

Клинический разбор

И.И. Марценковская, к.м.н., Ю.А. Войтенко, К.В. Дубовик, О.С. Ващенко, Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, Д.И. Марценковский, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, М. Нестеренко, Государственный медицинский университет северных территорий штата Нью-Йорк (Upstate Medical University), г. Сиракузы, США

Биполярное расстройство в детском возрасте

Описание клинического случая



Юлия Войтенко

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

Анамнез заболевания и семейная история. Мама Виктории наблюдается в отделе медико-социальных проблем терапии психических и поведенческих расстройств УНИИ ССПН. Она перенесла послеродовую депрессию после рождения Виктории и имела множественные госпитализации в психиатрическую больницу. В разное время ей выставлялись диагнозы различных аффективных расстройств: послеродовой депрессии, биполярного расстройства (текущих эпизодов депрессии и мании). Психические нарушения у матери девочки всегда имели высокий уровень полиморфизма клинических проявлений; в разные годы диагностировались коморбидные состояния — социальное тревожное, посттравматическое стрессовое, паническое расстройства, психические расстройства, связанные с зависимостью от алкоголя.

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

У 12-летней сестры Виктории диагностировано биполярное расстройство I типа и генерализованное тревожное расстройство.

Родители в разводе, отца девочка видит нечасто. Семью содержит дедушка Виктории по материнской линии. Он психически здоров, алкоголем не злоупотребляет, наркозависимость отсутствует, за психиатрической помощью не обращался. Дедушка — успешный предприниматель, властный, деятельный, с колебаниями настроения, не достигающими болезненного уровня.

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

Со слов матери, последние 3-4 мес у Виктории было приподнятое настроение. Она часто смеялась и хихикала без видимой причины. Во время уроков в школе девочка нелепо гримасничала, рисовала и показывала другим ученикам «глупые картинки», «дурацкие рожи», за что ее выгоняли с уроков. Учителя жаловались на неуместное поведение Виктории, отмечали

ее ускоренную речь: «иногда она разговаривает так быстро, что ее сложно понять».

В последние несколько месяцев девочка была очень энергичной, вечером ее было сложно уложить спать, засыпая на 2-3 ч, она просыпалась в 6 ч утра бодрая и энергичная, при этом не демонстрировала усталости в течение дня, несмотря на то что спала намного меньше, чем обычно.

Виктория жаловалась маме, что «мысли крутятся у нее в голове». Когда она учила наизусть стихи, то ходила по квартире из угла в угол и, повторяя их, не могла остановиться. Девочка стала много и очень быстро говорить, что раньше для нее было не свойственно, при этом она перепрыгивала с одной темы на другую, что затрудняло понимание сказанного.

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

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

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

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

И мать, и дочь также указывают на наличие у девочки симптомов тревоги, связанных с боязнью разлуки (сепарационной тревоги). Со слов Виктории «с того времени, как она себя помнит, она не любила расставаться с матерью»,

а когда та находится вне дома, то она переживает, что «мать попадет в аварию, не вернется, будет госпитализирована в психиатрическую больницу и останется там навсегда». Мать девочки призналась, что ее саму очень часто охватывает тревога из-за того, что «ее могут убить или что у нее могут украсть ребенка».

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

На протяжении четырех последних лет у Виктории также наблюдаются симптомы генерализованного тревожного расстройства. Со слов матери девочка переживает по разным поводам больше и сильнее, чем другие дети ее возраста, у нее имеют место множественные страхи относительно нежелательных событий, которые могут произойти дома или в школе. По мнению матери, Виктория очень застенчива, много переживает из-за своих способностей и нуждается в постоянной поддержке, ей не безразличны ее успехи в школе и особенно волнуется перед контрольными, утверждая что ее «мозг отключается в это время».

Мама также сообщила о наличии у дочери проявлений гиперкинетического расстройства — РДВГ (расстройства дефицита внимания и гиперактивности), симптомов, ассоциированных с невнимательностью: сложности при необходимости концентрации внимания на определенных заданиях, отвлекаемости, забывчивости, рассеянности. Девочка часто теряет принадлежащие ей вещи, не могла сконцентрироваться при необходимости последовательного выполнения инструкций. Эти симптомы усилились с момента появления у Виктории эпизодов нелепого поведения и приподнятого настроения.

Во время расспроса не выявлены психотические симптомы, признаки разрушительного поведения, обсессивно-компульсивная симптоматика, отсутствовало указание на перенесенную психическую травму или употребление наркотиков. У девочки не отмечались другие значительные медицинские проблемы.

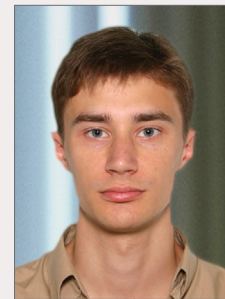
В прошлом у Виктории было два эпизода депрессии. Первый длительностью около 8 мес девочка перенесла в возрасте 5 лет, второй, более тяжелый эпизод депрессии, охвативший около 7 мес, — в 8 лет.

Оба эпизода отвечали критериям тяжелого депрессивного расстройства по DSM-IV и умеренного депрессивного эпизода по МКБ-10.

Во время второго эпизода депрессии девочка была грустной, подавленной на протяжении большей части дня, не проявляла интереса к повседневным делам,

с трудом засыпала, испытывала постоянное чувство усталости, не могла сосредоточиться, потеряла аппетит. Виктория лишилась чувства собственного достоинства, высказывала суицидальные мысли, признаваясь маме в том, что «у нее бывает ощущение, будто она хочет порезать себя ножом». Однажды она взяла ножницы и сказала маме, что «хочет перерезать себе горло, но боится, что это будет очень больно». Сама девочка отрицает, что у нее когда-либо были намерения совершить суицид.

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



Константин Дубовик

Результаты психиатрического обследования. Во время осмотра детского психиатра Виктория дружелюбна и общительна. Поведение девочки соответствует возрасту. Одетта Виктория провокационно — в яркую футболку, обнажающую плечо и половину живота, яркий зеленый шарф; на плече девочки — животное, нарисованное шариковой ручкой.

Во время беседы девочка рассеяна, невнимательна, видно, что она прилагает усилия для того, чтобы удерживать внимание на собеседнике и отвечать на вопросы. Девочка выглядела упорядоченной в течение первых 10-15 мин осмотра, в дальнейшем контроль над поведением снизился. Пациентка была неутомленной, болтливая, часто перескакивала с одной темы на другую, отвечала невпопад, ерзала в своем кресле, ее речь была быстрой, но не скоманной.

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

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

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

www.health-ua.com

Обсуждение диагноза и диагностической процедуры



Константин Дубовик

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

Для постановки диагноза желательно рассмотреть информацию, полученную как от ребенка, так и от его родителей.

Представленное клиническое наблюдение отвечает данным критериям. В случае данной пациентки источником информации была девочка, ее мать и бабушка. В нашем распоряжении были архивные истории болезни матери и отца ребенка.

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

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

Родительский вариант Рейтинговой шкалы мании у детей и подростков (Young Mania Rating Scale – Parent Version – P-YMRS) может использоваться для оценки эффективности лечения ребенка с биполярным расстройством; различные варианты полуструктурированных интервью с родителями, например сокращенный (Mini-International Neuropsychiatric Interview – MINI), могут быть рекомендованы для уточнения диагноза по DSM-IV и МКБ-10 в сложных для дифференциальной диагностики случаях.

! Наиболее интересным в данном случае является то, что, если бы Виктории было 19, а не 10 лет, никто не поставил бы под вопрос диагноз биполярного расстройства.

У девочки наблюдается 6 из 7 симптомов, характерных для мании; она демонстрирует отчетливые периоды – от 3 до 7 дней – приподнятого/эйфорического настроения, ускоренной речи, увеличения энергии со снижением необходимости во сне, ускорением мышления и гиперсексуальностью.

Таким образом, Виктория отвечает критериям DSM-IV для биполярного расстройства I подтипа, текущего маниакального эпизода без психотических

симптомов. Девочка демонстрирует состояние, которое Барбара Геллер (Barbara Geller) с соавт. (2000) [1] описали как препубертатное или манифестирующее в детстве биполярное расстройство.

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

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

Необходимо отметить отягощенность семейного анамнеза пациентки случаями биполярного расстройства. У 12-летней сестры Виктории диагностировано биполярное расстройство I типа и генерализованное тревожное расстройство. У матери пациентки наблюдаются три коморбидных тревожных расстройства. В качестве комментария можно отметить, что коморбидность с тревожными расстройствами характерна и для биполярного расстройства у взрослых (Edward Freeman R. et al., 2002) [5].



Инна Марценковская

Комментарий

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

Во-первых, наряду с маниакальной и депрессивной симптоматикой мы наблюдали у подростка с биполярным расстройством множественные симптомы тревоги, включая панические атаки, признаки сепарационного (в связи с болезнью разлуки) и генерализованного тревожных нарушений.

Во-вторых, симптомы биполярного расстройства манифестировали в раннем возрасте. Первый депрессивный эпизод был описан у девочки в возрасте 5 лет.

В-третьих, во время лечения селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) депрессивного эпизода состояние девочки ухудшилось.

В-четвертых, аффективным эпизодам у Виктории предшествовала симптоматика из спектра РДВГ – невнимательность, импульсивность, гиперактивность. Усиление невнимательности и отвлекаемости четко совпадало с периодами снижения целенаправленности возрастающей активности девочки. Такая симптоматика, ассоциированная с дефицитом внимания, должна рассматриваться одновременно как проявления РДВГ и биполярного расстройства.

В-пятых, у Виктории имеются многочисленные указания на аффективные нарушения в семейном анамнезе. У ее отца имел место тяжелый эпизод рекуррентной депрессии, у матери и сестры – биполярное расстройство I типа.

В-шестых, у Виктории в прошлом было два депрессивных эпизода. В настоящее время она демонстрирует как маниакальные симптомы, которые включают эйфорическое настроение, снижение необходимости во сне, болтливость, полет мыслей, психомоторную активацию и гиперсексуальность, так и депрессивные – раздражительное (гневливое) настроение, психомоторную ажитацию, ухудшение концентрационной функции внимания и памяти.

Диагноз DSM-IV

Ось 1 – 296.42 Биполярное расстройство I типа, текущий маниакальный эпизод умеренной тяжести.

– **314.00** РДВГ, субтип с преобладанием невнимательности.

– **309.21** Сепарационное тревожное расстройство.

– **300.01** Паническое расстройство без агорафобии.

– **300.02** Генерализованное тревожное расстройство.

Ось 2 – Нет.

Ось 3 – Нет.

Ось 4 – Плохие отношения с отцом, который оскорблял ее в словесной форме в прошлом и имеет диагнозы рекуррентной депрессии, зависимости от алкоголя и психостимуляторов.

– У матери многочисленные случаи психиатрической госпитализации, имеет диагноз биполярного расстройства, зависимость от алкоголя; текущие проблемы, связанные с группой первичной поддержки.

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

Диагноз МКБ-10

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

F90.0. Нарушение активности и внимания.

F41.9. Тревожное расстройство, неуточненное.

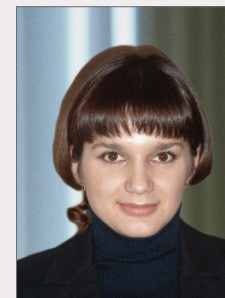
Z61. Проблемы, связанные с неблагоприятными жизненными событиями в детстве (Z61.0. Потеря отношений любви и привязанности в детстве, Z61.7. – переживание сильного страха).

Z62.0. Неадекватный родительский надзор и контроль.

Обсуждение терапевтической стратегии

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

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



Леся Ващенко

Три формы такой терапии были адаптированы и протестированы специально для детей ее возраста: индивидуальное семейное психообразование [6], мульти-семейные психообразовательные группы [7] и программа RAINBOW [8].

Все три методики имеют общие элементы: 1) обучение ребенка и его родителей пониманию биполярного расстройства, депрессии и мании, того, как они влияют на поведение, содержания терапии, ее целей и этапности; 2) приобретение навыков эмоциональной регуляции, коммуникации и бесконфликтного решения проблем в семье [9].

Виктория, ее мать и сестра могут получить пользу от понимания заболевания. Они должны понять, как аффективные симптомы и симптомы спектра РДВГ у Виктории манифестировали и как их можно контролировать в домашних условиях и условиях школы.

Организовать психотерапевтическую помощь для семьи Виктории было не просто. Консультации Марины Нестеренко (г. Сиракузы, США), в том числе в режиме Skype, были очень полезны.

Мы не смогли предложить Виктории и ее маме участие в мультисемейной группе. Такая форма психотерапевтической помощи детям с биполярным расстройством в г. Киеве была недоступной.

Нам пришлось ограничиться занятиями в форме индивидуальной семейной терапии. Виктория и ее семья получили 15 терапевтических сессий с хорошими результатами.

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

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

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

Продолжение на стр. 54.

Клинический разбор

И.И. Марценковская, к.м.н., Ю.А. Войтенко, К.В. Дубовик, О.С. Ващенко, Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, Д.И. Марценковский, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, М. Нестеренко, Государственный медицинский университет северных территорий штата Нью-Йорк (Upstate Medical University), г. Сиракузы, США

Биполярное расстройство в детском возрасте

Продолжение. Начало на стр. 52.

Рассматривалась возможность вовлечения в терапевтический процесс отца Виктории. Девочка отчуждена от своего отца, который в данный момент находится в нестабильном состоянии. Вовлечение отца в терапию могло создать для него возможность начать активное лечение от зависимости и депрессии, сформировать дополнительные ресурсы для терапии девочки и ее матери. Мы получили информированное согласие отца на лечение обеих дочерей. Отец Виктории не возражал против участия в семейных психотерапевтических сессиях. К сожалению, нам пришлось отказаться от этих планов из-за жесткой позиции бабушки, поддержанной другими членами семьи.

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

Уже первые сессии семейной психотерапии продемонстрировали, что члены семьи Виктории не способны справляться с симптомами своего заболевания и стрессом в домашних условиях, как часть данного подхода им была оказана помощь в организации семейного ритуала питания и режима сна-бодрствования.

Психотерапия Виктории также должна быть нацелена на ее тревожную симптоматику. Коморбидное тревожное расстройство – негативный признак для прогноза терапии, поэтому необходима минимизация его влияния.

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

Частью психосоциального вмешательства должны рассматриваться мониторинг функционирования Виктории в школе и психосоциальная работа с учителями.

Девочку описывают, как прилежную ученицу с хорошей успеваемостью, поведением и социальными взаимодействиями. Тем не менее уровень адаптивного поведения пациентки существенно снизился после появления манифестной маниакальной симптоматики и усиления невнимательности, ассоциированной с РДВГ. Усиление симптоматики спектра РДВГ крайне негативно сказалось и на ее успеваемости.

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

Вынужденная кратковременная госпитализация девочки в связи с появлением психотических симптомов и усилением суицидального риска принципиально не повлияла на объем и содержание психосоциального вмешательства в школе.

Психотерапевтические и социальные вмешательства обеспечили позитивную семейную динамику, снизили напряжение в семье и школе, обеспечили необходимый для медикаментозного лечения ребенка уровень комплаенса и семейной поддержки.

Психотерапия при биполярном расстройстве у подростков: обобщающие рекомендации



Марина Нестеренко

Большинство психотерапевтических вмешательств у детей и подростков с биполярным нарушением систематически не изучены. Тем не менее психообразование пациента и его семьи, а также семейная психотерапия не вызы-

вают сомнений относительно своей эффективности [6, 11].

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

Важным является обучение родителей и ребенка навыкам мониторинга колебаний настроения, который предполагает ежедневное оценивание и записывание уровня депрессивных и маниакальных симптомов, построение графика настроения.

Другие психосоциальные формы помощи, которые полезны для этих пациентов: 1) минимизация периодов перевозбуждения, приобретение навыков ауторегуляции таких состояний; 2) поддержание хорошей гигиены сна; 3) обеспечение строгого соблюдения медицинских назначений; 4) обсуждение риска зависимости от психоактивных веществ с пациентом и его семьей, профилактика зависимых форм поведения; 5) поощрение ведения графиков мониторинга настроения пациентом и его семьей.

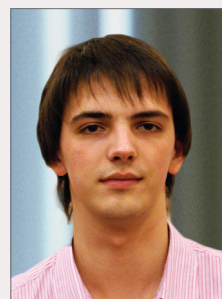
Следующие информационные ресурсы на английском языке могут быть полезными для родителей: 1) «Новые возможности для детей и подростков с биполярным расстройством: дружественный и авторитетный гид по традиционным и вспомогательным вмешательствам» (New Hope for Children and Teens with Bipolar Disorder: Your Friendly, Authoritative Guide to the Latest in Traditional and Complementary Solutions) [13]; 2) «Воспитание капризного ребенка: как справиться с депрессией и биполярным расстройством» (Raising a Moody Child: How to Cope with Depression and Bipolar Disorder) [14].

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

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



Константин Дубовик



Дмитрий Марценковский

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

Нет убедительных данных, которые свидетельствовали бы, что традиционные стабилизаторы настроения (антиконвульсанты) у детей и подростков предпочтительнее атипичных антипсихотиков. В то же время целый ряд контролируемых исследований свидетельствуют о преимуществах атипичных антипсихотиков и сочетанной терапии атипичными антипсихотиками с тимоизолептиками-антиконвульсантами в сравнении с монотерапией традиционными стабилизаторами настроения мании при биполярном расстройстве у взрослых.

Большинство детских психиатров убеждено, что терапевтическая эффективность атипичных антипсихотиков (кветиапина, оланзапина, zipридола, арипипразола, рисперидона)

у подростков выше, чем тимоизолептиков-антиконвульсантов (солей лития и вальпроевой кислоты, карбамазепина): при их назначении терапевтический эффект формируется быстрее, клиническое действие более продолжительное. Тем не менее остается много вопросов, связанных с безопасностью длительного применения атипичных антипсихотиков у детей и подростков [16].

Большинство подростков с манией при биполярном расстройстве получают комбинированную психофармакотерапию для стабилизации настроения. Такое лечение применяется несмотря на то, что данные по эффективности и безопасности комбинированного лечения ограничены [17, 18]. Известно двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, которое продемонстрировало большую эффективность комбинированного применения кветиапина с солями вальпроевой кислоты у подростков с манией при биполярном расстройстве по сравнению с монотерапией вальпроатом. В данном исследовании доза кветиапина медленно (в течение недели) титровалась до 450 мг/сут и хорошо переносилась [19].

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

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

После проведения необходимых лабораторных исследований (креатинин, азот мочевины крови, электролиты, исследование функции щитовидной железы, анализ мочи) были назначены соли лития медленного высвобождения (препарат не зарегистрирован в Украине). Предпочтение солям лития медленного высвобождения было отдано по совету наших американских коллег для уменьшения риска побочных эффектов. Мать девочки, имевшая собственный опыт применения солей лития, амисульприда и оланзапина, высказывала опасения относительно возможных побочных эффектов при долгосрочной тимостабилизирующей терапии.

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

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

www.health-ua.com

Психическое состояние Виктории улучшилось за последующие два месяца лечения солями лития, но, как часто бывает у детей с биполярным расстройством [21], у нее произошла инверсия фазы, развилась депрессивная симптоматика с психотическими симптомами (появились слуховые обманы восприятия). Пациентка слышала голоса, угрожающие убить ее.

После необходимых лабораторных исследований (уровня глюкозы и липидного профиля, функциональных печеночных проб, развернутого анализа крови), а также измерений индекса массы тела и окружности талии к назначениям добавили кветиапин (150 мг/сут перед сном).

Несмотря на комбинированную терапию, через две недели состояние Виктории ухудшилось, у нее появились суицидальные мысли, планы реализации суицидальных намерений. Возрастание суицидального риска стало причиной госпитализации подростка.

Во время стационарного лечения доза кветиапина была увеличена до 600 мг/сут, а уровень лития в крови доведен до 1,0 мэкв/л. Через две недели симптоматика Виктории улучшилась, ее выписали из стационара.

Две другие задачи психофармакотерапии Виктории заключались в купировании коморбидных РДВГ и тревожного расстройства.

Традиционная стратегия лечения детей с биполярным расстройством и нарушениями активности и внимания (коморбидным РДВГ) предполагает применение стабилизаторов настроения или атипичных антипсихотиков до начала терапии стимуляторами [22].

Контролируемые исследования последнего десятилетия и клиническая практика свидетельствуют, что психостимуляторы могут назначаться таким подросткам и до стабилизации аффективных нарушений, одновременно или перед назначением тимолептиков.

Рандомизированное контролируемое исследование 40 детей и подростков с биполярным расстройством и РДВГ продемонстрировало, что соли амфетамина в низких дозах могут быть эффективными и безопасными при купировании симптоматики, ассоциированной с дефицитом внимания, с последующей стабилизацией настроения при помощи солей вальпроевой кислоты [23].

Психостимуляторы медленного высвобождения могут быть более эффективны при нарушениях активности и внимания, сочетающихся с депрессивным эпизодом биполярного расстройства. Считается, что эти лекарственные средства наряду с симптоматикой спектра РДВГ вызывают редукцию проявлений депрессии у детей и подростков с биполярным расстройством. Рекомендуемая доза таких психостимуляторов составляет 36-54 мг/сут метилфенидата медленного высвобождения или 10-20 мг/сут солей амфетамина медленного высвобождения.

Печальной реальностью фармацевтического рынка Украины является отсутствие в аптечной сети современных психостимуляторов, как метилфенидата, так и солей амфетамина (несмотря на то что они относятся к числу жизненно необходимых для детской психиатрической практики).

Коморбидные тревожные расстройства можно лечить при помощи психотерапии, медикаментозно или используя одновременно оба метода. Среди психотерапевтических методов лечения КПТ

была признана эффективной для лечения социальной фобии, сепарационного тревожного расстройства, генерализованного тревожного расстройства, обсессивно-компульсивного и посттравматического расстройства [24, 25].

СИОЗС признаны эффективными для лечения тревожных расстройств в подростковом возрасте [26], но требующими осторожности при применении у пациентов с биполярным расстройством в связи с тем, что могут провоцировать инверсию фазы, появление смешанных или с быстрой сменой фаз циклических эпизодов. Поэтому у пациентов с биполярным расстройством I типа до назначения СИОЗС с целью коррекции коморбидной тревожно-фобической симптоматики необходимо предварительно стабилизировать аффективные нарушения традиционными стабилизаторами настроения или атипичными антипсихотиками.

Следует также отметить, что атипичный антипсихотик кветиапин и соли вальпроевой кислоты доказали свою эффективность при мании, биполярной депрессии и коморбидных тревожно-фобических нарушениях.

В дальнейшем тревожная симптоматика Виктории успешно контролировалась при помощи КПТ и поддерживающей терапии кветиапином.

Несмотря на это, симптоматика спектра РДВГ продолжала влиять на школьную успеваемость девочки. Для решения этой терапевтической проблемы был назначен метилфенидат длительного действия в дозе 36 мг/сут (стартовая доза 18 мг/сут). В 2011 году этот психостимулятор был доступен в аптечной сети Украины.

Виктория хорошо переносила терапию метилфенидатом (36 мг/сут) в сочетании с поддерживающей терапией кветиапином (100 мг 2 раза в сутки).

За время лечения кветиапином в комбинации с солями лития на протяжении нескольких месяцев Виктория набрала лишний вес (3 кг), который не могла контролировать диетой. Девочка также предъявляла жалобы на металлический привкус во рту, стала более раздражительной. В связи с этими неприятными побочными эффектами и тем, что настроение Виктории было стабильным на протяжении нескольких месяцев, мы начали снижать дозу лития до полной его отмены.

На фоне таких изменений в терапии у Виктории возобновилась депрессивная симптоматика, соответствующая критериям эпизода средней степени тяжести по МКБ-10.

В сложившейся терапевтической ситуации нами рассматривались несколько терапевтических альтернатив:

1) Возобновление приема солей лития (в рамках комбинированной терапии с кветиапином или с переходом к монотерапии).

2) Добавление ламотриджина к терапии кветиапином. Несмотря на то что не были проведены рандомизированные контролируемые исследования ламотриджина у детей, существует точка зрения, что ламотриджин может быть эффективен для лечения депрессии и тревожной симптоматики в детско-подростковом возрасте.

3) Увеличение дозы кветиапина. Мы увеличили Виктории дозу кветиапина до 300 мг/сут, сохранив прием метилфенидата в дозе 36 мг/сут. Девочка хорошо переносила назначенную терапию и через два месяца достигла состояния нормотимии при оценке с использованием Рейтинговой шкалы мании у детей и подростков.

Психофармакотерапия при биполярном расстройстве у подростков: обобщающие рекомендации



Инна Марценковская

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

Выбор купирующей терапии определяется, с одной стороны, тяжестью состояния, его остротой, наличием психотических симптомов и клинической структурой текущего эпизода, с другой — наличием исключительно симптомов депрессии, мании, смешанной симптоматики, быстротой смены фаз.

В качестве купирующей терапии могут использоваться традиционные стабилизаторы настроения (соли лития, соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, их сочетание), атипичные антипсихотики, комбинации традиционных стабилизаторов настроения и атипичных антипсихотиков.

При остром психомоторном возбуждении, агрессивном и аутоагрессивном поведении, психотических симптомах рекомендовано применять атипичные антипсихотики.

Отсутствуют убедительные данные о преимуществе традиционных стабилизаторов настроения над атипичными антипсихотиками в более легких случаях.

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

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

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

Заключение

Биполярное расстройство у детей и подростков является тяжелым нарушением психики, проявляющимся преимущественно расстройствами настроения, требующим раннего обнаружения и терапевтического вмешательства.

Подобно сахарному диабету, биполярное расстройство является хроническим заболеванием, наиболее эффективной терапевтической стратегией в отношении которого является раннее использование психосоциальных вмешательств, направленных на пациента, его родственников и педагогов. Улучшение ранней диагностики и ранняя помощь детям и подросткам с биполярным расстройством (психообразование, семейная терапия, стресс-менеджмент) улучшает прогноз для этих пациентов.

Биологическая терапия, построенная на принципах доказательной медицины является неотъемлемой частью терапевтической стратегии при биполярном расстройстве в детском возрасте.

Литература

- Geller B. Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype / B. Geller, R. Tillman, J.L. Craney et al. // Arch. Gen. Psychiatry. — 2004. — V. 61. — P. 459-467.
- Axelson D. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders / D. Axelson, B. Birmaher, M. Strober et al. // Arch. Gen. Psychiatry. — 2006. — V. 63. — P. 1139-1148.
- Wozniak J. Mania-like symptoms suggestive of childhood onset bipolar disorder in clinically referred children / J. Wozniak, J. Biederman, K. Kiely et al. // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 1995. — V. 34. — P. 867-876.
- Goldstein T.R. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk / T.R. Goldstein, B. Birmaher, D. Axelson et al. // Bipolar Disord. — 2005. — V. 7. — P. 525-535.
- Freeman M.P. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues / M.P. Freeman, S.A. Freeman, S.L. McElroy // J. Affect. Disord. — 2002. — V. 68. — P. 1-23.
- Fristad M.A. Psychoeducational treatment for school-aged children with bipolar disorder / M.A. Fristad // Dev. Psychopathol. — 2006. — V. 18. — P. 1289-1306.
- Fristad M.A. Family psychoeducation: an adjunctive intervention for children with bipolar disorder / M.A. Fristad, S.M. Gavazzi, B. Mackinaw-Koon // Biol. Psychiatry. — 2003. — V. 53. — P. 1000-1008.
- Pavuluri M.N. Child- and family-focused cognitive behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: development and preliminary results / M.N. Pavuluri, P.A. Graczyk, D.B. Henry et al. // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 2004. — V. 43. — P. 528-537.
- Lofthouse N. Psychosocial interventions for children with bipolar disorder / N. Lofthouse, M. A. Fristad // Clin. Child. Fam. Psychol. Rev. — 2004. — V. 7. — P. 71-88.
- Mackinaw-Koons B. Children with bipolar disorder: how to break down barriers and work effectively together / B. Mackinaw-Koons, M.A. Fristad // Prof. Psychol. Res. Pr. — 2004. — V. 35. — P. 481-484.
- Miklowitz D. Family focused treatment for adolescents with bipolar disorder / D. Miklowitz, E. George, D.A. Axelson et al. // J. Affect. Disord. — 2004. — V. 82 (Suppl 1). — P. 112-128.
- Pavuluri M.N. Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years / M.N. Pavuluri, B. Birmaher, M.W. Naylor // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. — 2005. — V. 44. — P. 846-871.
- Birmaher B. New Hope for Children and Teens With Bipolar Disorder: Your Friendly, Authoritative Guide to the Latest in Traditional and Complementary Solutions. — New York, Three Rivers Press. — 2004. — 196 p.
- Fristad M.A. Raising a Moody Child: How to Cope With Depression and Bipolar Disorder // M.A. Fristad, A. Goldberg. — New York, Guilford. — 2004.
- McClellan J. Work Group on Quality Issues: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder / J. McClellan, R. Kowatch, R.L. Findling // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. — 2007. — V. 46. — P. 107-125.
- Corell C.U. Endocrine and metabolic adverse effects of psychotropic medications in children and adolescents / C.U. Corell, H.E. Carlson // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. — 2006. — V. 45. — P. 771-791.
- Findling R.L. Combination lithium and divalproex sodium in pediatric bipolarity / R.L. Findling, N.K. McNamara, B.L. Gracious et al. // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. — 2003. — V. 42. — P. 895-901.
- Kowatch R.A. Combination pharmacotherapy in children and adolescents with bipolar disorder / R.A. Kowatch, G. Sethuraman, J.H. Hume et al. // Biol Psychiatry. — 2003. — V. 53. — P. 978-984.
- DelBello M. Quetiapine as adjunctive treatment for adolescent mania associated with bipolar disorder / M. DelBello, M. Schwiers, H.L. Rosenberg et al. // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. — 2002. — V. 41. — P. 1216-1223.
- Kowatch R.A. Child Psychiatric Workgroup on Bipolar Disorder: Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. / R.A. Kowatch, M. Fristad, B. Birmaher et al. // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. — 2005a. — V. 44. — P. 213-235.
- Birmaher B. Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders / B. Birmaher, D. Axelson, M. Strober et al. — Arch Gen Psychiatry. — 2006. — V. 63. — P. 175-183.
- Biederman J. Systematic chart review of the pharmacologic treatment of comorbid attention deficit hyperactivity disorder in youth with bipolar disorder / J. Biederman, E. Mick, J. Prince et al. // J Child Adolesc Psychopharmacol. — 1999. — V. 9. — P. 247-256.
- Scheffer R.E. Randomized placebo-controlled trial of mixed amphetamine salts for symptoms of comorbid ADHD in pediatric bipolar disorder following mood stabilization with divalproex sodium / R.E. Scheffer, R.A. Kowatch, T. Carmody et al. // Am J Psychiatry. — 2005. — V. 162. — P. 58-64.
- March J.S. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: a review and recommendations for treatment / J.S. March // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. — 1995. — V. 34. — P. 7-18.
- March J.S. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor / J.S. March, L. Amaya-Jackson, M.C. Murray et al. // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. — 1998. — V. 37. — P. 585-593.
- Birmaher B. Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. / B. Birmaher, D.A. Axelson, K. Monk et al. // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. — 2003. — V. 42. — P. 415-423.