

Раздел IV. ОБСУЖДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Биполярное аффективное расстройство в детском возрасте

*И.И. Марценковская¹, М.В. Нестеренко³, Ю.А. Войтенко¹,
Д.И. Марценковский², К.В. Дубовик¹, О.С. Ващенко¹*

Анамнез жизни и заболевания

Виктория, 10-летняя девочка, живет с биологической матерью, 12-летней сестрой и бабушкой в возрасте 75 лет в пригороде Киева. Учится в 3 классе общеобразовательной школы по месту жительства. Мама девочки обратилась за помощью к педиатру с жалобой на то, что в последнее время Виктория стала очень раздражительной, конфликтной, а учителя жалуются на ее многочисленные и чрезмерные глупые выходки в школе.

Мама Виктории наблюдается в отделе медико-социальных проблем терапии психических и поведенческих расстройств Украинского научно-исследовательского института социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (УНИИ ССПН). После рождения Виктории она перенесла послеродовую депрессию и неоднократно проходила лечение в психиатрической больнице. В разное время ей устанавливали диагнозы различных аффективных расстройств: послеродовой депрессии, биполярного аффективного расстройства (БАР) (текущих эпизодов депрессии и мании). Психические нарушения у матери девочки всегда имели высокий уровень полиморфизма клинических проявлений; в разные годы диагностировались коморбидные социальное тревожное, посттравматическое стрессовое, паническое расстройства, психические расстройства, связанные с алкогольной зависимостью.

В анамнезе у отца Виктории – тяжелый эпизод рекуррентной депрессии, а также зависимость от алкоголя и психостимуляторов.

У 12-летней сестры Виктории диагностировано БАР I типа и генерализованное тревожное расстройство (ГТР).

Родители в разводе, отца девочка видит нечасто. Семью содержит дедушка Виктории по материнской линии: психически здоров, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не употреблял, за психиатрической помощью не обращался; успешный предприниматель, властный, деятельный, с колебаниями настроения, не достигающими болезненного уровня.

По словам родителей, Виктория «всегда была жизнерадостной, дружелюбной и общительной девочкой, которая хорошо ладила с сестрой, бабушкой и мамой». У нее было несколько друзей в школе и во дворе многоквартирного дома. Три года назад семья переехала в частный дом в пригороде. Девочка стала меньше общаться со сверстниками: в школе она не смогла найти близких друзей, а в поселке на новом месте жительства детей ее возраста не было.

¹ Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев.

² Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев.

³ Государственный медицинский университет северных территорий штата Нью-Йорк (Сиракузы, США).

По словам матери, последние 3-4 месяца у дочери было приподнятое настроение. Она часто смеялась и хихикала без видимой причины. Во время уроков в школе нелепо гримасничала, рисовала и показывала другим ученикам «глупые картинки», «дурацкие рожи», за что ее выгоняли с уроков. Учителя жаловались матери на неуместное поведение девочки, отмечали ее ускоренную речь: «Иногда она разговаривает так быстро, что ее сложно понять».

Мама Виктории рассказала, что последние несколько месяцев девочка была очень энергичной, вечером ее сложно было уложить спать; засыпая на 2-3 часа, она просыпалась в 6 утра выспавшаяся и энергичная, при этом не демонстрировала усталости в течение дня, несмотря на то что спала на 2-3 часа меньше обычного.

Виктория жаловалась маме, что «мысли крутятся у нее в голове». В школе она учила стихи, а потом иногда ходила по квартире из угла в угол, повторяя их, и при этом не могла остановиться. Девочка стала много и очень быстро говорить, что ранее было ей не свойственно; она произносила слова так быстро, перепрыгивая с темы на тему, что иногда было сложно понять, о чем она говорит.

Девочка проявляла сверхценную заинтересованность в том, чтобы «стать певицей, актрисой или моделью», и изводила маму назойливыми просьбами «найти возможность попасть на телевидение», была уверена, что «станет звездой». Ее поведение стало сексуально окрашенным. Она пыталась флиртовать в компании взрослых людей, чувственно целовала маму в губы, чего ранее не случалось.

Мама Виктории утверждает, что симптомы расстройства появились у ребенка за 3-7 дней до описанного в этой статье осмотра у детского психиатра. Девочка стала раздражительной, нетерпимой к отказам в удовлетворении ее желаний и потребностей. Беспочвенно взрывалась, демонстрировала вспышки гнева со словесной агрессией, если не получала того, чего хотела. Виктория много спорила, часто вела себя агрессивно со своей старшей сестрой.

Мать Виктории не связывает изменения в настроении и поведении девочки с теми или иными событиями в ее жизни, конфликтами в семье.

Наряду с описанными симптомами мании у Виктории длительное время наблюдаются приступы тревоги, в течение последних 7-8 месяцев – около 10 панических атак. Пароксизмы тревоги сопровождаются чувством нехватки воздуха, сердцебиениями, усиленным потоотделением, дрожью во всем теле, ощущением удушья, сопровождающимся страхом смерти, болью в груди, тошнотой, головокружениями, состояниями дереализации/деперсонализации с изменением восприятия окружающего, собственного тела, страхом дискредитации из-за потери контроля над своим поведением, чувством онемения/покалывания, ознобом. Каждый такой пароксизм тревоги, большинство из которых были внезапными и ничем не спровоцированными, продолжался 10-20 минут. Виктория и ее мама отрицают нарастание тяжести панических атак и формирование тех или иных форм поведения избегания.

Также они указывают на наличие у девочки симптомов тревоги, связанных с боязнью разлуки (сепарационной тревоги). По словам девочки, с того времени как она себя помнит, она не любила расставаться с матерью. Виктория рассказала, что когда ее мама находится вне дома, то она переживает, что «мать попадет в аварию, не вернется, будет госпитализирована в психиатрическую больницу и останется там навсегда». Мать девочки призналась, что она сама очень часто переживает, что «ее могут убить или что у нее могут украсть ребенка».

Виктория рассказала, что «у нее не бывает истерик, когда мама куда-то уходит», она «не позволяет себе слез и гнева», но при этом всегда просит маму не оставлять ее одну; за последние несколько лет она несколько раз притворялась больной, чтобы не идти в школу и остаться дома с мамой. Обычно она ходит за мамой из комнаты в комнату, когда они остаются дома вдвоем. Она не может заснуть одна, поэтому спит с мамой. Девочка жалуется на частые ночные кошмары, в основе которых часто лежит страх разлуки.

На протяжении 4 последних лет у Виктории также наблюдаются симптомы ГТР. По словам матери, дочь переживает по разным поводам больше и сильнее, чем другие дети ее возраста, у нее отмечаются множественные страхи относительно нежелательных событий, которые могут

произойти дома или в школе. Мама утверждает, что девочка очень застенчива, много переживает из-за своих способностей и нуждается в постоянной поддержке. Виктория все время переживает за свои успехи в школе и особенно волнуется перед контрольными, утверждая, что ее «мозг отключается в это время».

Мама также сообщила о наличии у дочери проявлений расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ), симптомов, ассоциированных с невнимательностью: трудностей при необходимости концентрации внимания на определенных заданиях, отвлекаемости, забывчивости, рассеянности. Девочка часто теряла принадлежащие ей вещи, испытывала трудности при необходимости последовательного выполнения инструкций. Мать сообщила, что эти симптомы усилились с момента появления у Виктории эпизодов нелепого поведения и приподнятого настроения.

Во время опроса нам не удалось выявить психотических симптомов, ссылок на разрушительное поведение, обсессивно-компульсивной симптоматики, указаний на перенесенную психическую травму или употребление наркотиков. Девочка не имеет других значительных медицинских проблем.

В прошлом у Виктории было два эпизода депрессии. Первый эпизод продолжительностью около 8 месяцев она перенесла в возрасте 5 лет; второй, более тяжелый эпизод длительностью около 7 месяцев – в 8 лет. Оба эпизода депрессии отвечали критериям тяжелого депрессивного расстройства по DSM-IV и умеренного депрессивного эпизода по МКБ-10.

Во время второго эпизода депрессии девочка была грустной, подавленной на протяжении большей части дня, не проявляла интереса к повседневным делам, имела трудности с засыпанием, испытывала постоянное чувство усталости, не могла сосредоточиться, потеряла аппетит. По словам матери, она лишилась чувства собственного достоинства, высказывала суицидальные мысли. Виктория признавалась маме, что «у нее бывает ощущение, будто она хочет порезать себя ножом». Однажды она взяла ножницы и сказала маме, что «хочет перерезать себе горло, но боится, что это будет очень больно». Сама девочка отрицает, что у нее когда-либо были намерения совершить суицид.

Первый эпизод депрессии прошел без лечения. Мама ребенка обращалась за помощью к психологу, но девочка от терапии отказалась. Во время второго эпизода Виктория в течение 7 месяцев получала когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) в отделе медико-социальных проблем терапии психических расстройств УНИИ ССПН. Первоначально, в течение 5 недель, наряду с психотерапией девочка получала тимоаналептическую терапию (пароксетин 10 мг/сут). Медикаментозное лечение было прекращено по настоянию матери, поскольку она заявила, что вследствие приема препарата состояние дочери ухудшилось. На фоне приема пароксетина Виктория начала испытывать панические атаки, которые продолжались после отмены препарата.

Психический статус

Во время осмотра у детского психиатра Виктория дружелюбна и общительна. Поведение соответствует ее возрасту. Одежда девочка провокационно: в яркую футболку, обнажающую плечо и половину живота, яркий зеленый шарф; на плече шариковой ручкой нарисовано животное.

При беседе рассеянна, невнимательна, видно, что прилагает усилия, для того чтобы удерживать внимание на собеседнике и отвечать на вопросы. В течение первых 10-15 минут осмотра девочка выглядела упорядоченной, в дальнейшем контроль над поведением снизился: она стала неугомной, болтливой, часто перескакивала с темы на тему, отвечала невпопад, ерзала в кресле; речь была быстрой, но не скомканной.

Виктория описала свое настроение как «хорошее» и «счастливое». Невербальное поведение и эмоциональная экспрессия девочки соответствовали ее самооценке. К концу беседы двигательное беспокойство усилилось, пояснения временами становились бессвязными, но при этом наблюдалась позитивная реакция на наводящие вопросы, повышавшие продуктивность ответов.

Девочка отрицает наличие звуковых или зрительных галлюцинаций, суицидальных мыслей. Понимает, что она попадает в неприятности в школе из-за того, что «поступает глупо и имеет слишком много энергии», признает, что «не может с этим справиться».

Диагностические процедуры

Обследование при БАР должно включать в себя детальное продольное (анамнестическое) изучение периодов появления первых симптомов депрессии и/или мании, их редукции, определение длительности маниакальных и депрессивных симптомов, установление их взаимосвязи со стрессами, употреблением алкоголя, наркотиков, выяснение чувствительности перенесенных аффективных эпизодов к употреблению психотропных и других лекарственных средств, психотерапевтическим интервенциям, изучение истории развития ребенка, изменений школьной адаптации на протяжении всего периода обучения, изучение медицинской истории родственников.

Для установления диагноза желательно рассмотреть информацию, полученную как от ребенка, так и от его родителей. Представленное клиническое наблюдение отвечает данным критериям. В данном случае источником информации была девочка, ее мать и дедушка. В нашем распоряжении были архивные истории болезни матери и отца ребенка.

Рейтинговая шкала детской мании (Child Mania Rating Scale) и инструмент для оценки общего поведения (General Behavior Inventory) являются эффективными скрининговыми инструментами, но для обследования Виктории не использовались, поскольку в этом не было необходимости. Основой диагностики были диагностические критерии DSM-IV и МКБ-10.

Использование диагностических критериев классификации в большинстве случаев является достаточным для диагностики БАР у детей. Тем не менее, психодиагностические инструменты в некоторых клинических случаях могут быть полезны для диагностики и мониторинга эффективности терапии БАР.

Вариант рейтинговой шкалы мании у детей и подростков для родителей (P-YMRS) может использоваться для оценки эффективности лечения ребенка с БАР; различные варианты полуструктурированных интервью с родителями, например сокращенный (MINI), могут быть рекомендованы для уточнения диагноза по DSM-IV и МКБ-10 в сложных для дифференциальной диагностики случаях.

Обоснование диагноза

Наиболее интересным, с точки зрения диагностики БАР, является то, что если бы возраст Виктории был 19, а не 10 лет, никто не поставил бы под сомнение диагноз БАР. У девочки наблюдается 6 из 7 симптомов, характерных для мании; она демонстрирует отчетливые периоды от 3 до 7 дней приподнятого/эйфорического настроения, ускоренной речи, увеличения энергии со снижением необходимости во сне, ускорением мышления, гиперсексуальностью.

Таким образом, она отвечает критериям DSM-IV для БАР I подтипа, текущего маниакального эпизода без психотических симптомов. Девочка демонстрирует состояние, которое Geller et al. (2000) [1] описали как препубертатное, или манифестирующее в детстве, БАР.

Виктория также отвечает критериям DSM-IV для панического расстройства, сепарационного тревожного расстройства, ГТР и РДВГ. Тревожные расстройства и РДВГ часто коморбидны с БАР у детей и подростков [1-3] (Axelson et al., 2006; Geller et al., 2004; Wozniak et al., 1995). Такая коморбидность делает тревожно-фобические нарушения самостоятельным диагностическим критерием манифестирующего в детстве БАР.

Двойная диагностика БАР и панического расстройства у детей и подростков коррелирует с высоким суицидальным риском (Goldstein et al., 2005) [4]. Маниакальному эпизоду у Виктории предшествовали два эпизода депрессии, которые сопровождались суицидальными мыслями. Тяжелые депрессивные эпизоды также характерны для БАР у детей.

Диагноз по МКБ-10

F31.1. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.

F90.0. Нарушение активности и внимания.

F41.9. Тревожное расстройство, неуточненное.

Z61. Проблемы, связанные с неблагоприятными жизненными событиями в детстве (Z61.0. Потеря отношений любви и привязанности в детстве. Z61.7. Переживание сильного страха).

Z62.0. Неадекватные родительские надзор и контроль.

Диагноз по DSM-IV

Ось 1:

296.42 – Биполярное расстройство I тип, текущий маниакальный эпизод умеренной тяжести.

314.00 – РДВГ, субтип с преобладанием невнимательности.

309.21 – Сепарационное тревожное расстройство.

300.01 – Паническое расстройство без агорафобии.

300.02 Генерализованное тревожное расстройство.

Ось 2: нет диагноза.

Ось 3: нет диагноза.

Ось 4: Плохие отношения с отцом, который оскорблял ее в словесной форме

в прошлом и имеет диагнозы рекуррентной депрессии, зависимости от алкоголя и психостимуляторов. У матери многочисленные случаи госпитализации в психиатрический стационар, диагноз БАР, зависимость от алкоголя, текущие проблемы, связанные с группой первичной поддержки.

Ось 5: Оценка общего функционирования = 55 (по Children's Global Assessment Scale). В данный момент имеет проблемы в школе и дома, предположительно, во взаимоотношениях со сверстниками и связанные с недостаточной поддержкой родителей, потерей отношений любви и привязанности в детстве.

Необходимо отметить отягощенность семейного анамнеза девочки случаями БАР. У 12-летней сестры Виктории диагностировано БАР I типа и ГТР. У матери наблюдаются три коморбидных тревожных расстройства. В качестве комментария можно добавить, что коморбидность с тревожными расстройствами характерна и для БАР у взрослых (Freeman et al., 2002) [5].

Комментарий

Описанный нами клинический случай демонстрирует несколько общих особенностей для расстройств биполярного спектра (БАР I, II типов, циклотимии и родственных расстройств) у детей:

1. Наряду с маниакальной и депрессивной симптоматикой мы наблюдали у ребенка с БАР множественные симптомы тревоги, включая панические атаки, признаки сепарационного (в связи с боязнью разлуки) расстройства и ГТР.

2. Симптомы БАР манифестировали в раннем возрасте. Первый депрессивный эпизод был описан у девочки в возрасте 5 лет.

3. Во время лечения селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) депрессивного эпизода состояние девочки ухудшилось.

4. Аффективным эпизодам предшествовала симптоматика из спектра РДВГ – невнимательность, импульсивность, гиперактивность. Усиление невнимательности и отвлекаемости четко совпадало с периодами снижения целенаправленности возрастающей активности девочки. Такая симптоматика, ассоциированная с дефицитом внимания, должна рассматриваться одновременно как проявления РДВГ и БАР.

5. Имеются многочисленные указания на аффективные расстройства в семейном анамнезе: у отца девочки имел место тяжелый эпизод рекуррентной депрессии, у матери и сестры – БАР I типа.

6. В прошлом у девочки отмечалось 2 депрессивных эпизода. В настоящее время она демонстрирует как маниакальные симптомы, которые включают эйфорическое настроение, снижение необходимости во сне, болтливость, полет мыслей, психомоторную активацию и гиперсексуальность, так и депрессивные – раздражительное (зневливое) настроение, психомоторную ажитацию, ухудшение концентрационной функции внимания и памяти.

Стратегии лечения

Оптимальная терапевтическая стратегия в рассматриваемом клиническом случае должна включать сочетание психотерапии, психофармакотерапии и специальных форм социальной интервенции в семье и школе.

Психотерапия и социальное сопровождение

Виктории и членам группы ее первичной поддержки (матери, бабушке, старшей сестре) показана психообразовательная психотерапия. Целесообразным также является включение в терапевтическую группу отца девочки.

Три формы такой терапии были адаптированы и протестированы специально для детей ее возраста: индивидуальное семейное психообразование [6], мультисемейные психообразовательные группы [7] и RAINBOW-программа [8]. Все три методики имеют общие элементы: предоставление информации о течении, лечении и прогнозах относительно БАР, депрессии и мании ребенку и его родителям в доступной форме; приобретение навыков эмоциональной регуляции, коммуникации и бесконфликтного решения проблем в семье [9].

Виктория, ее мать и сестра могут получить пользу от понимания заболевания. Они должны понять, как манифестировали аффективные симптомы и симптомы спектра РДВГ и как их можно контролировать дома и в условиях школы. Организовать психотерапевтическую помощь для семьи Виктории было непросто. Консультации Марины Нестеренко (Сиракузы, США), в том числе в режиме Skype, были очень полезны. Мы не смогли предложить Виктории и ее матери участие в мультисемейной группе. Такая форма психотерапевтической помощи детям с БАР в Киеве была недоступной. Пришлось ограничиться занятиями в форме индивидуальной семейной терапии. Виктория и ее семья получили 15 терапевтических сессий с хорошими результатами.

Одной из проблем при организации терапии было отсутствие у нашего психолога опыта работы с детским БАР, которое крайне редко диагностируется в детской психиатрической практике. Виктории и ее семье необходимо работать с терапевтом, знакомым с детским БАР, чтобы избежать ошибок, связанных с интерпретацией педиатрических проявлений специалистом, работающим исключительно со взрослыми пациентами [10].

Еще одной проблемой стала профилактика суицидального риска. Виктория ранее высказывала суицидальные мысли, опасность которых недооценивалась. Потребовалась организация мониторинга суицидального риска, который проводился при каждом визите девочки в клинику во время лечения. На одном из этапов терапии суицидальный риск стал причиной госпитализации ребенка.

На первом этапе психообразовательной психотерапии была проведена диагностика функционирования семьи, оценка внутрисемейных проблем и межличностных отношений. Специальной оценке была подвергнута стабильность состояния мамы и сестры. Страдающие БАР члены одной семьи могут выступать как стрессогенные факторы друг для друга. График настроения членов семьи, построенный нами, в полной степени продемонстрировал это и подтвердил обоснованность рекомендаций Марины Нестеренко о целесообразности одновременной терапии всех членов группы первичной поддержки Виктории (ее матери, бабушки и сестры).

Изучалась возможность вовлечения в терапевтический процесс отца Виктории. Девочка отчуждена от своего отца, который в данный момент находится в нестабильном состоянии.

Вовлечение его в терапию могло дать ему возможность начать активное лечение зависимости и депрессии, сформировать дополнительные ресурсы для терапии девочки и ее матери. Мы получили информированное согласие отца на лечение обеих дочерей, он не возражал против участия в семейных психотерапевтических сессиях. К сожалению, нам пришлось отказаться от этих планов из-за жесткой позиции бабушки, поддержанной другими членами семьи.

Применение семейной психотерапии при БАР у подростков соответствует принципам доказательной медицины [11, 12]. Терапия, направленная на семью, позволяет улучшить комплаентность, увеличить строгость соблюдения пациентами назначений врача (проблема, часто возникающая у пациентов с БАР), уменьшить количество конфликтных ситуаций в семье, повысить способность семьи и пациентов справляться с возникающими трудностями и снизить риск дальнейшей депрессии и госпитализации (стресс-менеджмент).

Уже первые сессии семейной психотерапии продемонстрировали, что члены семьи Виктории не способны справляться с симптомами своего заболевания и стрессом в домашних условиях. Им была оказана помощь в организации семейного ритуала питания и режима сна – бодрствования. Психотерапия также должна быть нацелена на тревожную симптоматику. Коморбидное тревожное расстройство – негативный признак для прогноза терапии, поэтому минимизация его влияния может иметь решающее значение в отношении прогноза.

КПТ рекомендуется для лечения как сепарационной, так и генерализованной тревоги. Если КПТ позволит существенно снизить тревогу, то можно будет избежать назначения СИОЗС, что желательно, так как применение антидепрессантов может спровоцировать усиление маниакальной симптоматики. Следует также иметь в виду определенное предубеждение группы первичной поддержки ребенка против лечения СИОЗС.

Как часть психосоциального вмешательства следует рассмотреть мониторинг функционирования Виктории в школе и психосоциальную работу с учителями. Девочку характеризуют как ученицу с хорошей успеваемостью, поведением и социальными взаимодействиями. Тем не менее, уровень адаптивного поведения ребенка существенно снизился после появления манифестной маниакальной симптоматики и усиления невнимательности, ассоциированной с РДВГ. Усиление симптоматики спектра РДВГ крайне негативно сказалось на ее успеваемости.

Организация взаимодействия между врачами, семьей и школьным персоналом могла бы стать полезной для социального сопровождения девочки. Мы считали, что она может продолжать посещение школы во время терапии и нуждается в социальной поддержке, направленной на понимание учителями ее школьных проблем. Медикаментозным лечением невнимательности и других клинических проявлений спектра РДВГ планировалось заняться после стабилизации настроения Виктории.

Вынужденная кратковременная госпитализация девочки в связи с появлением психотических симптомов и усилением суицидального риска принципиально не повлияла на объем и содержание психосоциального вмешательства в школе. Психотерапевтические и социальные вмешательства обеспечили позитивную семейную динамику, снизили напряжение в семье и школе, обеспечили необходимый для медикаментозного лечения уровень комплаентности и семейной поддержки.

Комментарий

Большинство психотерапевтических вмешательств у детей и подростков с БАР систематически не изучены. Тем не менее, психообразование пациента и его семьи, а также семейная психотерапия не вызывают сомнений относительно своей эффективности [6, 11].

Во всех случаях рекомендуется обучать детей, подростков и их родственников пониманию сущности БАР, важности медикаментозного лечения, необходимости точного соблюдения врачебных рекомендаций, постоянного контроля уровня применяемых стабилизаторов настроения (солей лития и вальпроевой кислоты) в сыворотке крови, проведения специальных лабораторных тестов в рамках мониторинга безопасности лечения.

Важным является обучение родителей и ребенка навыкам мониторинга колебаний настроения, который предполагает ежедневную оценку и документальную фиксацию уровня депрессивных и маниакальных симптомов, построение графика настроения.

Другие психосоциальные формы помощи, полезные для этих пациентов:

- минимизация периодов перевозбуждения, приобретение навыков саморегуляции таких состояний;
- поддержание хорошей гигиены сна;
- обеспечение строгого соблюдения медицинских назначений;
- обсуждение риска зависимости от психоактивных веществ с пациентом и его семьей, профилактика зависимых форм поведения;
- поощрение ведения графиков мониторинга настроения пациентом и его семьей.

Полезными для родителей могут быть следующие информационные ресурсы:

1. Дружественный и авторитетный гид по традиционным и вспомогательным вмешательствам (*New Hope for Children and Teens with Bipolar Disorder: Your Friendly, Authoritative Guide to the Latest in Traditional and Complementary Solutions*) [13];

2. Воспитание капризного ребенка: как справиться с депрессией и биполярным расстройством (*Raising a Moody Child: How to Cope with Depression and Bipolar Disorder*) [14].

Лечение ребенка с БАР обязательно должно затрагивать его родственников, у которых часто наблюдаются симптомы мании, тревоги и депрессии. Семейная терапия должна помочь членам группы первичной поддержки ребенка понять взаимосвязь между этими симптомами и собственными социальными проблемами, конфликтами в семье, плохой академической успеваемостью, проблемами с поведением и законом.

Также целью семейной терапии является выявление у членов семьи зависимости от алкоголя и психоактивных веществ. Зависимые формы поведения часто наблюдаются у страдающих недиагностированными аффективными расстройствами членов семьи ребенка. Семейная терапия может стать первым шагом по вовлечению таких родственников в терапию.

Психофармакологическое лечение

Первоочередной задачей при лечении пациентов с манией является стабилизация настроения с использованием традиционных тимоизолептических лекарственных средств – солей лития и вальпроевой кислоты, атипичных антипсихотиков [15].

Убедительные данные, указывающие на преимущества традиционных стабилизаторов настроения (антиконвульсантов) у детей и подростков над атипичными антипсихотиками, отсутствуют. В то же время результаты целого ряда контролируемых исследований свидетельствуют о преимуществах атипичных антипсихотиков и сочетанной терапии атипичными антипсихотиками с тимоизолептиками/антиконвульсантами по сравнению с монотерапией традиционными стабилизаторами настроения мании при БАР у взрослых.

Большинство детских психиатров убеждены, что терапевтическая эффективность атипичных антипсихотиков (кветиапина, оланзапина, зипразидона, арипипразола, рисперидона) у подростков выше, чем тимоизолептиков/антиконвульсантов (солей лития и вальпроевой кислоты, карбамазепина): при их назначении терапевтический эффект формируется быстрее, клиническое действие более продолжительное. Тем не менее, остается много вопросов, связанных с безопасностью длительного применения атипичных антипсихотиков у детей и подростков [16].

Большинство подростков с манией при БАР получают комбинированную психофармакотерапию для стабилизации настроения. Такая терапия применяется несмотря на то, что данные по эффективности и безопасности комбинированного лечения ограничены [17, 18]. Результаты двойного слепого контролируемого плацебо исследования продемонстрировали большую эффективность комбинированного применения кветиапина с солями вальпроевой кислоты у подростков с манией при БАР по сравнению с монотерапией дивалпроексом. В данном

исследовании доза кветиапина медленно (в течение недели) титровалась до 450 мг/сут и хорошо переносилась пациентами [19].

Таким образом, терапия выбора для подростков с острой манией включает использование стабилизаторов настроения, включая атипичные антипсихотики [12, 20]. Поскольку для проявления терапевтического эффекта солей лития или вальпрооевой кислоты необходимо значительное время, применение атипичных антипсихотиков будет полезно у пациентов с острой симптоматикой, влияющей на их психосоциальное функционирование, особенно у пациентов с ажитацией, психотическими симптомами, с опасным для себя или окружающих поведением. Атипичные антипсихотики работают быстрее, при этом их некоторые побочные эффекты, как, например, седативное действие, могут быть полезными на начальных этапах лечения для быстрого установления контроля над поведением подростка.

Как было сказано выше, у Виктории не отмечалось ни тяжелой мании, ни ажитации, она могла принимать лечение, продолжая посещать школу. Это послужило основанием отдать предпочтение терапии солями лития. Отказ от терапии атипичным антипсихотиком был связан с нашим желанием избежать госпитализации девочки для титрации доз препарата.

После проведения необходимых лабораторных исследований (анализ крови на содержание креатинина, азота мочевины, электролитов; анализ мочи; исследование функции щитовидной железы) по совету наших американских коллег были назначены соли лития медленного высвобождения (Эскалит CR; препарат не зарегистрирован в Украине) для уменьшения риска побочных эффектов. Мать девочки, имевшая собственный опыт применения солей лития, амисульприда и оланзапина, высказывала опасения относительно возможных побочных эффектов при долгосрочной тимостабилизирующей терапии.

Дозу лития постепенно увеличили до 225 мг утром и 450 мг перед сном, уровень лития в сыворотке крови – 0,76 мэкв/л. Виктория хорошо переносила амбулаторное медикаментозное лечение, посещала школу и психотерапевтические сессии. Школьная учительница девочки активно сотрудничала с нашим психологом. Положительную динамику в виде редукции маниакальной симптоматики у девочки наблюдали в течение 2 месяцев.

В течение последующих 2 месяцев лечения солями лития психическое состояние девочки улучшилась, но, как это часто бывает у детей с БАР [21], у нее произошла инверсия фазы, развилась депрессивная симптоматика с психотическими симптомами (появились слуховые обманы восприятия); Виктория слышала голоса, угрожающие убить ее. После необходимых лабораторных исследований (уровня глюкозы и липидного профиля, функциональных печеночных проб, развернутого анализа крови), а также измерений индекса массы тела и окружности талии к терапии добавили кветиапин в дозе 150 мг/сут перед сном.

Несмотря на комбинированную терапию, через 2 недели состояние Виктории ухудшилось, появились суицидальные мысли, планы реализации суицидальных намерений. Возрастание суицидального риска стало причиной ее госпитализации. Во время стационарного лечения доза кветиапина была увеличена до 600 мг/сут, а уровень лития в крови доведен до 1,0 мэкв/л. Через 2 недели симптоматика улучшилась, девочка была выписана из стационара.

Две другие задачи психофармакотерапии заключались в купировании коморбидного РДВГ и тревожного расстройства. Традиционная стратегия лечение детей с БАР и нарушениями активности и внимания (коморбидным РДВГ) предполагает стабилизацию настроения при помощи стабилизаторов настроения или атипичных антипсихотиков до начала терапии стимулянтами [22]. Контролируемые исследования последнего десятилетия и клиническая практика свидетельствуют, что психостимуляторы могут назначаться таким подросткам и до стабилизации аффективных нарушений, одновременно или перед назначением тимоизолептиков.

Результаты рандомизированного контролируемого исследования 40 детей и подростков с БАР и РДВГ продемонстрировали, что соли амфетамина в низких дозах могут быть эффективными и безопасными при купировании симптоматики, ассоциированной с дефицитом внимания, с последующей стабилизацией настроения при помощи солей вальпрооевой кислоты [23].

Психостимуляторы медленного высвобождения могут быть более эффективны при нарушениях активности и внимания, сочетающихся с депрессивным эпизодом БАР. Считается, что эти лекарственные средства наряду с симптоматикой спектра РДВГ вызывают редукцию проявлений депрессии у детей и подростков с БАР. Рекомендуемая доза таких психостимуляторов для детей с БАР и РДВГ составляет 36-54 мг/сут метилфенидата медленного высвобождения или 10-20 мг/сут солей амфетамина медленного высвобождения. Печальной реальностью фармацевтического рынка Украины является отсутствие в аптечной сети современных психостимуляторов – как метилфенидата, так и солей амфетамина (несмотря на то что они относятся к числу жизненно необходимых для детской психиатрической практики).

Коморбидные тревожные расстройства можно лечить при помощи психотерапии, медикаментозно или используя одновременно оба метода. Среди психотерапевтических методов лечения КПТ была признана эффективной для лечения социальной фобии, сепарационного тревожного расстройства, ГТР, обсессивно-компульсивного и постравматического расстройства [24, 25].

СИОЗС признаны эффективными для лечения тревожных расстройств в подростковом возрасте [26], но требующими осторожности при применении у пациентов с БАР, в связи с тем что могут провоцировать инверсию фазы, появление смешанных или с быстрой сменой фаз циклических эпизодов. Поэтому у пациентов с БАР I типа до назначения СИОЗС с целью коррекции коморбидной тревожно-фобичной симптоматики необходимо предварительно стабилизировать аффективные нарушения традиционными стабилизаторами настроения или атипичными антипсихотиками. Следует отметить, что атипичный антипсихотик кветиапин и соли вальпроевой кислоты доказали свою эффективность при мании, биполярной депрессии и коморбидных тревожно-фобических нарушениях.

В дальнейшем тревожную симптоматику Виктории успешно контролировали при помощи КПТ и поддерживающей терапии кветиапином. Несмотря на это, симптоматика спектра РДВГ продолжала влиять на школьную успеваемость. Для решения этой терапевтической проблемы был назначен психостимулятор длительного действия в дозе 36 мг/сут (стартовая доза – 18 мг/сут). В 2011 г. этот психостимулятор был доступен в аптечной сети Украины. Как было сказано выше, некоторым детям с БАР необходимо назначение психостимуляторов для уменьшения их коморбидной симптоматики из спектра РДВГ [23].

Виктория хорошо переносила терапию метилфенидатом (36 мг/сут) в сочетании с поддерживающей терапией кветиапином (100 мг 2 раза в сутки). За время лечения кветиапином в комбинации с солями лития в течение нескольких месяцев масса тела девочки увеличилась на 3 кг и не корректировалась диетой. Также девочка предъявляла жалобы на металлический привкус во рту, стала более раздражительной. В связи с этими неприемлемыми побочными эффектами и тем, что настроение было стабильным на протяжении нескольких месяцев, было принято решение снижать дозу лития до полной его отмены. На фоне таких изменений в терапии у Виктории возобновилась депрессивная симптоматика, соответствующая критериям эпизода средней степени тяжести по МКБ-10.

В сложившейся терапевтической ситуации были рассмотрены несколько терапевтических альтернатив:

- возобновление приема солей лития (в рамках комбинированной терапии с кветиапином или с переходом к монотерапии);
- добавление ламотриджина к терапии кветиапином. Несмотря на то что рандомизированные контролируемые исследования ламотриджина с участием детей не проводились, существует точка зрения, что он может быть эффективен для лечения депрессии и тревожной симптоматики в детско-подростковом возрасте;
- увеличение дозы кветиапина.

Доза кветиапина была увеличена до 300 мг/сут, сохранен прием метилфенидата и его доза увеличена до 36 мг/сут. Девочка хорошо переносила назначенную терапию и через два месяца достигла состояния нормотимии при оценке с использованием рейтинговой шкалы мании у детей и подростков.

Комментарий

Медикаментозное лечение БАР принято делить на купирование острого состояния и поддерживающее лечение, направленное на профилактику рецидивов.

Выбор купирующей терапии определяется, с одной стороны, тяжестью состояния, его остротой, наличием психотических симптомов и клинической структурой текущего эпизода; с другой – наличием исключительно симптомов депрессии, мании, смешанной симптоматики, быстротой смены фаз. В качестве купирующей терапии могут использоваться традиционные стабилизаторы настроения (соли лития и вальпроевой кислоты, карбамазепин, их сочетание), атипичные антипсихотики, комбинации традиционных стабилизаторов настроения и атипичных антипсихотиков.

При остром психомоторном возбуждении, агрессивном и аутоагрессивном поведении, психотических симптомах рекомендовано применять атипичные антипсихотики. Убедительные данные о преимуществе традиционных стабилизаторов настроения над атипичными антипсихотиками в более легких случаях отсутствуют.

Детский психиатр совместно с пациентом и его родственниками должны решить, возможно ли лечение симптомов амбулаторно или необходима частичная или полная госпитализация.

Важным аспектом медикаментозного лечения является терапия коморбидных состояний – тревожных расстройств и РДВГ. Такую терапию рекомендовано начинать после стабилизации настроения на первом этапе лечения, в тех случаях, когда возможности психосоциальной помощи исчерпаны. При таком подходе терапия коморбидных расстройств является частью противорецидивного лечения.

Для длительной поддерживающей терапии у подростков более обоснованным является применение солей вальпроевой кислоты и лития, кветиапина. Терапия кветиапином и комбинированная терапия кветиапином с солями вальпроевой кислоты обладают, по-видимому, большей эффективностью. Данные относительно безопасности длительной профилактической терапии ограничены.

Выводы

БАР у детей и подростков является тяжелым расстройством психики, проявляющимся преимущественно расстройствами настроения, требующим раннего обнаружения и терапевтического вмешательства.

Подобно сахарному диабету, БАР – это хроническое заболевание, наиболее эффективной терапевтической стратегией в отношении которого является раннее использование психосоциальных вмешательств, направленных на пациента, его родственников и педагогов. Улучшение ранней диагностики и ранняя помощь детям и подросткам с БАР (психообразование, семейная терапия, стресс-менеджмент) улучшает прогноз для таких пациентов. Биологическая терапия, построенная на принципах доказательной медицины, является неотъемлемой частью терапевтической стратегии при БАР в детском возрасте.

Литература

1. Geller B. Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype / B. Geller, R. Tillman, J.L. Craney et al. // Arch. Gen. Psychiatry. – 2004. – Vol. 61. – P. 459-467.
2. Axelson D. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders / D. Axelson, B. Birmaher, M. Strober et al. // Arch. Gen. Psychiatry. – 2006. – Vol. 63. – P. 1139-1148.
3. Wozniak J. Mania-like symptoms suggestive of childhood onset bipolar disorder in clinically referred children / J. Wozniak, J. Biederman, K. Kiely et al. // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1995. – Vol. 34. – P. 867-876.
4. Goldstein T.R. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk / T.R. Goldstein, B. Birmaher, D. Axelson et al. // Bipolar Disord. – 2005. – Vol. 7. – P. 525-535.
5. Freeman M.P. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues / M.P. Freeman, S.A. Freeman, S.L. McElroy // J. Affect. Disord. – 2002. – Vol. 68. – P. 1-23.

Список литературы, включающий 26 пунктов, находится в редакции.