью которой является выстраивание интенсивного контакта и обеспечение активной и быстрой психологической поддержки, направленной на облегчение состояния до завершения кризиса. Особенное значение имеет вовлечение в терапевтический процесс семьи, при этом в процессе терапии необходимо обучать родственников выявлять признаки аффективных нарушений, а также суицидальную настроенность у ребенка.

12.5.4. Психотерапия

Основными видами психотерапии, рекомендованными при аффективных расстройствах у детей и подростков, являются недирективная поддерживающая психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия. Психотерапия должна проводиться при выявлении признаков депрессии на амбулаторном этапе и продолжаться в случае недостаточного эффекта после присоединения медикаментозной терапии, в том числе и в условиях стационара. Краткосрочные формы семейной терапии и межличностной терапии могут использоваться на любом этапе оказания помощи.

Компоненты КПТ включают когнитивную реструктуризацию (уменьшение негативных мыслей), поведенческую активацию (деятельность, приносящая удовольствие), а также повышение уверенности в себе и обучение навыкам решения проблем. Данная форма терапии для детей и подростков может включать в себя занятия с родителями/опекунами для выявления особенностей поведенческих реакций в ближайшем окружении, связанных с основной психологической проблемой у ребенка. Целями КПТ являются устранение негативных травмирующих мыслей и представлений о самовосприятии, повышение самооценки и обучение выстраиванию положительных жизненных отношений и социальных контактов. В ходе терапии пациенту представляется приемлемая информация о природе депрессии, совместно планируется и структурируется режим дня и деятельности, отмечается положительный опыт, полученный в результате психотерапевтической работы. Поведенческий тренинг дает возможность детям и подросткам с депрессией улучшать социальную коммуникацию, активно использовать свой преморбидный потенциал, а также закреплять позитивные формы поведения.

Для разрешения межличностных проблем, которые могут вызвать или усугубить депрессию, используется межличностная (интерперсональная) психотерапия. Целями ее являются укрепление самооценки пациента, развитие способности выражать свои чувства, справляться с проблемами и самостоятельно конструктивно воздействовать на сложившуюся ситуацию, решать межличностные проблемы ребенка для улучшения социального функционирования и настроения. Компоненты интерперсональной психотерапии включают выявление проблемной области в сфере взаимоотношений с окружающими, улучшение навыков решения проблем и изменение коммуникационных моделей. Выбор техник межличностной терапии зависит от возраста ребенка, могут применяться игровая терапия, проективные методики с помощью картинок (которые в некоторых случаях больше

поощряют к сотрудничеству, чем вербальное общение), техника психодрамы, поддерживающая терапия разговором, в редких случаях психоанализ.

Для достижения позитивных изменений в ближайшем окружении ребенка необходима семейная терапия, а также консультирование по вопросам воспитания и внутрисемейных взаимоотношений. Семейная терапия направлена на пояснение причин заболевания ребенка, поддержку родителей, близких родственников, а также изменение факторов, которые способствуют высокому уровню стресса и возникновению депрессии. В некоторых случаях родители сами могут помочь ребенку справиться с аффективными реакциями, если они получили помощь специалиста в понимании того, какие причины являются основными в возникновении депрессивных нарушений и какие ключевые признаки в изменении состояния ребенка указывают на его страдание.

Психотерапевтические и психологические техники являются предпочтительными в лечении депрессии детей и подростков, особенно при легких формах, требующих коррекции взаимоотношений в семье, школе, ближайшем окружении. Психотерапия с депрессивным ребенком или подростком требует времени, настойчивости и предельной корректности, а также активного, эмоционального сопереживания специалиста. Основными задачами в процессе психотерапии с депрессивными подростками могут являться:

- 1) улучшение настроения, способность к выражению радости, удовольствия и интереса к жизни;
- 2) появление интереса к учебной деятельности, социальной активности, а также восстановление привычных схем питания;
- 3) уменьшение раздражительности и увеличение социального взаимодействия с семьей и друзьями;
- 4) формирование здоровых когнитивных паттернов и представлений о себе и окружающем мире, которые приводят к улучшению состояния и помогают предотвратить рецидив симптомов депрессии;
- 5) формирование здоровых межличностных отношений, которые приводят к улучшению состояния и помогают предотвратить рецидив симптомов депрессии;
- 6) облегчение переживания острой реакции горя в случае потери с нормализацией настроения и восстановлением предыдущего уровня функционирования.

Дополнительными задачами в работе с подростками, страдающими БАР, в период гипомании или мании являются:

- 1) стабилизация уровня активности и возвращение к обычной деятельности, рассудительности, стабильному настроению, более реалистичным ожиданиям и целенаправленному поведению;
- 2) уменьшение возбуждения, импульсивности и нецеленаправленной речи при одновременном обеспечении определенной чувствительности к последствиям своего поведения и формированию реалистичных ожиданий по отношению к себе и другим;
- 3) обеспечение контроля поведения, способности к регуляции настроения, более вдумчивой речи и контролируемого мыслительного процесса, а также стабильных ежедневных паттернов активности.

На заключительном этапе лечения следует убедить ребенка или подростка своевременно обратиться к психиатру при повторении болезненного состояния.

Аффективные расстройства у детей и подростков представляют собой гетерогенную группу. Имеющиеся научные работы, посвященные данной проблеме, указывают на значительный клинический полиморфизм и атипичность данных состояний. Аффективные расстройства могут выступать изолированно или в сочетании с другими психопатологическими проявлениями. В формировании этих состояний участвуют разные механизмы, а их прогноз в большей степени зависит от того, в рамках какой нозологии они реализуются, а также от психологических и личностных составляющих. Это обуславливает необходимость дальнейшего изучения клинико-динамических характеристик расстройств аффективного спектра у детей и подростков с целью оптимизации их диагностики и терапии.

Список литературы

1. Детская и подростковая психиатрия / под ред. Ю.С. Шевченко. М. : Медицинское информационное агентство, 2011. 928 с.
2. Детская психиатрия : учебник / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. СПб. : Питер, 2005. 1120 с.
3. Детская психиатрия : пер с англ. 2-е изд. / под ред. Р. Гудмана, С. Скотта. М. : Триада-Х, 2008. 405 с.
4. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста : учебник для вузов. СПб. : СпецЛит, 2001. 463 с.
5. Личко А.Е. Подростковая психиатрия : руководство для врачей. Л. : Медицина, 1985. 416 с.

6. Психиатрия детского и подросткового возраста : пер. со швед. / под ред. К. Гиллберга, Л. Хеллгрена. М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. 544 с.
7. Психотерапия детей и подростков : пер. с нем. / под ред. Х. Ремшмидта. М. : Мир, 2000. 656 с.
8. Handbook of Depression in Children and Adolescents / eds J. Abela, B.L. Hankin. New York : Guilford Press, 2008. 529 p.
9. Huberty T.J. Anxiety and Depression in Children and Adolescents: Assessment, Intervention, and Prevention. New York : Springer, 2012. 469 p.
10. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry / eds A. Thapar et al. Hoboken, NJ : Wiley, 2015. 1098 p.
11. The Many Faces of Depression in Children and Adolescents / eds D. Shaffer et al. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2002. 192 p.
12. Treatment of Bipolar Disorder in Children and Adolescents / eds B. Geller, M.P. Del Bello. New York : Guilford Press, 2008. 418 p.
13. Treatment of Depression in Adolescents and Adults / eds D.W. Springer et al. Hoboken, NJ : Wiley, 2011. 289 p.