

## Сепарационное тревожное расстройство

*И.И. Марценковская<sup>2</sup>, М.Ю. Нестеренко<sup>1</sup>, Н.М. Степанова<sup>2</sup>,  
Л.С. Ващенко<sup>2</sup>, К.В. Дубовик<sup>2</sup>, Д.И. Марценковский<sup>3</sup>*

### Анамнез жизни и заболевания

Родители 7-летней Виктории обратились за помощью к педиатру в связи с тревогой и нежеланием ребенка посещать школу. Со слов матери, девочка боится, что родители забудут забрать ее домой после окончания уроков.

Впервые страх расставания с родителями появился у Виктории три месяца назад. Первоначально тревога наблюдалась только при выходе из дома, когда ребенка вели на занятия, затем страхи участились и усилились.

В последнее время девочка сильно переживает воскресными вечерами, думая о необходимости идти на следующий день в школу. Появились проблемы с засыпанием. Наряду с боязнью «быть забытой» возникли страхи, что с ее родителями «произойдет что-то плохое в то время, как она будет в школе или будет спать». Особенно Виктория переживает, что «ее мама попадет в автомобильную аварию» или «в их дом проберутся воры и убьют ее маму». Перед выходом в школу девочка активно сопротивляется, прячась под кровать, закрываясь в ванной комнате, устраивает истерики с просьбами оставить ее дома из-за болей в животе. При попытке отвезти ее в школу ребенок несколько раз пытался выпрыгнуть из машины, однажды на ходу.

Если родителям удастся привезти девочку в школу, она обычно ненадолго успокаивается, но остается эмоционально подавленной и грустной. Во время занятий она неоднократно просит у учителя разрешения позвонить домой для того, чтобы убедиться, что с ее мамой все в порядке. Виктория неоднократно обращалась к школьной медсестре с жалобами на боли в животе и сердце, чувство слабости, в надежде, что ее отправят домой.

Мама Виктории работает продавцом в торговом центре и не может брать дочь с собой. Отец девочки – инженер-конструктор на стройке, часто берет ее с собой на работу, где она сидит в фургоне по 8 часов в день. Родители Виктории рассматривают вероятность ухода матери с работы для того, чтобы перевести дочь на индивидуальное обучение на дому. Также им пришлось отказаться от совместных походов в ресторан или кино в связи с тем, что девочка устроила несколько истерик, когда оставалась с няньками.

Находясь дома, Виктория по пятам преследует родителей. Иногда она соглашается побыть одна в своей комнате, при условии, что ее собака будет находиться рядом с ней. Вечером, как правило, девочка засыпает в своей комнате сама, но затем неизменно пробирается в родительскую спальню и забирается к ним на кровать, утверждая, что боится «заснуть и больше никогда не проснуться». Виктория часто рассказывает о ночных кошмарах, в которых «страшные монстры хватают ее и запирают в клетке, из которой она не может убежать» или «ее родители попадают в ураган и гибнут».

Виктория также переживает из-за того, что «она не так умна, как ее одноклассники», «девочки в школе ее не любят», «у ее семьи не хватает денег, чтобы оплачивать посещение

<sup>1</sup> Государственный медицинский университет северных территорий штата Нью-Йорк (Сиракузы, США).

<sup>2</sup> Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев.

<sup>3</sup> Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев.

художественной гимнастики». Эти переживания не так сильны, как те, что связаны со страхом расставания с родителями, и девочка может их контролировать. Они не мешают сну и возможности сконцентрироваться, а также не сопровождаются никакими соматическими проявлениями.

Ранее Виктория никогда не посещала психиатра, психотерапевтические занятия и не принимала психотропных препаратов.

Девочка родилась с маленьким для своего гестационного срока весом – 2,268 кг. Болела не чаще, чем другие дети.

Виктория живет со своими биологическими родителями, 3-летней сестрой и 17-летним братом. Отношения в семье стабильные, родители много времени уделяют воспитанию детей. Не было зарегистрировано случаев насилия или пренебрежения.

В возрасте до трех лет Виктория была избирательной при социальных взаимодействиях, общалась только после того, как привыкала к новым людям, новые или необычные ситуации воспринимала настороженно. На разлуку, когда ее оставляли с сиделками в дошкольные годы, реагировала истериками и подавленным настроением. Девочка учится в общеобразовательной школе, которую начала посещать сразу после детского садика. Она нормально находит общий контакт со сверстниками, но мало общается с ними за пределами школы.

В семейном анамнезе у матери Виктории были эпизоды панического расстройства. У отца диагностировали рекуррентную депрессию, в связи с чем он принимал антидепрессанты. У старшего брата наблюдаются социальные фобии. Из-за ухудшения своего состояния, нарастающей тревоги и страхов, связанных с необходимостью находиться в социуме, общаться с преподавателями и однокурсниками, он прервал обучение в университете.

## Психический статус

Виктория опрятно одета, выглядит в соответствии со своим возрастом. Девочка и мама во время осмотра тревожны, эмоционально напряжены. Виктория беспокойна, не заинтересована в беседе с доктором, пытается уговорить маму скорее покинуть кабинет. Во время осмотра она все время сидела у мамы на коленях и входила в минимальный зрительный контакт с врачом. На детальные вопросы давала короткие ответы, при этом часто посматривая на маму, чтобы та дополнила ее. Девочка отказалась разлучаться с матерью и не дала ей выйти из комнаты для раздельного интервью. Также она выражала обеспокоенность тем, что «мама не вернется за ней, если оставит ее в комнате для собеседования одну». Настроение Виктории характеризуется ее матерью как «нервное» и «раздражительное». Поведение девочки беспокойное, мышление логичное и последовательное. Не выявлено симптомов психоза. Виктория заявила, что выпрыгнет из маминой машины на ходу, если ей придется пойти в школу.

## Обоснование диагноза

У Виктории наблюдаются выраженные симптомы сепарационной тревоги и проблемы школьной адаптации. Она переживает страдания при разлуке с родителями, думая о том, что им может быть нанесен какой-либо вред, боится быть забытой в школе, отказывается посещать ее в связи с боязнью разлуки, страдает, находясь дома без родителей, не может спать одна ночью, жалуется на ночные кошмары на тему разлуки, а также на боли в животе и общую слабость, когда находится в школе вдалеке от родителей.

Переживания, связанные с боязнью разлуки, появились у ребенка в дошкольном учреждении. Указанные симптомы тревоги, связанной со страхом разлуки, существенно мешают академической успеваемости и социальной активности девочки: не дают посещать школу, ограничивают контакты со сверстниками. Родители Виктории также предъявляют жалобы на симптомы, которые позволяют предположить наличие у ребенка генерализованного тревожного расстройства и/или социальной фобии. При диагностической оценке состояния девочки необходимо

учитывать тот факт, что тревожные расстройства имеют высокий уровень коморбидности с аффективными, поведенческими и другими тревожными расстройствами. В поведении Виктории большую роль играют как биологические, так и социальные факторы.

У девочки выявлена предрасположенность к психическим заболеваниям, упоминания о которых (паническое расстройство, депрессия, социальная фобия) есть в семейном анамнезе. Подобные нарушения в семейном анамнезе могут свидетельствовать о наличии у нее генетически детерминированных нарушений нейротрансмиссии серотонина.

Можно также предположить, что тревожные раптусы и связанные с ними поведенческие эксцессы стали инструментом, при помощи которого девочка вынуждала родителей избегать тревожно-провоцирующих ситуаций как результата их собственных психических нарушений. В связи с этим родители поступали таким образом, чтобы Виктория не посещала школу и не сталкивалась с другими тревожными ситуациями: досрочно забирали ее со школы после звонков школьной медсестры или учителя, позволяли ей спать в их кровати, разрешали ходить на работу с отцом вместо того, чтобы выполнять домашние задания.

Эта манера приспособления родителей к избеганию Викторией школы приводила к еще большей тревоге как у родителей, так и у девочки, обусловив дальнейшее усложнение нарушений поведения ребенка.

### **Диагностические процедуры**

В данном случае для психиатрической оценки ребенка целесообразно использовать детскую и/или родительскую версии полуструктурированного диагностического интервью для тревожных расстройств «Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions» (Silverman, Albano, 2004). Этот инструментарий позволяет проводить диагностическую оценку детей с эмоциональными расстройствами, в структуре которых тревога является важным проявлением, может применяться для диагностики агорафобии, социальной, специфической фобии, панического, обсессивно-компульсивного и посттравматического стрессового расстройств. Кроме того, с помощью интервью можно оценивать нарушения активности и внимания.

Оценка расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ) позволяет дифференцировать комбинированный подтип расстройства и подтипы с преобладанием невнимательности и гиперактивности/импульсивности.

Благодаря интервью с Викторией и ее матерью, можно также исключить наличие расстройств мышления или первазивных расстройств развития (просоциальных нарушений из спектра аутизма).

До составления окончательного диагностического заключения необходимо сопоставить информацию, полученную от Виктории, ее родителей и учителей. В случае тревожного расстройства, такого как у девочки, может быть полезным всестороннее оценивание. В разных ситуациях, с разными людьми поведение такого ребенка может быть различным: в школе он может демонстрировать симптоматику из спектра РДВГ, проявления социальной фобии и/или депрессии, в домашних условиях – сепарационную тревогу и соматоформные расстройства. Кроме того, необходимо выяснить и принять во внимание индекс академической успеваемости девочки, а также результаты общемедицинского (физикального) исследования. Перед постановкой психиатрического диагноза важно исключить медицинские факторы, которые могут вызывать схожую симптоматику. В связи с наличием панического расстройства у матери и депрессивного – у отца Виктории, оценка их психических нарушений также немаловажна. Следует помнить, что тревожное расстройство у матери может быть связано с тревогой ребенка. Особенно часто такая взаимосвязь прослеживается у детей дошкольного возраста.

Осмотр ребенка должен быть зафиксирован до и после лечения, а также регистрироваться родителями в течение недели терапии для оценки эффективности медицинской помощи.

**Предварительный диагноз по МКБ-10**

F.93.0. Тревожное расстройство в связи с боязнью разлуки в детском возрасте

Z 81. Психические и поведенческие расстройства в семейном анамнезе  
Z 60.8. Отказ посещать учебное заведение

**Предварительный диагноз по DSM-IV-TR**

**Ось 1**

309.21. Сепарационное тревожное расстройство, сочетающееся с отказом посещения школы. Исключить генерализованное тревожное расстройство. Исключить социальную фобию

**Ось 2**

Нет диагноза

**Ось 3**

Низкий гестационный вес

**Ось 4**

Наличие психических заболеваний у родителей (паническое расстройство у матери, рекуррентная депрессия у отца). Социальная фобия и отказ посещения учебного заведения братом

**Ось 5**

Оценка общего функционирования – 47

**Стратегии лечения**

**Психотерапевтическая помощь**

В качестве первой линии лечения для Виктории была выбрана когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Использовалась методика, разработанная Kendall и Hedtke из Университета Темпл (Филадельфия, США) и известная как «Coping Cat Program» (2006).

КПТ включала занятия с использованием детских рабочих тетрадей, дневников родителей и выработку навыков по умению девочки определять свои соматические реакции при возникновении боязни разлуки, определять и контролировать свои тревожные мысли, разработку плана действий, направленного на то, чтобы справиться с провоцирующими тревогу ситуациями, отработку этого плана в домашних условиях и в школе, оценку успешности попыток Виктории контролировать тревогу, введение специальной системы самопоощрения за успехи.

Было проведено 20 терапевтических сессий. В процессе терапии обыгрывались воображаемые, ранее затруднительные для Виктории ситуации, различные ролевые возможности при моделировании преодолевающего поведения, девочку обучали релаксирующим упражнениям. Об успешности терапии свидетельствовали нормализация уровня тревоги в воображаемых и реальных ситуациях сепарации от родителей, наличие дополнительного положительного эффекта при использовании поощрения за успешное преодолевающее поведение.

Для достижения терапевтического эффекта важным также было проведение внеаудиторной работы, направленной на отработку навыков, полученных ребенком во время терапевтических сессий. Внеаудиторная работа включала выполнение заданий в рабочей тетради и участие в моделировании поведения ребенка в затруднительных ситуациях при пробном кратковременном посещении школьных занятий. Для того чтобы достичь большего терапевтического эффекта от КПТ, проведены три специальные занятия, направленные на повышение компетенции родителей и школьного учителя Виктории.

В процессе лечения родители постоянно консультировались и сотрудничали с членами команды, оказывающей помощь Виктории. Два специальных занятия посвящены работе с родителями, которые были сориентированы в содержании и целях применяющихся терапевтических вмешательств, обучены правильному реагированию на ситуации, в которых ребенок демонстрирует поведение избегания, информированы о том, как их реагирование на такое поведение может повысить или понизить тревожность ребенка, обучены использованию стратегий, направленных

на преодоление трудностей девочки. Родители Виктории были привлечены не только для участия в моделировании фрустрирующих ее ситуаций, но и в построении системы поощрений, чтобы помочь девочке вернуться в школу, а также способствовать адаптивному поведению при расставании с ними, когда необходимо посещать школу и другие места.

### Комментарий

*При лечении тревожно-фобических расстройств у детей очень важно правильно сформулировать конкретные терапевтические цели и пути их достижения.*

*«Coping Cat Program» предназначена для детей, страдающих генерализованным тревожным расстройством, сепарационной тревогой или социальным тревожным расстройством в возрасте от 8 до 13 лет. В программе используется техника детских рабочих тетрадей; она рассчитана на 16-20 терапевтических сессий.*

*Основой метода лечения является специальная диагностика, направленная на выявление ситуаций, провоцирующих тревогу у ребенка, а также выяснение того, каким образом пациент испытывает эту эмоцию, переживает ее. Психотерапевт просит ребенка описать различные ситуации, в которых он наиболее часто переживает тревогу или страх, а затем все свои ощущения, которые он испытывает в то время, когда боится, например боли в животе, потливость, головокружение. Располагая этой информацией, терапевт совместно с ребенком и родителями должен разработать план конкретных действий (стратегию), позволяющий пациенту успокоиться и держать тревогу под контролем. Для закрепления успешного поведения ребенка должна предлагаться оптимальная система поощрения.*

*В анализируемом клиническом случае были установлены несколько терапевтических целей. Девочка, используя расслабляющие упражнения, должна была научиться справляться с тревогой, определять тревожные мысли и контролировать их, применяя проблемно-решающие стратегии и технику самовознаграждения за успешное поведение. В результате использования этих приобретенных навыков ребенком следовало ожидать уменьшения частоты проявлений поведения избегания и случаев тревожного возбуждения.*

*В процессе терапии ребенок должен был продемонстрировать снижение нежелания ходить в школу, начать посещать ее первоначально в течение части дня, а впоследствии в полном объеме. У девочки должна была постепенно снизиться частота телефонных звонков родителям, сделанных во время учебного дня, увеличиться самоуверенность в виде уменьшения тяжести дезадаптивного поведения и эмоциональных переживаний при расставании с родителями. Также Виктории следовало научиться оставаться дома с няней и/или быть в состоянии играть в другой комнате без родителей, не высказывая при этом тревоги и не предпринимая настойчивых попыток установить с ними контакт.*

*У девочки ожидается увеличение внешкольной социальной активности, например повышение частоты встреч со сверстниками за пределами школы, участие во внешкольных развлечениях. Девочка также должна продемонстрировать увеличение толерантности в общении с ранее неизвестными ей детьми и взрослыми.*

При первоначальном обследовании у Виктории были выявлены академические проблемы. Целесообразно уточнить, наблюдаются ли у девочки когнитивная недостаточность и/или расстройства школьных навыков (чтения, орфографии, счета). Для уточнения этих проблем необходимо применять специальные нейропсихологические и образовательные тесты. Результаты таких исследований, вероятно, имеют большое значение, поскольку когнитивная недостаточность может снизить эффективность психотерапии.

При терапии обязательно учитывать психоэмоциональное состояние родителей ребенка. Если они демонстрируют эмоциональные и/или поведенческие нарушения, им должна быть рекомендована консультация семейного врача или психиатра для целенаправленного обследования и лечения. Также обследование и терапия могут быть рекомендованы и брату Виктории.

Если психотерапия при лечении сепарационного расстройства у Виктории окажется недостаточно эффективной, следует рассмотреть стратегии дальнейшей терапии ребенка, которые перечислены далее.

1. Продление курса КПТ, увеличение количества терапевтических сессий.
2. Потенцирование психотерапии медикаментозными средствами, прежде всего селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС).
3. Повторный курс КПТ может быть рекомендован после стабилизации психоэмоционального состояния родителей в более благоприятных для терапии ребенка условиях.
4. Акцент в лечении может быть временно перенесен с тревоги на более значимые для социального функционирования ребенка коморбидные расстройства, например депрессию или нарушения активности и внимания или расстройства школьных навыков. Впоследствии тревожное расстройство может вновь стать основным объектом терапии.
5. Можно сосредоточить терапевтические усилия на оказании помощи родителям в овладении теми ролями, которые они исполняют в ходе КПТ, специально разработанной для маленьких детей, проведении с ними специальных тренингов, помогающих установить границы и сформировать мотивацию.

### **Фармакотерапия сепарационного расстройства**

Для лечения тревожных расстройств и депрессий у детей используются СИОЗС. В настоящее время для лечения детской рекуррентной депрессии Управлением по контролю над качеством пищевых продуктов и препаратов США (FDA) одобрены флуоксетин с возраста 8 лет и эсциталопрам – с 12 лет. Нет ни одного медикамента, который был бы утвержден FDA для терапии депрессий у детей дошкольного возраста. Другие СИОЗС также применяются в детской психиатрической практике. Для лечения тревожно-фобических расстройств FDA одобрены флуоксетин с 8 лет, сертралин – с 6 лет, флувоксамин – с 12 лет. Эти препараты доказали свою эффективность и хорошую переносимость при терапии депрессивных и тревожных расстройств у взрослых.

Испытания, посвященные применению СИОЗС для лечения тревожных расстройств в детской практике, немногочисленны. Опубликованы результаты пяти контролируемых плацебо исследований: в двух участвовали дети с генерализованными, сепарационными тревожными расстройствами и социальными фобиями, в одном – с генерализованными тревожными расстройствами, в двух других – с социальными фобиями. К сожалению, отсутствуют контролируемые испытания сравнительной эффективности различных СИОЗС при тревожных расстройствах с боязнью разлуки в детском возрасте.

Применение СИОЗС в детской практике нередко сопровождается эмоциональной дисрегуляцией и поведенческими нарушениями – раздражительностью, вспыльчивостью, дисфорическим фоном настроения, гиперактивностью и импульсивностью. В таких случаях применение СИОЗС с более коротким периодом полувыведения (флувоксамина – 15 часов, сертралина – 26 часов) может быть рекомендовано в качестве первой линии лечения. С учетом возраста Виктории, сертралин мог бы быть рекомендован в первую очередь. Флуоксетин имеет период полувыведения около трех суток. Если есть сомнения в том, что семья достаточно ответственна, для того чтобы обеспечить ежедневный прием ребенком препарата, флуоксетин может быть более предпочтителен. Сертралин в этом случае также имеет преимущество перед флувоксамином.

Эффективность и переносимость СИОЗС, применяемых для лечения тревожных расстройств у детей, широко варьирует. Не существует единого стандарта для расчета оптимальной дозы препарата в зависимости от возраста и веса ребенка. Некоторые дети отвечают на минимальные дозировки СИОЗС, поэтому стартовые дозы должны быть минимальными, например 2 мг/сут флуоксетина или 6,25 мг/сут сертралина. Другие дети нуждаются в назначении высоких доз, сопоставимых с назначаемыми во взрослой практике. Постепенное увеличение дозировки в таких случаях позволяет установить минимальный уровень дозы лекарственного средства, при котором достигается терапевтический эффект. Терапевтическое улучшение обычно появляется

через 2-4 недели лечения и нарастает при его продолжении. У некоторых детей сепарационная тревога заметно редуцируется в течение первой недели терапии.

Определить, как долго ребенок с тревожным расстройством должен получать психотропную терапию, достаточно сложно. Поскольку Виктория страдала тревожным расстройством длительное время, в ее случае целью терапии является полное отсутствие симптомов тревоги и дезадаптивного поведения при сепарации от родителей в течение продолжительного, не менее 6 месяцев, периода времени. Отмену приема медикаментов следует проводить, к примеру, летом, когда девочка не должна посещать школу и не подвержена влиянию специфических стрессогенных факторов. Препарат необходимо отменять постепенно, чтобы можно было отследить рецидив симптомов и, в случае необходимости, возобновить прием лекарства. После полной отмены препарата ребенок должен какой-то период находиться под наблюдением врача, поскольку сохраняется высокий риск рецидива расстройства через несколько недель или месяцев после прекращения лечения.

Некоторые детские психиатры задаются вопросом, можно ли назначать СИОЗС детям в связи с установленным удвоением у них риска появления суицидальных наклонностей по сравнению с плацебо (4 vs. 2%). Важно, однако, отметить, что не было зарегистрировано (доказано) ни одного случая суицида у детей, которые принимали данные препараты. Споры о целесообразности соблюдения особой осторожности при применении СИОЗС в детской практике привели к появлению так называемого особого предупреждения FDA. В нем говорится о том, что врачи должны быть осведомлены о вероятности появления у детей суицидальных мыслей и, соответственно, их отслеживать, но это не должно приостанавливать лечение, если таковое показано.

## Выводы

Для обеспечения эффективности лечения детей с тревожным расстройством, вызванным разлукой, часто требуется применение многостороннего подхода, который может включать психобразование, школьные консультации, КПТ и фармакотерапию.

У Виктории были использованы все вышеперечисленные терапевтические возможности. Это обусловлено тяжестью симптомов и значительным влиянием тревоги на ее жизнедеятельность дома и в школе.

Начальная терапия предполагала, что у Виктории будет наблюдаться улучшение при проведении КПТ. В связи с тем, что после 20 сессий такого лечения достигнутый прогресс был минимальным, был добавлен сертралин. Сочетание психотерапии и психофармакотерапии позволило повысить эффект от лечения. Дозу сертралина постепенно увеличивали с 25 до 100 мг/сут в течение двух недель до достижения первичного терапевтического эффекта. Спустя четыре недели лечения ребенок возобновил посещение школы. Девочка получала терапию сертралином в течение 6 месяцев, после чего в течение месяца препарат постепенно отменили.

## Комментарий

*Реальная клиническая практика должна основываться на результатах доказательной медицины. Однако ее необходимо менять в зависимости от собственного клинического опыта врача-специалиста. Результаты контролируемых испытаний зачастую имеют свои ограничения и никогда не дают ответа на все вопросы, которые ставит практическая работа.*

*Дети в контролируемых исследованиях с использованием СИОЗС не подвергались другим терапевтическим вмешательствам, за исключением одного. В этом исследовании терапию задержали на несколько недель, чтобы подтвердить наличие диагноза тревожного расстройства в соответствии с диагностической процедурой, предусмотренной критериями DSM-IV. Несмотря на отсутствие доказательств, полученных в результате проведения специальных контролируемых плацебо испытаний, рекомендовано начинать поведенческую терапию до начала медикаментозного лечения сепарационного тревожного расстройства.*

*Даже у ребенка, который демонстрирует проявления сразу нескольких тревожных расстройств, например у Виктории, может наблюдаться значительное улучшение состояния при*

проведении систематической поведенческой терапии. Она может быть более продолжительной и включать > 16-20 ранее рекомендованных терапевтических сессий, часть из которых должна быть направлена не только на ребенка, но и на его родителей.

В большей степени на собственный клинический опыт, чем на результаты контролируемых исследований опирается следующий тезис авторов презентации этого клинического случая о том, что психосоциальная терапия с семьей помогает повысить эффективность психофармакотерапии у детей с сепарационным тревожным расстройством.

Рекомендация начинать поведенческую терапию перед медикаментозной не означает, что ставится под сомнение возможность и эффективность биологического лечения в детской психиатрической практике, или что этому лечению отводится вспомогательная, дополнительная относительно психотерапии, роль.

КПТ доказала свою эффективность при лечении детей с тревожным расстройством, вызванным разлукой. Такая терапия обычно ограничена по времени и направлена на устранение текущих симптомов, а также психообразование людей из группы первичной поддержки ребенка. Родителям нужна помощь, чтобы понять природу тревожных расстройств их детей. Психообразование родителей позволяет им правильно квалифицировать проблемы ребенка, снизить у них уровень тревоги, минимизировать самообвинение. Во время сессий КПТ часть времени используется на обучение родителей правильному пониманию ситуаций, которые поддерживают тревожное расстройство у ребенка, избеганию провоцирующих тревогу ситуаций, применению стратегий, направленных на преодоление тревожных нарушений при разлуке (идентификации мыслей, техникам когнитивной модификации, самоощущения при успешном преодолении поведенческих всплесков).

Дети с тревожными расстройствами, вызванными разлукой, обычно имеют много страхов, связанных с провоцирующими тревогу ситуациями (посещением школы, нахождением вдалеке от родителей, засыпанием). Зачастую высказываемые детьми тревожные мысли звучат как: «Мама забудет меня в школе!», «Мама попадет в аварию, и я ее больше никогда не увижу!», «Меня украдут, и я больше никогда не увижу своих родителей!». Эти тревожные мысли вынуждают детей демонстрировать дезадаптивное поведение избегания, например отказ посещать школу, спать в своей кровати отдельно, оставаться дома самим или с няней, чтобы избежать фрустрирующей разлуки с родителями. Дети с тревожными расстройствами, связанными с разлукой с родителями, считают, что эти негативные события непременно произойдут, поэтому лечение должно включать попытку изменить эти ошибочные мысли через комплекс поведенческих терапевтических вмешательств.

Во время КПТ психиатр и родители создают для ребенка специальную стратегию, чтобы помочь ему бороться с ситуациями, провоцирующими тревогу. Команда специалистов (детский психиатр, психолог, социальный работник) должны создать специальную иерархию ситуаций и алгоритмы их преодоления. Иерархия должна включать список провоцирующих панические реакции ситуаций – от наименее провоцирующих (нахождение в соседней комнате без мамы) до наиболее непереносимых (пробывание в течение дня в школе). Ребенок учится преодолевать ситуации, провоцирующие тревогу. В процессе лечения терапевт пытается уменьшить тревожность, помогая ребенку бороться с устоявшимся мнением и придумать новые, наугадные его ситуации. Специальная системаощерений помогает мотивировать ребенка для участия в терапевтических сессиях.

Фармакотерапия показана, если изолированное применение КПТ при сепарационном тревожном расстройстве недостаточно эффективно. Медикаментозное лечение и КПТ могут применяться одновременно, если тяжесть симптомов значительно влияет на качество жизни и приводит к тяжелой дезадаптации ребенка дома (нарушение семейного функционирования) и в школе (отказ от посещения). СИОЗС являются препаратами первой линии выбора при лечении детей с сепарационным тревожным расстройством (AACAP Work Group on Quality Issues, 2007). В ходе двух контролируемых плацебо клинических исследований было подтверждено, что СИОЗС эффективны и безопасны при терапии детей и взрослых с тревожными расстройствами, в том числе с боязнью разлуки (Birmaher et al., RUPP Anxiety study Group, 2001). Другими возможными препаратами для лечения тревожных расстройств с боязнью разлуки являются трициклические антидепрессанты



*и бензодиазепины. Трициклические антидепрессанты плохо переносятся детьми, могут быть причиной кардиоваскулярных побочных эффектов и опасны в случае передозировки. Бензодиазепины, в связи с риском развития толерантности и зависимости, рекомендованы только для кратковременного применения. Бензодиазепины можно применять вместе с СИОЗС или трициклическими антидепрессантами на начальных этапах лечения для достижения быстрого эффекта и обеспечения комплаентности семьи к назначенной терапии. Габапентин и прегабалин, относящиеся к числу противоэпилептических препаратов и применявшиеся в том числе в детской практике, были впоследствии рекомендованы FDA при нейропатической боли, связанной с диабетом, фибромиалгией, постгерпетической невралгией и генерализованном тревожном расстройстве у взрослых. По сравнению с габапентином прегабалин обладает более сильным анксиолитическим действием, лучше адсорбируется и имеет более высокую биодоступность. Существуют данные о положительном опыте применения препарата при тревожных расстройствах и у детей.*

## Литература

1. Beidel D.C., Turner S.M., Sallee F.R. et al. SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. – 2007. – V. 46. – P. 1622-1632.
2. Birmaher B., Axelson D.A., Monk K. et al. Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. – 2003. – V. 42. – P. 415-423.
3. Choate M.L., Pincus D.B., Eyberg S.M. et al. Parent-Child Interaction Therapy for Treatment of Separation Anxiety Disorder in Young Children: a pilot study // Cognitive and Behavioral Practice. – 2005. – V. 12. – P. 126-135.
4. Connolly S.D., Bernstein G.A. Work Group on Quality Issues: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. – 2007. – V. 46. – P. 267-283.
5. Eisen A.R., Schaefer C.E. Separation Anxiety in Children and Adolescents: An Individualized Approach to Assessment and Treatment. – NY: Guilford, 2005. – 346 p.
6. Furr J.M., Tiwari S., Suveg C. et al. Anxiety disorders in children and adolescents: An Handbook of Anxiety and Anxiety Disorders / Edited by Antony M., Stein M. – NY: Oxford University Press, 2008. – P. 636-656.
7. Kendall P.C. Treating anxiety disorders in youth: results of a randomized clinical trial // J Consult Clin Psychol. – 1994. – V. 62. – P. 100-110.
8. Kendall P.C., Hedtke K. Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: An Therapist Manual / 3rd Edition. – Ardmore, PA: Workbook Publishing, 2006.
9. Kendall P.C., Hedtke K. Coping Cat Workbook / 2nd Edition. – Ardmore, PA: Workbook Publishing, 2006.
10. Kendall P.C., Southam-Gerow M.A. Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth // J Consult Clin Psychol. – 1996. – V. 64. – P. 724-730.
11. Kendall P.C., Flannery-Schroeder E., Panichelli-Mindel S. et al. Therapy for youth with anxiety disorders: a second randomized clinical trial // J Consult Clin Psychol. – 1997. – V. 65. – P. 366-380.
12. Kendall P.C., Safford S., Flannery-Schroeder E., et al. Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up // J Consult Clin Psychol. – 2004. – V. 72. – P. 276-287.
13. Kendall P.C., Robin J., Hedtke K. et al. Considering CBT with anxious youth? Think exposures // Cogn Behav Pract. – 2005. – V. 12. – P. 136-150.
14. Klein D.F. The flawed basis for FDA post-marketing safety decisions: the example of anti-depressants and children // Neuropsychopharmacology. – 2006 – V. 31. – P. 689-699.
15. Masi G., Mucci M., Millepiedi S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis, and management // CNS Drugs. – 2001. – V. 15. – P. 93-104.
16. Pine D.S., Klein R.G. Anxiety disorder, in Rutter's Child and Adolescent Psychiatry / 5th Edition / Edited by Rutter M., Bishop D., Pine D. et al. – London: Blackwell Science, 2008. – P. 628-647.
17. Pine D.S., Klein R.G., Roberson-Nay R. et al. Response to 5% carbon dioxide in children and adolescents: relationship to panic disorder in parents and anxiety disorders in subjects // Arch Gen Psychiatry. – 2005. – V. 62. – P. 73-80.
18. Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group: Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents // N Engl J Med. – 2001. – V. 344. – P. 1279-1285.
19. Rynn M.A., Siqueland, Rickels K. et al. Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of children with generalized anxiety disorder // Am J Psychiatry. – 2001. – V. 158. – P. 2008-2014.

*Список литературы, включающий 23 пункта, находится в редакции.*