

Дифференциальный диагноз биполярного расстройства у детей и подростков

G.A. Carlson ¹

Дифференциальная диагностика биполярного аффективного расстройства (БАР) у детей и подростков является сложной проблемой. Диагноз мании в рамках БАР I типа невозможно поставить без многолетнего наблюдения. Эта болезнь приводит к инвалидизации, однако необходимо отличать ее от других схожих патологий. Наличие в семейном анамнезе БАР может увеличить риск возникновения определенных симптомов и нарушений поведения, характерных для начала заболевания, но не стоит ставить диагноз лишь на основании анамнеза. Пока не появятся биомаркеры для подтверждения диагноза и прицельные способы лечения болезни, имеет смысл выставлять диагноз БАР у детей и подростков лишь на время, с расчетом на необходимость повторного обследования в перспективе.

Существует, как минимум, пять проблем на пути к дифференциальной диагностике БАР у детей и подростков, которые рассмотрены ниже.

1. Как определить подтип БАР (дифференциальный диагноз между манией и депрессией, между БАР I типа и неуточненным БАР)?

2. Возраст ребенка и начало развития болезни.

3. Считать ли болезнью лишь те эпизоды, когда четко видны перемена настроения и нарушение функционирования по сравнению с преморбидным фоном, или же рассматривать, к примеру, вспышки гнева и сильную раздражительность уже как перемену настроения?

4. Кто должен предоставлять информацию о симптомах заболевания во время мании, и когда следует собирать данные – по прошествии приступа или в самый разгар болезни, когда их легче изучить?

5. Влияние семейного анамнеза на постановку диагноза.

Отнюдь не все дети и подростки могут четко рассказать о своей жизни, не всегда понимают такие отвлеченные понятия, как эйфория или скачка идей. Родители же могут недооценивать или вовсе неверно трактовать переживания своих детей. Основную часть времени дети проводят в школе, следовательно, если ребенок ежедневно пребывает большую часть дня в определенном настроении, то перемены в его поведении и настроении может заметить учитель, независимо от того имеет ли он/она представление о мании или депрессии и других болезнях.

В этой статье речь пойдет по большей части о мании и различиях между детьми и подростками. Будет предпринята попытка описать развернутый подход к диагностике заболевания и обсудить влияние различных путей предоставления информации на постановку диагноза.

Мания в постпубертатном возрасте

Джеффри было 14 лет, когда он впервые попал в поле зрения врачей. Он – общительный, энергичный, целеустремленный, творческий молодой человек, имеет одновременно множество увлечений, которые не бросает на полпути, достаточно старательно и ответственно подходит ко всем своим занятиям. Однако за последние месяцы у парня появились проблемы с концентрацией внимания; по ночам он стал плавать без предупреждения в соседском бассейне, пытался позвониться до президента Буша с целью посоветовать дальнейшую тактику ведения войны в Ираке, стал вспыльчив

¹ Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stony Brook University School of Medicine, USA.

и непримирим с родителями, когда те пытались уложить его поспать. Вслед за этим периодом, который длился несколько недель, Джеффри почувствовал физическую слабость, был изнурен, потерял интерес к общению с друзьями, к увлечениям, практически перестал есть и ощущал себя крайне подавленным. При дальнейшем опросе удалось выяснить и другие симптомы, указывающие на манию без признаков депрессивных эпизодов в анамнезе. Задачей врача было выяснить что это: «подростковое поведение» или психопатология. Сложности были в том, что за две недели до изменений в поведении Джеффри получил травму головы на футбольной тренировке без потери сознания, и, возможно, это повлияло на развитие болезненных симптомов. Хотя и видно, что Джеффри перенес классический по симптоматике эпизод мании, некоторые вопросы все же нуждаются в уточнении.

1. Насколько велик вклад изначально гипертимных черт характера Джеффри в дальнейшее изменение поведения [2]? Человек с гипертимным характером обычно жизнерадостен, кипуч, разговорчив, шутлив, слишком оптимистичен, раскован, беззаботен, энергичен, полон краткосрочных планов, часто меняет круг интересов, во все вмешивается, становясь назойливым. Все это относилось и к Джеффри. Перешел ли он грань гипомании или даже маниакального эпизода? Будь он по характеру тихим, скромным человеком до начала возбуждения – вопрос был бы легко решен в положительную сторону. В то же время подобные нарушения и последующая депрессия не укладываются лишь в рамки особенностей характера.

2. Имела ли значение травма головы? Есть данные о связи между травмой головного мозга и возникновением мании [3]. Существует также состояние под названием «изменение личности после черепно-мозговой травмы», которым описывают пациентов с расторможенным поведением [4]. В ранних версиях DSM это был термин «органическое аффективное расстройство».

3. Есть ли данные о злоупотреблении Джеффри психоактивными веществами? У подростков возникший впервые эпизод нарушения настроения вызывает вопросы о наличии алкогольной или наркотической зависимости [5]. Так, при злоупотреблении марихуаной, алкоголем и другими наркотиками у них может развиваться психотическая или аффективная симптоматика. Хотя положительный тест на содержание токсических веществ в организме помогает подтвердить факт употребления наркотиков, отрицательный результат вовсе не указывает на отсутствие зависимости. Более того, маниакальная симптоматика может продолжаться неделями, когда пациент уже перестал принимать вещества. Иногда трудно разобраться, насколько велика роль употребления наркотических средств в возникновении изменений настроения, приближает ли это начало болезни и удлиняет ли ее течение, ведь она могла бы протекать быстрее, или же это совсем несущественно [6].

У 11-27% подростков, поступивших в больницу по причине первого психотического эпизода, предварительно диагностировали БАР I типа [7]. Однако во время первого эпизода крайне трудно точно определиться с диагнозом из-за смешанности и изменчивости симптоматики со временем. Пример: Деннису 16 лет, на протяжении трех дней он не спал, появилось ощущение, что он может управлять миром; мальчик писал записки, в которых утверждал, что у всех предметов вокруг есть своя цель и связь между собой, включая немецкую свастику, Египетские пирамиды и голубя мира. Он испытывал физическое возбуждение, был многословен, нарастали параноидные мысли, что психиатр хочет ему навредить. На протяжении следующих 6 месяцев на терапии антипсихотиком и литием аффективная симптоматика угасала, но появились ощущение передачи мыслей на расстояние и соответствующие нарушения мышления, которые были стойкими. Через 10 лет был выставлен диагноз шизаффективного расстройства ввиду хронического нарушения мышления и стойкой психотической симптоматики. Медикаменты улучшали настроение пациента, но не влияли на негативные симптомы.

Несмотря на то, что пациентом с первым маниакальным психотическим эпизодом почти в 70% случаев ставится диагноз БАР (иногда как промежуточный) в течение 10 лет после начала болезни, в данном случае в сторону худшего прогноза и утяжеления диагноза указывало наличие симптомов первого ранга по Шнайдеру, а также преморбидное снижение социального функционирования [8]. Предвестниками неблагоприятного прогноза принято считать также депрессивные проявления, детскую психопатологию и раннее начало болезни [9].

Мания у детей

Диагноз мании в возрасте до 10 лет является куда более спорным, чем у подростков [10]. Для применения критериев БАР к детям в DSM-IV-TR были внесены изменения в списке симптомов мании с целью включить наиболее частые проявления болезни у детей раннего возраста. Неразрешенным остается вопрос: растут ли эти дети здоровыми до первых эпизодов депрессии или мании (как в случае с Джеффри: острое начало мании, отдельные эпизоды, отсутствие коморбидной патологии), или же это непрерывные перепады настроения на фоне подавленности – близкие к тем, которые наблюдались у пациентов, включенных в исследование под названием «Программа оказания систематической помощи в лечении биполярного расстройства» (STEP-BD) [11]? А возможно, прогноз их совершенно иной – пациенты вырастают и в будущем не переживают никаких эпизодов измененного настроения [12]?

Коварность и сложность диагностики ранних форм БАР заключается в различной интерпретации критериев. При «классических» случаях мании противоречий практически нет: четко отслеживается начало болезни, а маниакальные симптомы, последовательно проявляясь, не дают спутать манию с другой психопатологией. При течении же болезни в менее «классическом ключе» появляется гораздо больше разночтений [13]. Критерии могут быть надежны для определенной категории пациентов, однако не гарантируют точность и не распространяются на другие группы. Согласно DSM-IV-TR, под маниакальным эпизодом понимают четкий временной отрезок наличия характерного ряда симптомов. К сожалению, нет согласованности в понимании границ этого временного отрезка [14]. Поэтому критерии мании в следующей версии DSM-5 подвергнутся некоторым изменениям (см. на сайте www.dsm5.org). В документе указано, что «врачи так и не смогли прийти к единому мнению, что же все-таки считать эпизодом мании, особенно много споров в литературе в области детской психиатрии».

По мнению группы исследователей расстройств настроения, формулировки в DSM-IV, касающиеся критериев мании и гипомании, привели лишь к возникновению путаницы. Поэтому целью предложения об изменениях в DSM будет внесение большей ясности, чтобы гарантировать более точную, последовательную диагностику. При этом необходимо опираться на опыт прежних версий DSM с учетом современных динамических характеристик болезни. Критерий А будет звучать так: в течение определенного времени непривычно и постоянно приподнятое настроение, экспансивность, раздражительность, непривычная и постоянная энергичность, приподнятость, длящиеся не менее 1 недели и сохраняющиеся почти ежедневно большую часть дня (продолжительность не важна, если необходима госпитализация).

Точное представление о симптомах крайне важно при обсуждении дифференциального диагноза мании. Если и признают возможность возникновения симптомов депрессии вне связи с депрессивным эпизодом, или клинической депрессией, то маниакальные симптомы подобным образом почти не оценивались. Ранее опубликованные результаты исследования в 1988 г. [15], а также ряд других работ подтвердили, что симптомы мании возникают гораздо чаще, чем сам маниакальный эпизод, и наносят серьезный ущерб здоровью. Однако эти симптомы неспецифичны и встречаются при разной патологии [16, 17]. Не зная точно, возник эпизод или нет (время начала и конца изменений «привычного для пациента поведения»), не имея данных о раннем детском возрасте, о том каким было это «привычное поведение», крайне трудно отличить манию от других детских болезней, протекающих с раздражительностью и ажитацией. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – заболевание, которое чаще всего путают с манией у детей. Значительная часть симптомов совпадает: в обоих состояниях присутствуют отвлекаемость, порывистость, гиперактивность, ускоренная и избыточная речь [19]. И все же у детей с манией симптоматика богаче, чем при неосложненном СДВГ. У таких детей, как правило, нарушения бывают более глубокими; обязательно находится и другая патология (коморбидные состояния) согласно критериям [20, 21]. Любопытно, что при сравнении детей с симптомами мании и детей с СДВГ, осложненных в обоих случаях схожей коморбидной патологией, все различия исчезают [22, 23]. Встает диагностический вопрос: либо дети

с симптомами мании страдают БАР в сочетании с СДВГ, либо СДВГ протекает на фоне повышенной эмоциональной или протестной отгороженности.

Эмоциональность/протестное поведение при СДВГ в DSM-III/IV рассматриваются среди «асоциированных симптомов». В DSM-IV-TR утверждается, что эмоциональный компонент болезни включает в себя низкую устойчивость к фрустрации, раздражительность, вспышки гнева, шаткость настроения, дисфорию и низкую самооценку. Все симптомы укладываются в рамки настроения. Эмоциональный компонент присутствует в обоих проявлениях СДВГ – нарушении внимания и гиперактивности. Симптоматика СДВГ, вызванная нарушением внимания, может быть изначально связана с дефектом сферы регуляции и контроля, в то время как симптомы гиперактивности и импульсивности могут происходить от нарушений в эмоциональной сфере [24]. Очевидно лишь то, что у детей как с БАР, так и с СДВГ, осложненным эмоциональными нарушениями, гораздо четче проявляются нарушения, что проверено при сравнении их со случаями СДВГ без осложнений в ходе поперечных и продольных исследований [20, 25].

СДВГ и БАР часто сопутствуют друг другу. В недавно опубликованном исследовании под названием «Продольное изучение симптомов мании» очень подробно разбирается вопрос СДВГ и БАР [16, 20]. Исследователи сравнили детей в возрасте от 6 до 12 лет ($n = 621$), чьи родители прошли положительный тест на наличие симптомов мании по опроснику общего поведения, с детьми, родители которых не набрали достаточное количество баллов ($n = 86$) [26]. Из общего числа детей ($n = 707$) большая часть (59,5%) страдала СДВГ, 6,4% имели болезнь из биполярного спектра без СДВГ, у 16,5% имело место и то, и другое, и 17,5% были здоровы. Спектр биполярных нарушений равномерно составляли случаи БАР I типа и БАР неуточненное, также было небольшое количество БАР II типа. Как и в предыдущих исследованиях [1, 15], у детей с симптомами мании не обнаружили расстройства биполярного спектра. Из 162 детей с болезнями биполярного спектра большинство (72,2%) также страдали СДВГ. По результатам опроса родителей выяснилось, что при наличии сочетания этих болезней симптомы богаче, чем в случае с каждой из патологий в отдельности. Диагноз выставлялся по детской диагностической шкале для аффективных расстройств и шизофрении [27]. Хотя авторы и не уточняли, но некоторые полагают, что данные были основаны в большей степени на ответах родителей, поскольку учителя часто были не согласны с результатами [20]. И все же, уделялось много внимания тому, чтобы отличить хронические симптомы от острых или непостоянных. Именно такой подход помогает при дифференцировке мании и СДВГ от совместного протекания этих болезней. Кроме сбора анамнеза, в котором возможно наличие эпизодов, необходимо скрупулезное изучение всех перекрывающихся друг друга симптомов. Симптомы мании и СДВГ, смешиваясь, могут давать следующую картину:

- дурашливое, расторможенное поведение у ребенка с СДВГ, пытающегося быть смешным без учета обстоятельств, или же это просто приподнятое настроение;
- импульсивность или желание наслаждаться без учета последствий;
- отказ ложиться спать вовремя или же просто сниженная потребность во сне;
- усиление едва заметных симптомов СДВГ в связи с увеличением нагрузки в начальной или средней школе или же начало нарушения настроения;
- усугубление симптомов СДВГ, включающее большую протестность, вспыльчивость, бестолковое поведение, в рамках плохих отношений внутри семейного и школьного круга, среди сверстников;
- назойливая, сбивчивая или причудливая речь у детей с проблемами речи в рамках СДВГ или болезней аутистического спектра может напоминать скачку мыслей или нарушение мышления при мании;
- «галлюцинации» у крайне тревожных детей или же симптомы, неконгруэнтные аффекту при мании.

Детей с РСА из-за нарушения контроля эмоций можно спутать с теми, кто страдает манией [28]. И дело не только в их импульсивности и чрезмерной активности. Нарушения речи могут также быть похожи на нарушение мышления, особенно для клинициста, не имеющего большого

опыта в дифференциальной диагностике [29]. Как и в случае с СДВГ, хорошо собранный анамнез может помочь отличить, какие из симптомов хронические, а какие возникли впервые в рамках измененного состояния. Интересно, что дети с аутизмом и БАР (включая и наиболее классические эпизодические варианты БАР) всегда рассматривались вместе [30], а вот дети с общим расстройством психологического развития почти всегда были вне поля зрения при исследованиях.

Нарушение регуляции настроения

Линду в 11 лет родители привели к врачу из-за перепадов настроения, а именно частых вспышек гнева [13]. С самого раннего детства она страдала СДВГ, симптомы которого были практически непрерывны на фоне лечения стимуляторами. К 5-му классу школы девочка стала раздражительна, непослушна, злобна по отношению к родителям, игнорировала их озабоченность ее школьными оценками. Появилось чувство грандиозности с идеями о ненужности учебы. Линда посещала порно-сайты и допоздна засиживалась перед компьютером якобы с онлайн-друзьями, отставала в учебе и сторонилась сверстниц. Вспыльчивость в школе не проявлялась, но симптомы СДВГ были налицо. Родители во время сбора анамнеза подтвердили наличие симптомов, напоминающих манию. Сама Линда жаловалась на дисфорию, раздражительность, проблемы с концентрацией внимания, сниженную самооценку и эпизодические мысли о самоубийстве. Помимо прочего, дома происходили серьезные ссоры, но без насилия. Дифференциальный диагноз Линды по критериям DSM-IV мог бы включать в себя СДВГ и начинающееся оппозиционное расстройство с нарушением поведения, большое депрессивное расстройство, вторичное расстройство адаптации с ухудшением социальных связей, успеваемости и домашних связей, а также эпизод смешанной мании.

Нарушения настроения/лабильность во многих случаях присутствуют как важный компонент целого ряда состояний [31]. Непрофессионалы чаще используют термин «биполярный» для описания перепадов настроения, то есть необъяснимых для постороннего внезапных его перемен. Речь идет о резком возникновении плохого настроения как причины раздражительности. При переживании маниакального эпизода и взрослые, и дети часто раздражительны. Однако спорным остается вопрос: страдают ли крайне вспыльчивые дети манией, или же это характер (раздражительность как его черта), что ставит под сомнение диагностику таких состояний, как депрессия, тревога, шизофрения и т. д., в которых значительную роль играет симптом раздражительности [32].

Депрессивные и тревожные расстройства

Раздражительность как симптом, разумеется, имеет значение не только при мании, но и при депрессии (в равной степени при большой депрессии и дистимии) и тревожных расстройствах (включая посттравматическое стрессовое, обсессивно-компульсивное расстройства, социофобию, избегание и генерализованное тревожное расстройство). Как и в случае с СДВГ, вопрос «депрессия это или тревога?» не стоит, скорее – сочетание и того, и другого. Особенную трудность представляет, как различать смешанную манию, или «быстрые» циклы, и ажитированную депрессию. Некоторые рассматривают ажитированную депрессию как болезнь биполярного спектра [33]. Продольные прои ретроспективные испытания показывают, что преимущественно депрессивный тип течения болезни из биполярного спектра чаще приобретает хроническое течение и труднее поддается лечению, чем маниакальный [9, 34, 35]. Вопрос, который возникает в ходе проспективного исследования детской группы, таков: какое количество детей «перерастает» манию и уходит в депрессию или даже в ремиссию [12, 36]?

Раздражительность и гиперактивность также присущи тревоге. У взрослых и подростков БАР часто сопровождаются болезненной тревогой. У взрослых наличие тревожных симптомов снижает вероятность выздоровления от депрессии при БАР, удлиняет время течения болезни и увеличивает вероятность повторного эпизода [37]. У детей тревожное расстройство часто предшествует началу мании, и в таком случае маниакальный эпизод будет рассматриваться как коморбидное расстройство. Если же ранее тревога не возникала, вполне приемлемо рассматривать ее в рамках маниакального эпизода, не считая коморбидным расстройством [38]. У детей и подростков тревога чаще всего

связана с БАР II типа. У таких пациентов часто параллельно наблюдаются более длительные и тяжелые эпизоды депрессии, а также имеет место более богатый семейный анамнез в отношении депрессии, чем у детей и подростков без тревожных симптомов в качестве коморбидной патологии [38].

Расстройство регуляции настроения с чертами деструкции

Leibenluft и группа исследователей по изучению расстройств настроения (Intramural Program on Mood Disorders), организованная в Национальном институте психического здоровья (NIMH), в попытке точнее разобраться в сходствах и различиях между хронической, выраженной раздражительностью и более классическим, имеющим эпизодическое течение, БАР, предложили выделить такое состояние, как «выраженное расстройство регуляции настроения» (ВРРН) [32]. Это состояние характеризуется постоянной раздражительностью с частыми вспышками гнева и чаще расценивается как мания, шизофрения или расстройство шизофренического спектра, общее нарушение психологического развития, посттравматическое стрессовое расстройство, злоупотребление психоактивными веществами, органическое или неврологическое расстройство. В выборке из 146 детей 75% в качестве коморбидного расстройства имели СДВГ и оппозиционное расстройство, а более чем у половины (58%) хоть раз в жизни был эпизод тревожного расстройства. Несмотря на то, что проспективных исследований не было проведено на детях с ВРРН, экстраполируя данные других исследований [39-41], можно предположить, что в основе таких нарушений поведения лежит депрессия. Таким образом, группа по изучению расстройств настроения в рамках DSM-5 использует данные этих исследований для добавления ВРРН в новое руководство в раздел расстройств настроения. Это состояние получило название расстройства регуляции настроения с чертами деструкции (РРНД) (см. www.dsm5.org).

При отсутствии эпизодического течения дифференцировка РРНД от мании не должна представлять трудности. Плюс ко всему, начало болезни чаще всего приходится на возраст от 6 до 10 лет, что позволяет уберечь от постановки «серьезного диагноза» темпераментных дошкольников и одновременно расценивать расстройство как детское. Именно хроническое течение болезни (то есть симптомы длятся не менее 1 года) не позволяет выставить детям диагноз РРНД. Это те дети, которые реагируют на острый стресс, и им мог бы быть поставлен диагноз расстройства адаптации с нарушением поведения или настроения. Диагноз же РРНД, при верной постановке, обычно обозначает тяжелое состояние и потерю или снижение трудоспособности [31].

Основной диагностической трудностью в случае с РРНД является тот факт, что раздражительность и вспыльчивость – неспецифические признаки [42]. Дети, постоянно проявляющие вспышки гнева (не важно, присутствует хроническая раздражительность или нет), в конце концов попадают в скоруюпомощную больницу, психиатрические и другие надзорные и специальные учебные учреждения. Необходимость диагноза продиктована надобностью подсчета таких больных, обеспечения их должным лечением и включением в страховой список. Обычно такие вспыльчивые дети попадают в категорию оппозиционного расстройства или нарушения поведения, притом обе категории не входят в страховой список болезней, поскольку расцениваются в рамках «семейных» или «социальных» проблем. В связи с отсутствием достоверной и точной кодировки для подобных вспышек гнева, врачи вынуждены присуждать им категорию БАР, что в свою очередь препятствует серьезному пониманию природы этих вспышек [43].

Возникает вопрос, не являются ли вспышки гнева некой разновидностью или же более тяжелым проявлением перепадов настроения (tantrums) у пациентов раннего детского возраста [44, 45]? Интересно, что оба состояния в целом схожи, отличаясь лишь продолжительностью (20 и 5 минут соответственно), а также более грубым поведением (дети могут пинаться, бить, швыряться, плевать) и степенью вреда, который может причинить ребенок в состоянии tantrum, в силу того, что эти дети старше (от 7 до 17 лет). Нет данных, описывающих особенности вспышек гнева при различной патологии, то есть гнев, возникающий при приступе паники, внешне схож на таковой при маниакальном эпизоде, оппозиционном расстройстве, депрессии и т. д. [46]. Многие врачи беспокоятся, что этим диагнозом начнут злоупотреблять в равной степени с диагнозом «биполярное расстройство» [43].

Ошибок можно избежать правильным следованием алгоритму, к примеру, если брать вспышки гнева как ключевой и различительный признак для ряда состояний, где они присутствуют, подобно тому, как виды кататонии позволяют различать между собой ряд патологий. Например, диагноз «СДВГ со вспышками гнева» – ключевыми в данном случае, мог бы быть расценен как самостоятельный диагноз «вспышки гнева», что позволило бы обеспечить более полноценное лечение.

Расхождение данных опроса

Обязательным минимумом в детской и подростковой психиатрии является сбор анамнеза у родителя/опекуна и самого ребенка. В случае нарушений поведения, как при СДВГ, важно также узнать мнение учителей. К сожалению, выяснилось, что совпадения в данных опросов очень невелики. Мера соответствия каппа между словами ребенка и родителя в случае мании или депрессивной симптоматики, как правило, ниже 0,2.

В то же время Biederman et al. выяснил, что в 62,7% случаев мании и родитель, и ребенок признавались в наличии маниакальных симптомов [47]. Данные Tillman et al. отличались немногим – 49,5% [48]. Однако Tillman в исследовании показал, что самые высокие цифры соответствия результатов опроса характерны для симптомов СДВГ (80% – для ускоренной речи, 91,4% – сверхэнергичности, 85,9% – двигательной активности), 75,8% – для раздраженного настроения, значительно ниже были показатели для остальных симптомов мании (42,2% – повышенное настроение, 32,5% – чувство собственного величия, 35,8% – скачка мыслей, 34,4% – расторможенное поведение, 16,2% – сниженная потребность в сне, 21,4% – психотические явления). Кроме того, в специфических симптомах мании дети признавались куда реже, чем родители. Отсюда и простое объяснение столь частых споров по поводу диагноза: мания это или СДВГ, поскольку, по большей части, при оценке психического состояния ребенка специалисты ориентируются на интерпретацию родителей.

При изучении БАР исследователи никогда не ставили целью выяснить значение каких-то других источников информации о маниакальном поведении ребенка, кроме родителей.

Корреляция данных, полученных от родителей и учителей, приближается к $r = 0,3$ [49]. Carlson и Blader сообщают, что там, где показания учителей и родителей относительно симптомов мании (данные получены с помощью детской шкалы оценки мании) совпадали в высокой степени, применение метода логистической регрессии выявило 10-кратно превалирующее число иных диагнозов, связанных с экзогенными расстройствами (СДВГ, оппозиционное расстройство, нарушение поведения или комбинация этих болезней) [1, 50]. А у детей с расстройствами биполярного спектра степень совпадения данных, выясненных у родителей и учителей, была более высокой. И, напротив, в спектре эндогенных заболеваний (тревога и депрессивные расстройства) наблюдалось в 3,7 раза большее несоответствие между сведениями, полученными от учителей и родителей с помощью детской шкалы оценки мании.

В этом исследовании при постановке диагноза использовалась более совершенная система оценки информации, полученной и от родителей, и от детей, и от учителей, помимо простого опроса, часто не имеющего конкретную структуру. Для того чтобы объяснить, почему тяжелое состояние ребенка, длящееся неделями, замечается родителями, а учителями – нет, необходимы дополнительные исследования.

Семейный анамнез

Очевидно, что БАР имеет наследственный компонент [51]. Давно опубликованный мета-анализ исследований показал, что у родителей с БАР дети имеют в 2,7 раза больший риск развития психического расстройства и в 4 раза более высокий риск возникновения нарушения настроения в сравнении с детьми здоровых родителей [52]. Недавние испытания подтвердили эти цифры [53]. Однако, интересно то, что гораздо выше оказался риск развития общих психопатологических нарушений, чем БАР I типа. К примеру, Hillegers et al. обнаружил, что к 21 году среди испытуемых голландских подростков, входивших в группу высокого риска, 3% страдали БАР I типа, 10% – расстройством биполярного спектра, но 59% имели какую-либо

психопатологию [54]. Хотя дети из группы высокого риска с нарушениями настроения в большей мере, чем здоровые дети, подвержены развитию БАР во взрослом возрасте, они также значительно рискуют заболеть огромным количеством других болезней [55].

Во многих исследованиях, посвященных группам высокого риска, сравниваются дети родителей, страдающих БАР, с таковыми из контрольной группы, родители которых не имеют психических расстройств, что указывает на разницу в риске. Однако в поле зрения врачей попадают и дети из семей с любыми другими психическими заболеваниями, такими как СДВГ, аутизм, неспособность к обучению, другие расстройства настроения и шизофрения. Есть мнение, что у детей, родители которых хорошо отвечали на терапию литием, болезнь протекает легче, чем у тех, чьи родители резистентны к литию [56]. Это могло бы помочь при подборе терапии в случае постановки диагноза БАР I типа. И все же, наличие диагноза у родителей отнюдь не означает наличие заболевания и у ребенка.

И наконец, возраст группы риска для БАР значительно растянут. В исследовании, проведенном среди населения Дании, которое включало группу детей, чьи родители хоть раз были госпитализированы с БАР, было выявлено, что к возрасту 53 лет среди «детей», у кого болел один из родителей, риск составил 4,4% по сравнению с 0,48% риска у тех, кто имел родителей без БАР. Разница же риска среди детей в возрасте до 20 лет ничтожно мала [57]. Из этих показателей следует вывод, что подозрения по поводу БАР возрастают, но нельзя брать факт наличия в семейном анамнезе за абсолютный критерий для постановки такого диагноза, особенно если у ребенка отсутствуют другие диагностические компоненты болезни.

Выводы

Несмотря на то, что мания/БАР I типа часто начинается в раннем возрасте, с диагнозом лучше повременить не один год. Это – тяжелое состояние, снижающее трудоспособность, но есть и другие заболевания, от которых его следует уметь отличать. Психозы, злоупотребление психоактивными веществами и ажитированная монополярная депрессия представляют большие трудности при постановке дифференциального диагноза у подростков. Определение расстройств исполнительных функций у детей также является сложным. Многосторонний опрос увеличивает шансы правильной диагностики, хотя необходимо четко представлять разницу и верно сопоставлять ответы родителей, учителей и самого ребенка. Наличие в семейном анамнезе болезни может увеличивать риск возникновения определенных симптомов и нарушений поведения, характерных для начала БАР, однако не следует ставить диагноз на основании анамнеза. Кроме того, сложные дети чаще всего из сложных семей.

Пока не будут выявлены биомаркеры для точного подтверждения диагноза и лекарственные средства, исключительно специфичные для этой патологии, имеет смысл ставить диагноз БАР у детей и подростков лишь на время, с расчетом на необходимость повторного обследования в перспективе [58]. Утверждение, что ребенок болен на всю жизнь, требует более значительных доказательств, чем те, которыми мы располагаем.

Литература

1. Carlson G.A., Blader J.C. Diagnostic implications of informant disagreement for manic symptoms // *J Child Adolesc Psychopharmacol.* – 2011. – № 21. – P. 399-405.
2. Akiskal H.S., Khani M.K., Scott-Strauss A. Cyclothymic temperamental disorders // *Psychiatr Clin North Am.* – 1979. – № 2. – P. 527-554.
3. Jorge R.E., Robinson R.G., Starkstein S.E. et al. Secondary mania following traumatic brain injury // *Am J Psychiatry.* – 1993. – № 150. – P. 916-921.
4. Max J.E., Robertson B.A., Lansing A.E. The phenomenology of personality change due to traumatic brain injury in children and adolescents // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* – 2000. – № 13. – P. 161-170.
5. Wilens T.E., Biederman J., Millstein R.B. et al. Risk for substance use disorders in youths with childhood-onset bipolar disorder // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* – 1999. – № 38. – P. 680-685.
6. Carlson G.A., Bromet E.J., Lavelle J. Medication treatment in adolescents vs. adults with psychotic mania // *J Child Adolesc Psychopharmacol.* – 1999. – № 9. – P. 221-231.

7. Carlson G.A., Naz B., Bromet E.J. Phenomenology and assessment of adolescent-onset psychosis: observations from a first admission psychosis project // Findling R.L., Schultz S.C. (eds). Juvenile onset schizophrenia. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2005. – P. 1-38.
8. Bromet E.J., Kotov R., Fochtmann L.J. et al. Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis // Am J Psychiatry. – 2011. – № 168. – P. 1186-1194.
9. Carlson G.A., Kotov R., Chang S.W. et al. Early determinants of four-year clinical outcomes in bipolar disorder with psychosis // Bipolar Disord. – 2012. – № 14. – P. 19-30.
10. Carlson G.A., Jensen P.S., Findling R.L. et al. Methodological issues and controversies in clinical trials with child and adolescent patients with bipolar disorder: report of a consensus conference // J Child Adolesc Psychopharmacol. – 2003. – № 13. – P. 13-27.
11. Nierenberg A.A. Lessons from STEP-BD for the treatment of bipolar depression // Depress Anxiety. – 2009. – № 26. – P. 106-109.
12. Cicero D.C., Epler A.J., Sher K.J. Are there developmentally limited forms of bipolar disorder? // J Abnorm Psychol. – 2009. – № 118. – P. 431-447.
13. Dubicka G., Carlson G.A., Vail A. et al. Prepubertal mania: diagnostic differences between US and UK clinicians // Eur J Child Adolesc Psychiatry. – 2007. – № 17. – P. 153-61.
14. Carlson G.A. Broadening bipolar disorder – by design or by accident? // World Psychiatry. – 2011. – № 10. – P. 195-6.
15. Carlson G.A., Kashani J.H. Manic symptoms in non-psychiatrically referred adolescents // J Affect Disord. – 1988. – № 15. – P. 219-26.
16. Stringaris A., Stahl D., Santosh P. et al. Dimensions and latent classes of episodic mania-like symptoms in youth: an empirical enquiry // J Abnorm Child Psychol. – 2011. – № 39. – P. 925-37.
17. Findling R.L., Youngstrom E.A., Fristad M.A. et al. Characteristics of children with elevated symptoms of mania: the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms (LAMS) study // J Clin Psychiatry. – 2010. – № 71. – P. 1664-72.
18. Galanter C.A., Leibenluft E. Frontiers between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder // Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. – 2008. – № 17. – P. 325-46.
19. Milberger S., Biederman J., Faraone S.V. et al. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: issues of overlapping symptoms // Am J Psychiatry. – 1995. – № 152. – P. 1793-9.
20. Arnold L.E., Demeter C., Mount K. et al. Pediatric bipolar spectrum disorder and ADHD: comparison and comorbidity in the LAMS clinical sample // Bipolar Disord. – 2011. – № 13. – P. 509-21.
21. Carlson G.A. Bipolar disorder and attention deficit disorder – comorbidity or confusion // J Affect Disord. – 1988. – № 51. – P. 177-89.
22. Carlson G.A., Loney J., Salisbury H. et al. Young referred boys with DICA-P manic symptoms vs. two comparison groups // J Affect Disord. – 1998. – № 51. – P. 113-21.
23. Serrano E., Ezepeleta L., Castro-Formejes J. Comorbidity and phenomenology of bipolar disorder in children with ADHD // J Atten Disord. – 2013. – № 17(4). – P. 330-8.
24. Martel M.M. A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models // J Child Psychol Psychiatry. – 2009. – № 50. – P. 1042-51.
25. Barkley R.A., Fischer M. The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. – 2010. – № 49. – P. 503-13.
26. Youngstrom E.A., Frazier T.W., Demeter C. et al. Developing a 10-item mania scale from the Parent General Behavior Inventory for children and adolescents // J Clin Psychiatry. – 2008. – № 69. – P. 831-9.
27. Kaufman J., Birmaher B., Brent D. et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. – 1997. – № 36. – P. 980-8.
28. Towbin K.E., Pradella A., Gorrindo T. et al. Autism spectrum traits in children with mood and anxiety disorders // J Child Adolesc Psychopharmacol. – 2005. – № 15. – P. 452-64.
29. Carlson G.A., Meyer S.E. Diagnosis of bipolar disorder across the lifespan: complexities and developmental issues // Dev Psychopathol. – 2006. – № 18. – P. 939-69.
30. DeLong G.R., Dwyer J.T. Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's syndrome and bipolar affective disease // J Autism Dev Disord. – 1988. – № 18. – P. 593-600.

Список литературы, включающий 57 пунктов, находится в редакции.

Подготовил А.З. Махмудов