

ТЯЖЕЛЫЙ депрессивный эпизод у подростка: в поисках баланса между психофармакотерапией и психотерапией

*И.А. Марценковский,
ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины», г. Киев;
А.В. Каптильцева,
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев*

По данным ВОЗ, люди в возрасте 16–24 лет демонстрируют наиболее высокий уровень психических нарушений в сравнении с любой другой возрастной группой. Каждый четвертый страдает одним или более расстройством психики и поведения в соответствии с номенклатурой DSM, около 9 % находятся в состоянии хронического стресса и имеют связанные с ним нарушения адаптивного поведения. В частности, самоубийство является ведущей причиной смерти у лиц в возрасте 15–24 лет.

Депрессии обычно манифестируют в середине/конце подросткового возраста. Очень важной является ранняя диагностика и терапия депрессий, позволяющие предотвратить утяжеление симптоматики и появление суицидального риска.

Подростковые годы — это период формирования самосознания и самобытности человека. Наличие депрессии деформирует развитие, может привести к изоляции от семьи и друзей, появлению рискованного поведения, такого как опасное вождение, раннее начало половой жизни, промискуитет, употребление наркотиков, алкоголя. Депрессия также может быть причиной академической неуспеваемости, отказа от продолжения обучения и снижения тенденции социального роста.

Ранняя диагностика депрессии и выявление суицидального риска в подростковом возрасте — весьма сложная задача. Подростки часто не оценивают свои проблемы как болезненные проявления и трактуют их как следствие социальных проблем и психических травм. Они не склонны обсуждать эти вопросы с родителями и учителями.

Представление клинического случая семейным врачом

Марина, 13 лет, учится в 8-м классе, обратилась в поликлиническое отделение Государственного учреждения «Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины» по направлению семейного врача.

Девочка родилась на 38-й неделе беременности путем кесарева сечения, причиной чему послужили преэклампсия у роженицы и дистресс-синдром плода.

Со слов Марины, проблемы со здоровьем у нее начались еще в 7-м классе, после того как она поссорилась с лучшей подругой, в результате чего и другие школьные друзья «были настроены против меня». Вскоре девочки помирились, однако в искренность их дружбы Марина больше не верила. Несмотря на пережитые в детском коллективе конфликты, девочка окончила учебный год с хорошими оценками. Летние каникулы Марина просидела дома, проведя большую часть времени за просмотром телевизора. Родители пытались поощрять ее общение с друзьями, однако девочка ссылаясь на то, что «все ее подруги разъехались, и общаться ей не с кем, на улице душно и скучно».

Марина надеялась, что в следующем учебном году «все будет как раньше», «взаимоотношения с одноклассниками станут дружескими и искренними, такими, как до конфликта». Однако уже в начале учебного года, находясь среди школьных друзей, она поняла, что «не нравится подругам, и прежней теплоты в отношениях нет». Мать заметила переживания дочери и поняла, что «дочка оказалась как бы в замкнутом круге: ее неуверенность в себе, навязывание дружбы одноклассникам привели к обратному эффекту — еще большему их отдалению».

Также Марина жаловалась маме на то, что ей «стало трудно концентрироваться во время уроков», что она словно «летает в космосе», когда выполняет задания. При этом ей удавалось поддерживать академическую успеваемость на прежнем уровне, но приходилось прилагать больше усилий и времени, что сопровождалось чувством усталости. Девочка стала предъявлять жалобы на плохой сон. Из-за постоянных переживаний о том, с кем ей общаться в школе, как к ней относятся друзья, что она может отстать в учебе, Марина тяжело засыпала, еще тяжелее ей было вставать утром с постели, поскольку чувствовала себя уставшей, зачастую с болью в животе и вновь думала о своих проблемах. В течение всего этого времени она ела много конфет и «разной нездоровой пищи, как бы заедая свои переживания».

Родители, обеспокоенные усугубляющейся самоизоляцией дочери, ненормальным режимом ее сна и питания, снижением успеваемости в школе, показали ее

семейному врачу. Доктор диагностировал у девочки депрессию и рекомендовал начать лечение с приема антидепрессанта (АД) из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Ей был назначен флуоксетин в дозе 20 мг/сут (однократный утренний прием).

Спустя две недели настроение Марины улучшилось, жизнь приобрела яркие краски, а мучавшие ранее переживания уменьшились. Тем не менее, симптомы психического расстройства у девочки полностью не редуцировались, сохранялись чувство усталости, соматическое недомогание, «раздражительность» в утренние часы, трудности с концентрацией внимания. Семейный врач увеличил дозу флуоксетина до 40 мг/сут (однократный утренний прием). После увеличения дозы соматические симптомы депрессии редуцировались, нормализовались настроение и сон, но значительное улучшение в социальной жизни девочки не наблюдалось, на уроках и при выполнении домашних заданий она с трудом могла сосредоточиться. К тому же к прежнему весу прибавилось 5 кг. Семейный доктор порекомендовал заменить флуоксетин на пароксетин (20 мг/сут) и направил девочку на консультацию к психологу. После трех месяцев приема пароксетина и психотерапии самочувствие Марины не изменилось. Семейный врач принял решение о консультации девочки у детского психиатра.

Представление клинического случая детским психиатром

На прием к детскому психиатру Марина пришла в повседневной одежде. Внешне обычная, немного полноватая девочка подросткового возраста. При общении легко идет на контакт. Речь по количеству и частоте произносимых слов, тембру голоса обычная для ее возраста. Освоившись в кабинете врача, стала более подвижной, ей с трудом удается усидеть на одном месте.

Свое настроение Марина характеризует как хорошее. Ход мыслей девочки имеет логичную целенаправленность, суждения и умозаключения без соскальзываний, резонерства, в процессе беседы нить разговора не теряет.

По итогам разговора с Мариной детский психиатр не выявил перцепторных нарушений, отметив, что сенсорное развитие и познавательные функции девочки соответствуют ее возрасту, суицидальные мысли отсутствуют. Ознакомившись с историей заболевания и жизни Марины, психиатр заключил, что у нее нет дополнительных медицинских проблем. Девочка сексуально не активна и хорошо понимает риски передачи половых инфекций.

Семейная история семьи Марины отягощена депрессивными и тревожными расстройствами. Беглый анализ отягощенности психическими заболеваниями семейной истории показал, что депрессивные нарушения имели место у отца Марины, ее матери, тети, бабушки; у дедушки по материнской линии было диагностировано обсессивно-компульсивное расстройство. К тому же семья Марины из-за работы отца несколько раз меняла место жительства, переезжая из одного города в другой. Четыре года назад, обосновавшись на новом месте, родители записали ее в частную школу, программа обучения

в которой предусматривала индивидуальный подход в воспитании школьников. Уже тогда, по словам матери, в семье были конфликты из-за разногласий родителей в решении проблемы сиблингового соперничества дочери с ее младшим братом Андреем.

В детском саду и начальных классах школы Марина чувствовала себя довольно некомфортно среди детей, постоянно волновалась о том, не травмируются ли ее родители, заберут ли ее из садика или из школы, испытывала сепарационную тревогу, когда шла в школу или оставалась дома одна. Зачастую такие переживания сопровождалось появлением у нее рвоты. Такие формы реагирования на разлуку с родителями вскоре (по мере адаптации в коллективе) прекратились и больше не повторялись. В общении со сверстниками и взрослыми девочка была робкой и стеснительной, демонстрировала слабое социально-адаптированное поведение.

Как объяснила мать, у Марины и ранее были определенные трудности с концентрацией внимания на уроках в школе. На нарушения концентрационной функции внимания, «мечтательность» жаловались учителя девочки, но поскольку пациентка училась хорошо, не была гиперактивной, импульсивной или непослушной, это не вызвало особого беспокойства. Когда Марину спрашивали: «Где она витает?», — она смеялась и говорила: «Я всегда нахожусь вне зоны доступа! Мои друзья называют меня «Марина — космос». Мама девочки также сообщила, что во время разговора Марина могла терять его нить и путаться в мыслях.

В анамнезе девочки нет сведений о других аффективном, тревожном расстройствах, переедании или нарушениях сна. Кроме того, и Марина, и ее мама отрицают поведенческие проблемы, трудности в обучении, личностные расстройства.

Результаты психодиагностического скрининга медицинским психологом

Прежде чем Марина и ее родители пришли на прием к детскому психиатру, подросток был обследован медицинским психологом. Результаты тестирования с использованием шкалы детской депрессии (CDI) выявили у девочки низкую самооценку и наличие межличностного конфликта; полученные ею 30 баллов свидетельствуют о наличии среднетяжелой депрессии (Kovacs, 1985).

Оценка по многомерной шкале детской тревоги (MASC) показала у Марины наличие среднетяжелой социальной тревоги (March et al., 1997). Согласно скринингу с применением учительской версии шкалы Коннора (CTRS-R), у девочки установлено расстройство с дефицитом внимания/гиперактивностью (РДВГ). На основании оценки заполненной родителями Марины шкалы Коннора, родительского варианта (CPRS-R) выявлено наличие у девочки социальных сложностей, психосоматических нарушений и РДВГ (Connors et al., 1998).

Состояние Марины не соответствовало критериям травматического расстройства по шкале для обследования детской и подростковой травмы (CATS) и обсессивно-компульсивного расстройства по шкале для скрининга обсессивно-компульсивных нарушений (MASC-OC) (March, 1997, 1999).

Семья, по оценкам Марины и ее мамы, имеет высокий уровень сплоченности, средний уровень семейного контроля и конфликтности между родителями и детьми, низкий уровень семейной конфликтности. В поведении девочки прослеживается мотивация к изменениям (по индексу Мак-Конаги), однако есть также определенное сопротивление этому.

Психодиагностическое обследование семьи сыграло важную роль в установлении контакта с семьей и достижении первичной лояльности к психотерапевтическим интервенциям.

Проблемы дифференциальной диагностики клинического случая

Клинические проявления и динамика психических нарушений, выявленные и оцененные членами мультидисциплинарной группы, требовали проведения дифференциальной диагностики между целым спектром расстройств психики: депрессией, дистимией, социальным тревожным, генерализованным тревожным, посттравматическим стрессовым расстройствами, РДВГ.

Проблемы дифференциальной диагностики при оценке с использованием диагностических критериев DSM-IV-TR

Ось 1

296.35. Тяжелое депрессивное расстройство в стадии частичной ремиссии (высокий уровень сплоченности семьи подтверждает вероятность такого диагноза)

300.02. Генерализованное тревожное расстройство текущее (в случае позитивной диагностики эпизода тяжелой депрессии не диагностируется, поэтому взаимосвязь между данным расстройством и депрессией должна быть выяснена)

314.01 или 314.00. Высокая вероятность диагностики РДВГ (при проведении дифференциальной диагностики необходимо выяснить, является ли этот субтип расстройства комбинированным или же наблюдается субтип с дефицитом внимания)

309.21. Тревожное расстройство, возникшее вследствие ссоры и разлуки с друзьями в анамнезе (наличие посттравматического стрессового расстройства маловероятно, но требует исключения, как и ситуация травли в школе, скрываемая от родителей)

Ось 2

Расстройство личности исключено

Ось 3

Наличие другой медицинской патологии исключено

Ось 4

Хорошо функционирующая семья, проблемы во взаимоотношениях со сверстниками. Социальные навыки недостаточно сформированы и не адекватны для того, чтоб инициировать и поддерживать соответствующий уровень общения со сверстниками

Ось 5

Общая оценка функционирования по детской шкале оценки общего функционирования (CGAS) составляет 55–60 баллов

У девочки установлены многочисленные психические нарушения, поддерживающие диагностику депрессии:

- доминирующее депрессивное настроение, отмечающееся еще с 7-го класса (несмотря на указанное хорошее настроение на приеме у врача);
- ангедония;
- социальная изоляция в период летних каникул;
- усиление аппетита, приверженность к сладкому, трудности при засыпании;
- специфичные когнитивные нарушения (снижение концентрации внимания, рассеянность на уроках, увеличение затрат времени и физических сил для выполнения заданий, снижение академической успеваемости).

Симптомы, частично подтверждающие диагноз депрессии: физическая утомляемость, снижение энергии (отмечено в контексте бессонницы), наличие тенденции к самоуничтожению, проявляющееся в социальных переживаниях по поводу принятия или непринятия ее сверстниками; неусидчивость во время интервью, которая может указывать и на психомоторную ажитацию при тревоге. Неусидчивость и невнимательность могут также свидетельствовать в пользу диагностики РДВГ.

У девочки имеются также клинические проявления, не поддерживающие диагностику депрессии: отсутствие мыслей о смерти или суициде.

Обсуждение заключительного клинического диагноза

Рассматриваемый клинический случай затрагивает цепочку сопутствующих проблем диагностики и лечения. Согласно данным анамнеза заболевания, 13-летняя девочка проживает с родителями и младшим братом, ее развитие проходит на фоне повышенного уровня тревожности (прежде всего сепарационной и социальной), отмечаются также проблемы с концентрацией внимания.

Так, начиная с 7-го класса, у Марины стали наблюдаться симптомы легкой депрессии, которая протекала волнообразно, периодически имели место состояния спонтанной ремиссии. Вывод о рекуррентном течении депрессии у девочки поддерживает семейная история (ранее отмечавшиеся у родственников депрессивные эпизоды) и преморбидные расстройства психики, ассоциированные с нарушениями нейротрансмиссии серотонина (тревожность и проблемы с концентрацией внимания).

Кроме того, в 8-м классе у девочки наблюдалось развитие более длительного депрессивного эпизода, для купирования которого использовались два СИОЗС (в терапевтически эффективной дозировке, с адекватной продолжительностью приема) и поддерживающая терапия, что обеспечило частичную ремиссию.

Впоследствии течение депрессивного эпизода было утяжелено нарушениями социального взаимодействия, появлением когнитивных нарушений (трудностей в школьном обучении), снижением самооценки, развитием соматических нарушений. На момент приема у психиатра у девочки отмечались диагностические критерии средней тяжести депрессии, социальная тревога, проблемы с концентрацией внимания.

С целью проведения наиболее полного исследования состояния Марины, установления максимально точного диагноза и назначения эффективного комплексного фармакологического и психотерапевтического лечения, детский психиатр принимал во внимание всю полученную во время интервью и в результате тестирования информацию, которую сопоставлял с диагностическими критериями DSM-IV-TR.

Проверка выполнения диагностических критериев систематики является определяющей при проведении дифференциальной диагностики и формулировке окончательного диагноза.

Тем не менее такая концептуализация диагностического процесса не всегда соответствует потребностям реальной клинической практики. К примеру, DSM-IV-TR определяет строгие критерии для диагностики РДВГ, сепарационного тревожного и депрессивного расстройств. Для постановки диагноза РДВГ у Марины должно быть выявлено, как минимум, шесть из девяти симптомов, которые впервые проявились в возрасте до семи лет. Для диагностики тяжелого депрессивного расстройства у девочки должны наблюдаться по меньшей мере пять из девяти симптомов.

Возникает вопрос, а если не хватает всего лишь одного симптома, заболевание Марины должно быть расценено как не соответствующее таким критериям? Является ли этот факт достаточным основанием для отказа от терапии АД? Скорее всего, нет. Тем не менее на сегодняшний день отсутствуют опирающиеся на принципы доказательности рекомендации по лечению субсиндромальных состояний.

Методики и тестовые шкалы, используемые при оценке наблюдающегося у Марины расстройства, являются, скорее, скрининговыми, нежели диагностическими, и не включают все необходимые критерии DSM-IV-TR для окончательной диагностики или исключения депрессивного, тревожного расстройств, РДВГ.

Применение скрининговых шкал для самооценки депрессии, таких как шкала центра эпидемиологических исследований депрессии (CES-DC) или шкалы Бека для диагностики депрессий (BDI, BDI-1A, BDI-II), представляется целесообразным для определения терапевтического эффекта, однако в качестве диагностического инструмента они недостаточно валидны (Radloff, 1991; Beck et al., 1988). Тесты для оценки родителями, так называемые опросники, например контрольный список детского поведения (CBCL) или шкалы Коннора, (учительский/родительский варианты) (CTRS-R, CPRS-R), имеют подобные проблемы с валидностью (Achenbach and Edelbrock, 1983; Connors et al., 1998).

Более точную диагностическую информацию можно получить из клинического интервью с пациентом, оценивая выраженность симптомов, их длительность, время появления. Предпочтительным является использование специального полуструктурированного интервью для диагностики аффективных расстройств и шизофрении (K-SADS-PL), хотя и оно может не полностью удовлетворять задачи клинической и дифференциальной диагностики (Kaufman et al., 1996).

Квалификация коморбидных расстройств

При формулировке окончательного диагноза важно учитывать вероятность развития сопутствующих (коморбидных) расстройств. Клинические исследования свидетельствуют о наличии у 70–80 % подростков с депрессивными расстройствами по меньшей мере еще одного коморбидного расстройства, не учитывать которое недопустимо.

Идентифицировать коморбидное расстройство на уровне депрессии бывает довольно сложно из-за неточности (смазанности) первоначальной картины заболевания, поэтому важно быть внимательным на протяжении всего лечения и правильно оценивать изменения клинических проявлений у пациента.

В ходе диагностического интервью было установлено, что психическое состояние Марины соответствует критериям неуточненного тревожного расстройства DSM-IV-TR с широким спектром клинических симптомов, включающих соматические проявления, социальную тревогу, тревожно-ориентированные копинг-стратегии избегания, которые, однако, не соответствуют в полной мере диагностическим критериям для более дискретных тревожных синдромов. Пациентка испытывает большой дискомфорт в социальных ситуациях, особенно в общении с ровесниками, что усложняет дифференциацию ее состояния с депрессией.

Симптомы депрессии и тревоги определенным образом взаимосвязаны между собой, что следует учитывать в терапевтической стратегии лечения. Примером может служить стремление Марины избавиться от стресса за счет общения с друзьями. В те моменты, когда она встревожена или скучает, Марина старается уйти от одиночества (что вполне нормально для девочек ее возраста), но ее поведение при этом дезадаптивно, она отпугивает окружающих своими «идеями преследования», тем самым увеличивая социальную тревогу, что в свою очередь запускает механизм поиска одобрения у родителей, друзей, в школе. Такие действия в поведении Марины создают замкнутый круг, в котором социальная девиация приводит к изоляции, более отчаянному социальному поведению, исход которого — отчуждение от близких и друзей. При определении терапевтической стратегии сложности могут вызывать неопределенные причинно-следственные взаимоотношения между коморбидными расстройствами. Например, важно разобраться, страдала ли девочка РДВГ за 6–7 лет до появления первых симптомов депрессии?

Даже если предположить, что это отдельные заболевания, следует признать, что они влияют друг на друга: например, РДВГ ведет к школьной дезадаптации, нарушает отношения со сверстниками, создает предпосылки для травматизации и развития депрессивного расстройства; с другой стороны, специфичный нейрокognитивный дефицит при депрессии может включать вторичные нарушения внимания и активности. У Марины могут наблюдаться два относительно дискретных психических расстройства или же проявляться перекрывающиеся друг друга спектры симптомов, например РДВГ и биполярного расстройства.

Формулировка диагноза по DSM-IV-TR

Ось 1

296.22. Тяжелое депрессивное расстройство
314.00. РДВГ. Преобладание дефицита внимания

Ось 2

Не выявлено

Ось 3

Не выявлено

Ось 4

Хорошо функционирующая семья, проблемы во взаимоотношениях со сверстниками. Социальные навыки недостаточно сформированы и не адекватны для того, чтоб инициировать и поддерживать соответствующий уровень общения со сверстниками

Ось 5

Общая оценка функционирования по CGAS составляет 55-60 баллов

Формулировка диагноза по МКБ-10

F32.11

Умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами

F90.0

Нарушение активности и внимания

F93.2

Социальное тревожное расстройство детского возраста

Z60.4

Социальная изоляция. Общая оценка функционирования по CGAS составляет 55–60 баллов

Симптомы расстройства девочки также соответствуют критериям недиагностированного РДВГ по DSM-IV-TR (субтипа с преобладанием невнимательности). Симптомы спектра РДВГ предшествуют развитию симптомов депрессии, проявляются прежде всего тогда, когда ей скучно, обостряются в социально-тревожных ситуациях. Симптомы РДВГ Марины порождают проблемы в общении с ровесниками и социальной жизни в школе. Проблемы с вниманием и нарушением активности включают: повышенную отвлекаемость на некоторые звуковые и слуховые раздражители, невысокие навыки адаптивного поведения, неумение планировать свою деятельность при решении социальных проблем, трудности с поддержанием устойчивости внимания, особенно в условиях низкоуровневого стимула.

При выборе и оценке методов лечения клиницисту также важно учитывать не только развитие расстройства, но и его последствия. Например, у Марины и ранее были некоторые трудности в общении со сверстниками, однако с возникшей депрессией усугубилась социальная дезадаптация. Даже после редукции депрессии не следует ожидать, что социальная изоляция автоматически исчезнет. Это также актуально для наблюдающихся у пациентки таких явлений, как низкая самооценка, проблема с концентрацией внимания, нарушение сна.

Обсуждение терапевтической стратегии

Марине назначили начальный курс терапии АД в средне-терапевтической дозе с последующим ее увеличением, а также поддерживающую психотерапию для предупреждения рецидивов.

Такая терапевтическая стратегия была тестирована в тexasском проекте по определению алгоритма медикаментозного лечения депрессий у детей (Hughes et al., 1999). Основные цели этого метода лечения – полное выздоровление подростка и исключение последующих рецидивов депрессии. При подростковых депрессиях такие цели являются достижимыми. Рекомендуемая терапевтическая альтернатива включает возможность назначения флуоксетина, циталопрама, сертралина, эсциталопрама и пароксетина. Другие медикаменты в контексте вероятного рецидива депрессии должны назначаться с особой осторожностью и с учетом состояния пациентки.

Эффективным дополнением к медикаментозному лечению может стать параллельно проводимая психотерапия, например когнитивно-поведенческая (КПТ) или интерперсональная терапия для подростков (ИПТ) (Weersing et al., 1997; Mufson et al., 2004). Результаты исследования лечения депрессии у подростков дают основания предполагать, что КПТ в качестве дополнения к фармакотерапии значительно повышает общую эффективность лечения (March et al., 2004). ИПТ также может оказывать положительный эффект для психосоциальной реабилитации девочки.

Кроме эпизода депрессии, у Марины диагностированы симптомы тревоги. В рассматриваемом случае применение СИОЗС и КПТ в равной степени целесообразны как при депрессии, так и при тревожных расстройствах (Seidel and Walkup, 2006). Однако для пациентки в качестве дополнения к лечению тревожной симптоматики можно рекомендовать применение релаксационной терапии и методики систематической десенсибилизации.

Бесспорно, правильным терапевтическим решением при диагностике у девочки РДВГ могло стать применение полифармакотерапии (психостимуляторов и СИОЗС), в дополнение к которой может быть рекомендована специальная поведенческая терапия.

Обсуждая лечение Марины, следует обратить внимание на то, что после последовательного приема двух рекомендованных ей курсов терапии СИОЗС ремиссия не была достигнута. Это послужило основанием для увеличения дозы АД. В качестве терапевтической альтернативы следовало рассмотреть переход на АД иной группы или прибегнуть к терапии солями лития либо бупропионом.

Смену препарата, как правило, рекомендуют, если нет положительной динамики или наблюдаются непереносимые побочные реакции. Увеличение дозы принимаемого АД показано для пациентов, у которых есть эффект от лечения, но ремиссия не достигнута (Rush et al., 2006; Trivedi et al., 2006).

При этом следует иметь в виду, что отличить продолжение или утяжеление депрессии у подростков от побочных эффектов АД бывает довольно сложно,

поскольку в обоих случаях могут наблюдаться апатия, нарушения сна и аппетита.

После достижения положительного терапевтического ответа при лечении депрессии рекомендуется продолжить его в течение 6–9 месяцев. В этот период желательно интенсивное лечение резидуальных симптомов депрессии, учитывая значительную вероятность рецидива. Такая терапия может проводиться как с использованием исключительно фармакологических средств, так и в комплексе с психотерапией (прежде всего КПТ и ИПТ).

Терапия сопутствующего заболевания

Фармакотерапия нередко используется для устранения коморбидной симптоматики при депрессии. Многие специалисты считают, что дополнительные симптомы целесообразно начинать лечить до начала терапии основного заболевания. Зачастую такие симптомы не являются прямыми критериями определения первичного расстройства (например, агрессия у больного депрессией, тяжелое расстройство сна).

Эти симптомы иногда требуют назначения дополнительной психофармакотерапии. При этом следует помнить общее правило: как только симптомы основной болезни редуцируются, дополнительное лечение необходимо прекратить. Некоторые данные исследования взрослых пациентов с депрессией и бессонницей свидетельствуют о том, что комбинированная терапия снотворным и АД эффективнее уменьшает симптоматику, нежели только АД (Fava, 2006).

В случае с Мариной клиницисты, прежде всего, должны рассмотреть необходимость лечения сопутствующего РДВГ, используя соответствующие протоколы, для достижения максимального терапевтического эффекта. Кроме того, вероятно применение нескольких терапевтических альтернатив. Во-первых, можно пересмотреть препарат, назначаемый для лечения депрессии, СИОЗС заменить на средство из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина, например милнаципран. А во-вторых, к терапии СИОЗС может быть добавлена терапия психостимуляторами (метилфенидат, атомоксетин). Третья стратегия включает продолжение лечения СИОЗС в расчете, что купирование нейрочувствительных расстройств при депрессии позволит уменьшить выраженность нарушений активности и внимания.

Рекомендации по дальнейшему ведению пациентки

Рекомендации по дальнейшему лечению Марины должны основываться на результатах мониторинга ее состояния, включать советы по организации психосоциальной помощи и долгосрочной психофармакотерапии, а также педагогической и поведенческой коррекции поведения в школе. Любое из перечисленных вмешательств должно быть основано на принципах доказательной медицины.

Так, в случае с Мариной для тренинга по управлению депрессией и тревожностью может быть рекомендована КПТ.

Существуют руководства по КПТ как для клиницистов, так и непосредственно для пациентов (Carran, 2005; Kendall et al., 2000; McKay et al., 2007; Burns, 1980, 1999). Врачу, использующему КПТ, полезно объединить несколько психотерапевтических техник, раскрытых в литературе о применении КПТ при депрессиях (динамической активации, когнитивной реструктуризации, снижения конфликта) и тревоге (экспозиции, когнитивной реструктуризации, положительного самоподкрепления), а также родительского психообразования для повышения эффективности управления оппозиционным поведением у подростков с РДВГ. В этом контексте при КПТ используются стратегии избыточного обучения, которые связаны с психосоциальными и соматическими интересами и легко объединяются с психофармакологическим управлением поведения.

Марину необходимо поощрять к участию в социальной деятельности вне школы, например к посещению театрального кружка или спортивной секции, что поможет расширить круг ее общения. Одной из главных целей терапии должна быть попытка разомкнуть так называемый замкнутый круг, оказавшись в котором по причине социальной изоляции, девочка начинает излишне навязываться своим друзьям, что, соответственно, вызывает негативную реакцию с их стороны и еще больше отдаляет ее от них. В случае Марины сотрудничество с родителями и школой — важные аспекты осуществления выбранной стратегии, которая может проводиться амбулаторно.

В своих исследованиях Raree (2000) советует родителям детей с депрессией посещать специальные родительские курсы, направленные на модификацию негативного опыта, укрепляющего оппозиционное поведение ребенка. Такой опыт может быть следствием неправильного отношения с проявлениями первичного дезадаптивного комплекса, ассоциированного с РДВГ, депрессией или тревогой.

Диета и физические упражнения, возможно, могут помочь Марине избавиться от лишнего веса, а также преодолеть связанную с депрессией гиподинамию. Даже при получении высококвалифицированной КПТ в представленном клиническом случае сложно достичь качественной ремиссии без медикаментозного лечения. Исходя из представленных выше данных, вероятность наступления ремиссии у Марины оценивается в 50 % в первые четыре месяца терапии, при 90 % вероятности достижения существенного улучшения после длительного лечения.

Медикаментозное лечение должно позволить снизить выраженность тревоги, депрессии, устранить нарушения активности и внимания, облегчить применение КПТ и повысить ее эффективность. В свою очередь, КПТ может предотвратить развитие рецидива после отмены лекарственных средств. В случае монотерапии следует учитывать, что прием медикаментов иногда связан с повышением суицидального риска, но при использовании КПТ суицидальные тенденции можно значительно снизить и достичь более качественной ремиссии (Hamrad, 2006; Kratochvil, 2006; March, 2006).