

Клинический разбор

Тревожное расстройство в связи с боязнью разлуки в детском возрасте (сепарационное тревожное расстройство)

Клинический случай представляет детский психиатр Д.И. Марценковский (Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев).

В обсуждении принимают участие: детский невролог, психиатр А.Н. Дзюба, детский психолог Л.С. Ващенко, детский и подростковый психиатр Я.Б. Бикшаева (Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, г. Киев), детский и подростковый психиатр М. Нестеренко (клиника детской и подростковой психиатрии Государственного медицинского университета северных территорий штата Нью-Йорк – Upstate Medical University, США, г. Сиракузы).



Д.И. Марценковский

Описание клинического случая

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

История заболевания. Впервые страх расставания с родителями появился 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 со страхом «быть забытой» появились страхи, что с ее родителями «произойдет что-то плохое в то время, когда она будет в школе или будет спать». Особенно Виктория переживает, что «ее мама попадет в автомобильную аварию» или что «в их дом проберутся воры и убьют ее маму». Перед выходом в школу Виктория активно этому сопротивляется, прячась под кровать, закрываясь в ванной комнате, устраивает истерики, надоедая матери просьбами оставить ее дома из-за болей в животе. При попытке отвезти ее в школу девочка несколько раз пыталась выпрыгнуть из машины, однажды на ходу.

Если родителям девочки удается привезти ее в школу, она обычно ненадолго успокаивается, но остается эмоционально подавленной и грустной. Во время занятий она неоднократно просит у учителя разрешения позвонить домой, 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, надеясь, что ее отправят домой с занятий.

Мама Виктории работает продавцом в торговом центре и не может брать дочь с собой на работу, когда она отказывается идти в школу. Отец девочки работает инженером-конструктором на стройках, часто берет ее с собой на работу, где она сидит в фургоне по 8 часов в день, пока он работает. Родители Виктории рассматривают возможность увольнения матери девочки с работы, чтобы перевести дочь на индивидуальное обучение на дому. Родителям Виктории также пришлось отказаться от походов в ресторан или в 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 она, как правило, засыпает в своей комнате одна, но затем неизменно пробирается в родительскую спальню и забирается к ним на кровать, утверждая, что боится «заснуть и больше никогда не проснуться». Девочка 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», что «девочки в школе не любят ее», «у ее семьи не хватает денег, чтобы оплачивать посещение художественной гимнастики». Эти переживания не так сильны, как те, что связаны со страхом расставания с родителями, и девочка может их контролировать. Эти переживания 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.

История развития ребенка. Виктория родилась с низким 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 нянями в дошкольные годы, реагировала истериками и подавленным настроением.

Виктория учится в общеобразовательной школе, которую начала посещать сразу после детского сада. Она нормально находит общий контакт со сверстниками, но мало общается с ними за пределами школы.

Семейный анамнез. В семейном анамнезе у матери Виктории были эпизоды панического расстройства. У отца Виктории была диагностирована рекуррентная депрессия, 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 обществе, общаться с преподавателями и однокурсниками он прервал обучение в университете.

Оценка психического статуса. Виктория опрятно одета, выглядит соответственно своему возрасту. Девочка и мама во время осмотра тревожны, эмоционально напряжены. Виктория беспокоится, не заинтересована в беседе с врачом, пытается уговорить маму скорее покинуть кабинет. Во время осмотра она все время сидела у мамы на коленях и входила в минимальный зрительный контакт с опрашивающим ее врачом. На детальные вопросы Виктория давала короткие

ответы, при этом часто посматривая на маму, чтобы та дополнила их. Она отказалась разлучаться с матерью и не дала ей выйти из комнаты для отдельного интервью. Виктория выражала обеспокоенность тем, что «ее 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.

Предварительная диагностическая формулировка и обсуждение плана обследования

Пациентка Виктория, 7 лет, с выраженными симптомами сепарационного тревожного расстройства и проблемами 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, а также на боли в животе и общую слабость, когда находится в школе вдалеке от родителей. Переживания, связанные с боязнью разлуки, появились в дошкольном учреждении. Указанные симптомы сепарационной тревоги существенно мешают академической успешности и социальной активности ребенка: не дают посещать школу, ограничивают контакты со сверстниками.

Родители Виктории также предъявляют жалобы на симптомы, которые позволяют предположить наличие у дочери 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 данном случае для оценки ребенка целесообразно использовать детский и/или родительский версий полуструктурированного диагностического интервью для тревожных расстройств The Anxiety Disorder Interview Schedule (DSM-IV) Child and Parent Interview Schedule (Wendy K. Silverman and Anne Marie Albano, 2004). Этот инструмент позволяет проводить диагностическую оценку детей с эмоциональными расстройствами, в структуре которых тревога является важным проявлением, может применяться для диагностики агорафобии, социальной фобии, специфической фобии, панического расстройства, обсессивно-компульсивного и посттравматического стрессового расстройств. Интервью позволяет также оценивать нарушения активности и внимания. Оценка расстройства дефицита внимания с гиперактивностью (РДВГ)

позволяет дифференцировать комбинированный подтип расстройства и подтипы с преобладанием невнимательности и гиперактивности-импульсивности. Проведение полуструктурированного интервью с Викторией и ее матерью позволит 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 Виктории, всестороннее оценивание ребенка может быть полезным. В различных ситуациях поведение такого ребенка может отличаться: в школе он демонстрирует симптоматику из спектра РДВГ, проявления социальной фобии и/или депрессии, в домашних условиях – сепарационную тревогу и соматоформные расстройства.

Необходимо также выяснить и принять во внимание индекс академической успеваемости девочки и результаты общемедицинского (физикального) обследования. Перед постановкой психиатрического диагноза важно исключить медицинские факторы, которые могут вызывать схожую симптоматику.

В связи с наличием панического расстройства у матери и депрессивного расстройства у отца Виктории оценка их психических нарушений также может быть полезной. 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, кроме того, на протяжении недели родителям необходимо отмечать, как проходит терапия, для оценки эффективности медицинской помощи.



Александр Дзюба. В поведении Виктории большую роль играют как биологические, так и социальные факторы. Девочка может быть предрасположена к психическим расстройствам,

ссылки на которые (паническое расстройство, депрессия, социальная фобия) мы находим в семейном анамнезе. Подобные нарушения в семейном анамнезе, как у отца, так и у матери ребенка могут свидетельствовать о наличии у него генетически детерминированных нарушений нейротрансмиссии серотонина. Можно также предположить, что тревожные рывки и связанные с ними поведенческие эксцессы стали инструментом, при помощи которого девочка вынуждала родителей избегать тревожно-провоцирующих ситуаций как результата их

СТАНДАРТНЫЕ СЛУЧАИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (обсуждение диагностических процедур и терапевтических стратегий на примере клинических случаев)



собственных психических нарушений. В связи с этим родители поступали таким образом, что Виктория могла избежать занятия и попасть в другие тревожные ситуации: они досрочно забирали ее из школы после звонков школьной медсестры или учителя, позволяли ей спать в их кровати, разрешали ей ходить на работу с отцом, вместо того чтобы выполнять домашние задания. Эта манера приспособления родителей к избеганию Викторией школы приводит к еще большей тревоге как у родителей, так и у девочки, может привести к дальнейшему усложнению нарушений поведения ребенка.

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

Ось 5 — Оценка общего функционирования (Global Assessment of Functioning) — 47.

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.

Обсуждение стратегии терапии

Психотерапевтическое лечение. В качестве терапии первого выбора для Виктории следует использовать когнитивно-поведенческую терапию, например The Coping Cat Program, разработанную Philip C. Kendall и Kristina A. Hedtke из университета Темпл (Филадельфия, 2006).



Марина Нестеренко. The Coping Cat Program предназначена для детей, страдающих генерализованным тревожным расстройством, сепарационной тревогой или социальным тревожным расстройством в воз-

расте от 8 до 13 лет. Программа использует технику детских рабочих тетрадей и 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 испытывает тревогу или страх, а затем просит его детально описать 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), позволяющую ребенку успокоиться и держать тревогу под контролем. Для закрепления успешного поведения ребенка должна быть предложена оптимальная система поощрения.

Олеся Ващенко. Когнитивно-поведенческая терапия Виктории включала занятия с использованием детских рабочих тетрадей и дневников родителей по программе



The Coping Cat Program. Было проведено 20 терапевтических сессий. Терапия включала выработку навыков по умению девочки определять свои соматические реакции при возникновении боязни разлуки, опре-

делять 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 самоощущения за успехи. В процессе терапии мы обыгрывали воображаемые, ранее затруднительные для Виктории ситуации, обучали ее релаксирующим упражнениям, обыгрывали различные ролевые возможности при моделировании преодолевающего поведения. Об успешности терапии свидетельствовала нормализация уровня тревоги в воображаемых и реальных ситуациях сепарации от родителей, наличие дополнительного позитивного 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 достижения большего терапевтического эффекта от когнитивно-поведенческой терапии были проведены три специальных занятия, направленных на повышение компетенции родителей и школьного учителя Виктории.

В процессе терапии родители постоянно консультировались и сотрудничали с членами команды, оказывающей помощь Виктории. Два специальных занятия были посвящены работе с родителями, которые были знакомы с содержанием и целями 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 ребенка. Родители Виктории были привлечены нами для участия не только в моделировании фрустрирующих ее ситуаций, но и в построении системы поощрений, при успешном их разрешении, чтобы помочь ей вернуться в школу, а также способствовать адаптивному поведению при расставании с ними, когда необходимо посещать школу и другие места.

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

Для Виктории должно быть установлено несколько терапевтических целей.

Виктория должна научиться справляться с тревогой, используя расслабляющие упражнения, должна научиться определять тревожные мысли и контролировать их, применяя проблеморешающие стратегии и самовознаграждение за успешное поведение.

В результате использования этих приобретенных навыков у Виктории должно наблюдаться уменьшение частоты проявлений

поведения избегания и случаев тревожного возбуждения.

Виктория также должна демонстрировать снижение нежелания посещать школу, находиться там неполный учебный день, а впоследствии посещать все уроки. Она должна также постепенно снизить частоту телефонных звонков родителям, сделанных во время учебного дня.

Виктория должна демонстрировать постепенное увеличение самоуверенности в виде уменьшения тяжести дезадаптивного поведения и эмоциональных переживаний при расставании с родителями. Например, она сможет оставаться дома с няней и/или будет в состоянии играть в другой комнате без родителей, не вызывая при этом тревогу и не предпринимая настойчивых попыток установить с ними контакт.

У Виктории будет наблюдаться увеличение внешней социальной активности. Например, у нее увеличится частота встреч со сверстниками за пределами школы, она без принуждения начнет принимать участие во внешкольных развлечениях.

Виктория также продемонстрирует толерантность в общении с ранее неизвестными ей детьми и взрослыми.

Обсуждение терапевтической стратегии при недостаточной эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии

Если психотерапия при лечении сепарационного расстройства у Виктории окажется недостаточно эффективной, следует обсудить следующие стратегии дальнейшего лечения ребенка.

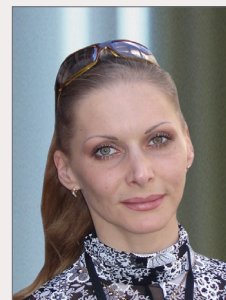
1. Продление курса когнитивно-поведенческой терапии, увеличение количества терапевтических сессий.

2. Потенцирование психотерапии медикаментозными средствами, прежде всего ингибиторами обратного захвата серотонина.

3. Повторный курс когнитивно-поведенческой терапии может быть рекомендован после стабилизации психоэмоционального состояния родителей, в более благоприятных для терапии ребенка условиях.

4. Акцент в терапии 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 когнитивно-поведенческой терапии, специальные разработанные для маленьких детей, проведении с ними специальных тренингов, помогающих установить границы и сформировать мотивацию.



Яна Бихаева.

При первоначальном обследовании Виктории были установлены академические проблемы. Целесообразно уточнить, наблюдается ли у девочки когнитивная недостаточность и/или расстройства школьных навыков (чтения, орфографии, счета). Для уточнения этих проблем целесообразно применение специальных нейропсихологических и образовательных тестов. Результаты таких исследований могут иметь большое значение, поскольку когнитивная недостаточность может снизить эффективность психотерапии.

Александр Дзюба. Врач Виктории должен обязательно учитывать психоэмоциональное состояние ее родителей. Если они

демонстрируют эмоциональные и/или поведенческие нарушения, им должна быть рекомендована консультация семейного врача или психиатра для целенаправленного обследования и лечения. Целенаправленное обследование и лечение может быть рекомендовано и брату Виктории.

Психотерапевтическое лечение сепарационного тревожного расстройства в детском возрасте

Для лечения тревожных расстройств и депрессий у детей используются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). В настоящее время для лечения детской рекуррентной депрессии FDA одобрены флуоксетин с 8 лет, 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 в детской практике FDA одобрены флуоксетин с 8 лет, сертралин — с 6 лет, флувоксамин — с 12 лет. Эти препараты доказали свою эффективность и хорошую переносимость при лечении депрессивных и тревожных расстройств у взрослых.

Исследования, посвященные применению СИОЗС для лечения тревожных расстройств в детской практике, менее многочисленны. Опубликованы результаты пяти плацебо-контролируемых 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. Отсутствуют контролируемые исследования 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 СИОЗС с более коротким периодом полувыведения (флувоксамин — 15 ч, сертралин — 26 ч) могут быть рекомендованы в качестве препаратов первой линии выбора. С учетом возраста Виктории сертралин мог бы быть рекомендован для терапии 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, применение флуоксетина может быть предпочтительно. Сертралин в этом случае также имеет преимущество перед флувоксаминном.

Эффективность и переносимость СИОЗС, применяемых для лечения тревожных расстройств у детей, широко варьируют. Не существует единого стандарта для расчета оптимальной дозы препарата в зависимости от возраста и массы тела ребенка. Некоторые дети отвечают на минимальные дозировки СИОЗС, поэтому стартовые дозы должны быть минимальными, например 2 мг флуоксетина или 6,25 мг сертралина в сутки. Другие дети нуждаются в назначении высоких, сопоставимых с назначаемыми во взрослой практике дозами. Постепенное увеличение дозы в таких случаях позволяет установить минимальный ее уровень, при котором достигается терапевтический эффект. Терапевтическое улучшение обычно появляется через 2-4 недели терапии и нарастает при ее продолжении. У некоторых детей сепарационная тревога заметно

Продолжение на стр. 62.

Клинический разбор

Тревожное расстройство в связи с боязнью разлуки в детском возрасте (сепарационное тревожное расстройство)

Продолжение. Начало на стр. 60.

редуцируется в течение первой недели лечения.

Определить, как долго ребенок с тревожным расстройством должен получать психотропную терапию, достаточно сложно. Так как Виктория страдала тревожным расстройством длительное время, в ее случае целью терапии будет полное отсутствие симптомов тревоги и дезадаптивного поведения при сепарации от родителей в течение продолжительного (не менее 6 месяцев) времени. Отмену приема лекарств следует проводить в тот период, когда девочка не должна посещать школу и не подвержена влиянию специфических стрессогенных факторов (например летом). Отмена препарата должна производиться 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.

Яна Бикишева. Некоторые детские психиатры задаются вопросом, стоит ли назначать СИОЗС детям в связи с установленным удвоением у них риска появления суицидальных наклонностей в сравнении с плацебо (4 против 2%). Важно, однако, заметить, 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 возможности появления у детей суицидальных мыслей и поэтому должны их ответственно мониторировать, но это не должно приостанавливать лечение, если оно показано.

Александр Дзюба. Реальная клиническая практика должна основываться на результатах доказательной медицины, но не только на них. Она должна меняться и в зависимости от собственного клинического опыта врача. Результаты контролируемых исследований нередко 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, кроме одного исследования. Только в одном исследовании была задержка на несколько недель перед началом терапии для того, чтобы подтвердить наличие диагноза тревожного расстройства в соответствии с диагностической процедурой, предусмотренной диагностическими критериями DSM-IV. Несмотря на отсутствие доказательств, полученных в результате проведения специальных плацебо-контролируемых исследований, я рекомендую 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. Эта терапия может быть более продолжительной, включать более чем 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 и мой следующий тезис о том, что психосоциальная терапия с семьей помогает повысить эффективность психофармакотерапии у детей с сепарационным тревожным расстройством.

Моя рекомендация начинать поведенческую терапию перед медикаментозной вовсе не означает, что я ставлю под сомнение возможности биологического лечения в детской психиатрической практике, отдавая им вспомогательную, дополнительную роль в психотерапии. Эта рекомендация специфична для пациентов с тревожным расстройством в связи с боязнью разлуки в детском возрасте. Например, применительно к детям с гиперактивностью и дефицитом внимания я вовсе не поддерживаю эту точку зрения.

Заключение

Для обеспечения эффективности лечения детей с тревожным расстройством, вызванным разлукой, часто требуется применение многостороннего подхода, который может включать психообразование, школьные консультации, когнитивно-поведенческую терапию и фармакотерапию.

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

Начальная терапия предполагала, что у Виктории должно будет наблюдаться улучшение при проведении когнитивно-поведенческой терапии. В связи с тем что после 20 сессий такой терапии достигнутый прогресс у Виктории был минимальным, к лечению был добавлен сертралин. Сочетание психотерапии и психофармакотерапии позволило повысить эффект от лечения. Дозу сертралина постепенно увеличивали с 25 до 100 мг в сутки в течение двух недель до получения первичного терапевтического эффекта. Через четыре недели терапии ребенок возобновил посещение школы. Ребенок получал терапию сертралином в течение 6 мес, после чего в течение месяца препарат постепенно отменили.

Марина Нестеренко. Когнитивно-поведенческая терапия доказала свою эффективность при лечении детей с тревожным расстройством, вызванным разлукой. Такая терапия обычно ограничена по времени и направлена на устранение текущих симптомов и 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 когнитивно-поведенческой терапии 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 вспышек).

Леся Ващенко. Дети с тревожными расстройствами, вызванными разлукой, обычно имеют много страхов, связанных с провоцирующими тревогу ситуациями (посещением школы, нахождением вдалеке от родителей, засыпанием). Обычно высказываемые детьми тревожные мысли звучат так: «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 от родителей, оставаться дома одному или с няней, чтобы избежать фрустрирующей разлуки с родителями. Дети с тревожными расстройствами, связанными с разлукой с родителями, считают, что эти негативные события могут произойти с высокой вероятностью, поэтому лечение должно включать попытки изменить эти ошибочные мысли через комплекс поведенческих терапевтических вмешательств. Во время когнитивно-поведенческой терапии психиатр и родители создают для ребенка специальную стратегию, чтобы помочь ему бороться с ситуациями, провоцирующими тревогу. Команда специалистов (детский психиатр, психолог, социальный работник) должна 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 (нахождение в течение дня в школе). Ребенок учится преодолевать ситуацию, провоцирующую тревогу. В процессе лечения терапевт пытается уменьшить тревожность, помогая ребенку бороться с устоявшимся мнением и выработать новое о пугающих его ситуациях. Специальная система поощрений помогает мотивировать ребенка для участия в терапевтических сессиях.

Александр Дзюба. Фармакотерапия показана, если изолированное применение когнитивно-поведенческой терапии при сепарационном тревожном расстройстве недостаточно эффективно. Фармакотерапия и когнитивно-поведенческая терапия 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 школы). СИОЗС являются препаратами первой линии выбора при лечении детей с сепарационным тревожным расстройством (AACAP Work Group on Quality Issues, 2007). Два плацебо-контролируемых клинических исследования подтвердили, что СИОЗС эффективны и безопасны при лечении детей и взрослых с тревожными расстройствами, в том числе тревожными расстройствами с боязнью разлуки (Birmaher B., Axelson D.A., Monk K. et al.; RUPP Anxiety study Group, 2001). Другими возможными лекарствами для лечения тревожных расстройств с боязнью разлуки являются трициклические антидепрессанты (ТЦА) 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 могут быть рекомендованы только для кратковременного применения. Бензодиазепины могут

применяться вместе с СИОЗС или ТЦА на начальных этапах лечения для достижения быстрого эффекта и обеспечения приверженности семьи к назначенной терапии. Габапентин и прегабалин, относящиеся к числу противосудорожных препаратов и применявшиеся в том числе в детской практике, были впоследствии рекомендованы FDA США для лечения невралгической боли, связанной с диабетом, фибромиалгии, постгерпетической невралгии и генерализованного тревожного расстройства у взрослых. По сравнению с габапентином прегабалин обладает более сильным анксиолитическим эффектом, лучше адсорбируется и имеет более высокую биодоступность. Существуют указания на позитивный опыт применения препарата при тревожных расстройствах и у детей.

Литература

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Eisen A.R., Schaefer C.E. Separation Anxiety in Children and Adolescents: An Individualized Approach to Assessment and Treatment, New York: Guilford, 2005. — 346 p.
- 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., New York: Oxford University Press, 2008. — P. 636-656.
- Kendall P.C. Treating anxiety disorders in youth: results of a randomized clinical trial // J. Consult. Clin. Psychol., 1994. — V. 62. — P. 100-110.
- Kendall P.C., Hedtke K. Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: An Therapist Manual / 3rd Edition. Ardmore, PA: Workbook Publishing. — 2006 p.
- Kendall P.C., Hedtke K. Coping Card Workbook / 2nd Edition. Ardmore, PA: Workbook Publishing. — 2006 p.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Rynn M.A., Siqueland J., 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.
- Silverman W.K., Albano A.M. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, Child Version, Child and Parent Interview Schedules. — San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996. — 274 p.
- Vasa R.A., Carlino A.R., Pine D.S. et al. Pharmacotherapy of depressed children and adolescents: current issues and potential directions // Biol Psychiatry, 2006. — V. 59. — P. 1021-1028.
- Verduin T.L., Kendall P.C. Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders // J. Clin. Child. Adolesc. Psychol., 2003. — V. 32. — P. 290-295.
- Wagner K.D., Berard R., Stein M.B. et al. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine in children and adolescents with social anxiety disorder // Arch. Gen. Psychiatry, 2004. — V. 61. — P. 1153-1162.