

# Клинический случай

**И.И. Марценковская, 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

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 бодрой и энергичной, 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 удушья, 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: сложностей при необходимости концентрации внимания на определенных заданиях, отвлекаемости, забывчивости, рассеянности. Девочка часто теряла 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.

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

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

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, отрицается 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».

### Обсуждение диагноза и диагностической процедуры

Обследование при биполярном расстройстве должно включать в себя детальное продольное (анамнестичес-



кое) изучение периодов появления первых симптомов депрессии и/или мании, их редукции, определение 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 дедушка. 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 с точки зрения диагностики биполярного расстройства 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].

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 боязнью 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, дедушке, старшей сестре) показана психообразовательная психотерапия. Целесообразным также является включение в терапевтическую группу отца девочки.

Три формы такой терапии были адаптированы и тестированы специально для детей ее возраста: индивидуальное семейное психообразование [6], мультисемейные 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, дедушки и сестры).

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 дедушки, поддержанной другими членами семьи.

Продолжение в следующем номере. 3v