

Клинический случай

И.А. Марценковский, д.м.н., Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии,
А.В. Капильцева, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Тяжелый депрессивный эпизод в педиатрической практике

Марина, 13 лет, учится в 8 классе, обратилась в поликлиническое отделение Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии по направлению семейного врача.

Анамнез заболевания и семейный анамнез

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

Марина надеялась, что в следующем учебном году «все будет, как раньше», «взаимоотношения с одноклассниками станут дружескими и искренними, такими, как до конфликта». Однако уже в начале учебного года, находясь среди школьных друзей, она поняла, что «не нравится подругам, что прежней теплоты в отношениях нет». Мать заметила переживания дочери и поняла, что «дочка оказалась как бы в замкнутом круге: ее неуверенность в себе, навязывание дружбы одноклассникам привели к обратному эффекту — еще большему их отдалению». Марина жаловалась маме на то, что ей «стало трудно концентрироваться во время уроков», что она словно «летает в космосе», когда выполняет задания. При этом ей удавалось удерживать академическую успешность на прежнем уровне, но приходилось прилагать больше усилий и времени, что сопровождалось чувством усталости. Марина стала предъявлять жалобы на плохой сон. Из-за постоянных переживаний о том, с кем ей общаться в школе, как к ней относятся друзья, что она может отстать в учебе, девочка тяжело засыпала, еще тяжелее ей было вставать утром с постели, поскольку она чувствовала себя уставшей, зачастую страдала от боли в животе и вновь думала о своих проблемах. В течение всего этого времени она ела много конфет и «разной нездоровой пищи, как бы заедавая ею свои переживания».

Обеспокоенные усугубляющейся самоизолирующей дочери, ненормальным режимом ее сна и питания, снижением успеваемости в школе, родители девочки показали ее семейному врачу. Доктор диагностировал у девочки депрессию и рекомендовал начать лечение с приема антидепрессанта из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Был назначен флуоксетин в дозе 20 мг/сут (однократный утренний прием). Спустя две недели настроение Марины улучшилось, жизнь приобрела яркие краски, а мучавшие ранее девочку переживания уменьшились. Тем не менее симптомы психического расстройства у пациентки полностью не редуцировались, сохранялись чувство усталости, «соматическое недомогание, раздражительность» в утренние часы, трудности с концентрацией внимания. Семейный врач увеличил дозу флуоксетина до 40 мг/сут (однократный утренний прием). После увеличения дозы

антидепрессанта соматические симптомы депрессии редуцировались, нормализовались настроение и сон, но значительного улучшения в социальной жизни девочки не наблюдалось, на уроках и при выполнении домашних заданий она с трудом могла сосредоточиться. К тому же к своему прежнему весу пациентка прибавила 5 кг. Семейный доктор рекомендовал заменить флуоксетин на пароксетин (20 мг/сут) и направил девочку на консультацию к психологу. После трех месяцев приема пароксетина и психотерапии самочувствие Марины не изменилось. Семейный врач принял решение о консультации пациентки у детского психиатра.

Ознакомившись с историей заболевания и жизни Марины, психиатр заключил, что у нее нет дополнительных медицинских проблем. Она сексуально не активна и хорошо понимает риски передачи половых инфекций.

Семейный анамнез отягощен депрессивными и тревожными расстройствами. Беглый анализ установил, что депрессивные нарушения имели место у отца Марины, ее матери, тети, бабушки; у дедушки девочки по материнской линии было диагностировано обсессивно-компульсивное расстройство.

Семья Марины из-за работы отца несколько раз меняла место жительства, переезжая из одного города в другой. Четыре года назад, обосновавшись на новом месте, родители девочки записали ее в частную школу, программа обучения в которой предусматривала индивидуальный подход в воспитании школьников. Уже тогда, по словам матери, в семье были конфликты из-за разногласий родителей в решении проблемы сиблингового соперничества дочери с ее младшим братом Андреем.

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

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

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

В анамнезе пациентки нет сведений о другом аффективном, тревожном расстройстве, передании или нарушениях сна. Марина и ее

мама отрицают наличие поведенческих проблем, трудностей в обучении, личностных расстройств.

Результаты психиатрического обследования

На прием к психиатру Марина пришла в повседневной одежде. Внешне выглядела обычным, немного полноватым подростком. При общении легко шла на контакт. Речь по количеству и частоте произносимых слов, тембру голоса была нормальной. Освоившись в кабинете врача, девочка была подвижной, ей с трудом удавалось усидеть на одном месте.

Свое настроение Марина охарактеризовала как хорошее. Ход мыслей девочки имел логичную целенаправленность, без соскальзываний, резонерства, потери нити разговора. По итогам разговора с Мариной детский психиатр не выявил перцепторных нарушений, отметив, что сенсорное развитие и познавательные функции пациентки соответствуют возрасту, суицидальные мысли отсутствуют.

Результаты психодиагностического скрининга

Перед тем как Марина и ее родители пришли на прием к детскому психиатру, им предложили заполнить несколько оценочных тестовых шкал. На основании результатов тестирования с использованием Шкалы детской депрессии (Children's Depression Inventory — CDI; Kovacs M., 1985) у девочки выявлена низкая самооценка и наличие межличностного конфликта; полученные ею 30 баллов свидетельствуют о среднетяжелой депрессии.

По данным оценки с применением Многомерной шкалы детской тревоги (Multidimensional Anxiety Scale for Children — MASC; March J.S., Parker J.D., Sullivan K., Stallings P., Conners C.K., 1997), у Марины диагностирована среднетяжелая социальная тревожность.

Согласно скринингу с использованием учительской версии шкалы Коннора (Conners' Teacher Rating Scale — Revised (CTRS-R); Connors D.F., Ozbayrak K.R., Harrison R.J., Melloni R.H., 1998) у девочки было установлено наличие расстройства с дефицитом внимания/гиперактивностью (РДВГ). На основании оценки заполненного родителями Марины родительского варианта шкалы Коннора (Conners' Parent Rating Scale — Revised (CPRS-R); Connors D.F., Ozbayrak K.R., Harrison R.J., Melloni R.H., 1998) подтвердилось наличие у пациентки социальных трудностей, психосоматических нарушений и РДВГ.

Состояние Марины не соответствовало критериям психического расстройства при



И.А. Марценковский

А.В. Капильцева

оценке по Шкале для обследования детской и подростковой травмы (Child and Adolescent Trauma Survey — CATS; March J., 1999); Шкале для скрининга обсессивно-компульсивных нарушений (Scale-Obsessive Compulsive Screen — MASC-OC; March J., 1997).

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

Дифференциальная диагностика и обсуждение клинического диагноза

Клинические проявления и динамика психических нарушений требовали проведения дифференциальной диагностики между широким спектром психических расстройств: депрессией, дистимией, социальным тревожным, генерализованным тревожным, посттравматическим расстройством, РДВГ.

У девочки наблюдались многочисленные психические нарушения, подтверждающие диагноз депрессии: доминирующее депрессивное настроение, отмечающееся еще с седьмого класса (несмотря на хорошее настроение на приеме у врача); ангедония; социальная изоляция в период летних каникул; усиление аппетита, приверженность к сладкому; трудности при засыпании; специфические когнитивные нарушения (снижение концентрации внимания, рассеянность на уроках, увеличение затрат времени и физических сил для выполнения заданий, снижение академической успешности).

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

У девочки наблюдаются и клинические проявления, не подтверждающие диагноз депрессии: отсутствие мыслей о смерти или суициде.

Проблемы дифференциальной диагностики при использовании диагностических критериев DSM-IV-TR

Ось 1. 296.35 Большое депрессивное расстройство в стадии частичной ремиссии (высокий уровень сплоченности семьи подтверждает вероятность такого диагноза).

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

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

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

Ось 2. Расстройство личности было исключено.

Ось 3. Наличие другой медицинской патологии было исключено.

Ось 4. Хорошо функционирующая семья, проблемы во взаимоотношениях со сверстниками. Социальные навыки достаточно сформированы и адекватны для того, чтобы инициировать и поддерживать соответствующий уровень общения со сверстниками.

Ось 5. Общая оценка функционирования (по Children's Global Assessment Scale) составляет 55-60 баллов.



Использование скрининговых шкал для самооценки депрессии, например таких, как Шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – CES-DC; Radloff L., 1991) или Шкала Бека для диагностики депрессий (The Beck Depression Inventory – BDI, BDI-1A, BDI-II; Beck A.T., Steer R.A., Garbin M.G., (1988) представляется целесообразным для оценки терапевтического эффекта, однако в качестве диагностического инструмента они недостаточно валидны.

Тесты для оценки родителями, так называемые опросники, например Контрольный список детского поведения (Child Behavior Checklist – CBCL; Achenbach T.M., Edelbrock C.S., 1983) или Шкалы Коннора (учительский/родительский варианты) (Conners' Teacher/Parent Rating Scales – CTRS-R, CPRS-R; Connors D.F., Ozbayrak K.R., Harrison R.J., Melloni R.H., 1998), имеют подобные проблемы с валидностью.

Более точную диагностическую информацию можно получить из клинического интервью с пациентом, оценивая выраженность симптомов, их длительность, время появления. Предпочтительным является использование специального Полуструктурированного интервью для диагностики аффективных расстройств и шизофрении (Children's Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL); Kaufman J., Birmaher B., Brent D., Rao U., Flynn C., Moreci P., Williamson D., Ryan N., 1996), хотя и они могут не полностью удовлетворять требованиям задачи клинической и дифференциальной диагностики.

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

Начиная с седьмого класса у Марины наблюдаются симптомы легкой депрессии, которая протекала волнообразно, периодически отмечались состояния спонтанной ремиссии. На рекуррентное течение депрессии у пациентки указывает и семейный анамнез, ранее наблюдавшиеся у родственников депрессивные эпизоды и преморбидные психические расстройства, ассоциированные с нарушениями нейротрансмиссии серотонина (тревожность и проблемы с концентрацией внимания).

В восьмом классе у девочки отмечалось развитие более длительного депрессивного эпизода, для купирования которого использовались два СИОЗС (в терапевтической эффективной дозировке, с адекватной продолжительностью приема) и поддерживающая терапия, что обеспечило частичную ремиссию.

Впоследствии течение депрессивного эпизода осложнилось нарушениями социального взаимодействия, возникли когнитивные нарушения (трудности в школьном обучении), снизилась самооценка, появились диссомнические расстройства.

На момент приема у психиатра у пациентки отмечалась среднетяжелая депрессия, повышенная социальная тревожность и проблемы с концентрацией внимания.

Рассматриваемый случай иллюстрирует важность установления точного диагноза с учетом взаимодействия преморбидных условий, выяснения причин возникновения и последствий болезни, а также необходимость применения рациональных и доказательных методов лечения.

С целью проведения наиболее полного исследования состояния Марины, установления максимально точного диагноза и назначения эффективного комплексного фармакологического и психотерапевтического лечения

детским психиатром принималась во внимание вся полученная во время интервью и в результате тестирования информация, которая сопоставлялась с диагностическими критериями DSM-IV-TR. Проверка выполнения диагностических критериев систематики является определяющей при проведении дифференциальной диагностики и формулировке окончательного диагноза.

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

Возникает вопрос: а если не хватает всего лишь одного симптома, заболевание Марины должно быть расценено как не соответствующее таким критериям? Является ли это достаточным основанием для отказа от терапии антидепрессантами?

Скорее всего, нет. Тем не менее на сегодня отсутствуют и опирающиеся на принципы доказательной медицины рекомендации по лечению субсиндромальных состояний.

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

Важно также учитывать возможность наличия сопутствующих (коморбидных) расстройств, что порождает ряд дополнительных проблем для формулировки диагноза и определения фармакологической терапевтической стратегии.

Клинические исследования свидетельствуют о наличии у 70-80% подростков с депрессивными расстройствами по меньшей мере еще одного коморбидного расстройства, не учитывать которое недопустимо.

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

В ходе диагностического интервью было также установлено, что психическое состояние Марины соответствует критериям неуточненного тревожного расстройства по DSM-IV-R с широким спектром тревожной симптоматики, включая соматические проявления, социальную тревогу, тревожно-ориентированные копинг-стратегии избегания, которые, однако, не соответствуют в полной мере диагностическим критериям для более дискретных тревожных синдромов. Марина испытывает большой дискомфорт в социальных ситуациях, особенно в общении со сверстниками, что усложняет дифференциацию ее состояния с депрессией.

Симптомы депрессии и тревожности определенным образом взаимосвязаны между собой, что следует учитывать при выборе стратегии лечения. Примером может служить стремление Марины избавиться от стресса за счет общения с друзьями. В те моменты, когда Марина встревожена или скучает, она старается уйти от одиночества (что вполне нормально для девочек ее возраста), но ее поведение при этом дезадаптивно, она отпугивает окружающих своими «идеями преследования», тем самым увеличивая социальную тревогу, что в свою очередь запускает механизм поиска одобрения у родителей, друзей,

в школе. Такие действия в поведении Марины создают замкнутый круг, в котором социальная девиация приводит к изоляции, более отчаянному социальному поведению, исход которого – отчуждение от близких и друзей.

При определении терапевтической стратегии сложности могут быть вызваны и неопределенными причинно-следственными связями между коморбидными расстройствами, например, важно выяснить, страдала ли девочка РДВГ за 6-7 лет до появления первых симптомов депрессии. И даже если предположить, что это отдельные заболевания, все равно следует признать, что они влияют друг на друга. К примеру, РДВГ приводит к школьной дезадаптации, нарушению отношений со сверстниками, создает предпосылки для травматизации и развития депрессивного расстройства. С другой стороны, специфичный нейрокогнитивный дефицит при депрессии может включать вторичные нарушения внимания и активности. У Марины могут наблюдаться два относительно дискретных психических расстройства или же могут проявляться перекрывающиеся друг друга спектры симптомов, например РДВГ и биполярного расстройства.

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

При выборе и оценке методов лечения клиницисту также важно учитывать не только развитие расстройства, но и его последствия. Например, у Марины и раньше были некоторые трудности в общении со сверстниками, однако с развившейся депрессией усугубилась социальная дезадаптация. Даже после редукции депрессии не следует ожидать, что социальная изоляция автоматически исчезнет. Это также актуально для наблюдающихся у пациентки низкой самооценки, проблем с концентрацией внимания, нарушений сна.

Далее представлена заключительная формулировка диагноза Марины по DSM-IV-TR и МКБ-10.

Диагноз по DSM-IV-TR

Ось 1. 296.22 Тяжелое депрессивное расстройство.
314.00 РДВГ. Преобладание дефицита внимания.
Ось 2. Не выявлено.
Ось 3. Не выявлено.
Ось 4. Хорошо функционирующая семья, проблемы во взаимоотношениях со сверстниками. Социальные навыки недостаточно сформированы и неадекватны для того, чтобы инициировать и поддерживать соответствующий уровень общения со сверстниками.
Ось 5. Общая оценка функционирования (по Children's Global Assessment Scale) составляет 55-60 баллов.

Диагноз по МКБ-10

F32.11. Умеренный депрессивный эпизод с соматическим синдромом.
F90.0. Нарушение активности и внимания.
F93.2. Социальное тревожное расстройство детского возраста.
Z60.4. Социальная изоляция. Общая оценка функционирования (по Children's Global Assessment Scale) составляет 55-60 баллов.

Обсуждение терапевтической стратегии

Марине был назначен начальный курс лечения антидепрессантом в среднетерапевтической дозировке с последующим ее увеличением, а также поддерживающая психотерапия для предупреждения рецидивов.

Такая терапевтическая стратегия была протестирована в Техасском проекте по определению алгоритма медикаментозного лечения депрессий у детей (Hughes C.W., Emslie G.J., Crimmon M.L. et al., 1999). Основной целью такого метода лечения Марины является полное ее выздоровление и исключение рецидивов депрессии, поскольку такая вероятность существует при подростковых депрессиях. Рекомендуемая терапевтическая альтернатива включает возможность назначения флуоксетина, циталопрама, сертралина, эсциталопрама, пароксетина. Другие медикаменты в контексте возможного рецидива депрессии должны назначаться с особой осторожностью и с учетом состояния больной.

Эффективным дополнением к медикаментозному лечению Марины может стать параллельно проводимая психотерапия, например когнитивно-поведенческая (КПТ; Weersing V.R., Kolko D.J., Birmaher B. et al., 1997) или интерперсональная терапия для подростков (ИПТ; Mufson L., Dorta K.P., Wickramaratne P. et al., 2004). Результаты исследования лечения депрессии у подростков (March J., Silva S., Petrycki S. et al., 2004) дают основания предполагать, что КПТ в качестве дополнения к фармакотерапии значительно повышает общую эффективность лечения. ИПТ также может обеспечить хороший эффект для психосоциального восстановления девочки.

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

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

При обсуждении схемы терапии Марины следует обратить внимание на то, что после последовательного приема двух рекомендованных ей курсов СИОЗС ремиссия не была достигнута – это послужило основанием для увеличения дозы антидепрессанта. В качестве терапевтической альтернативы следовало рассмотреть переход на антидепрессант другой группы или прибегнуть к лечению солями лития или бупропионом.

Смену препарата, как правило, рекомендуют при отсутствии положительной динамики или развитии неприятных побочных эффектов; увеличение дозы принимаемого антидепрессанта показано для пациентов, у которых наблюдается эффект от получаемого лечения, но ремиссия не достигнута (Rush A.J., Kraemer H.C., Sackeim H.S. et al., 2006; Trivedi M.H., Rush A.J., Wisniewski S.R. et al., 2006). При этом следует иметь в виду, что отличить продолжение или утяжеление депрессии у подростков от побочных эффектов антидепрессантов бывает довольно сложно, поскольку в обоих случаях могут наблюдаться апатия, нарушения сна и аппетита.

После достижения положительного терапевтического ответа рекомендуется продолжить лечение в течение 6-9 мес. В этот период желательно проводить интенсивную терапию резидуальных симптомов депрессии

Продолжение на стр. 48.

Клинический случай

Тяжелый депрессивный эпизод в педиатрической практике

Продолжение. Начало на стр. 46.

ввиду высокой вероятности рецидива. Такое лечение может проводиться как с использованием исключительно фармакологических препаратов, так и в комплексе с психотерапией (прежде всего КПТ и ИПТ).

Терапевтическая стратегия для сопутствующего заболевания

Фармакотерапия нередко используется для устранения коморбидной симптоматики при депрессии. Многие специалисты считают, что сопутствующие симптомы целесообразно начинать лечить до начала терапии основного заболевания. Зачастую такие симптомы не являются прямыми критериями определения первичного расстройства (например, агрессия у больного депрессией, тяжелое расстройство сна, высокая возбудимость). В ряде случаев эти симптомы требуют назначения дополнительной психофармакотерапии. При этом следует помнить общее правило: как только симптомы основного заболевания редуцируются, дополнительную терапию необходимо прекратить. Данные ряда исследований с участием взрослых больных с депрессией и бессонницей свидетельствуют о том, что комбинированная терапия снотворным средством и антидепрессантом более эффективно уменьшает симптоматику по сравнению с применением только антидепрессанта (Maurizio Fava, 2006).

В случае с Мариной клиницисты должны прежде всего рассмотреть вопрос

о необходимости лечения сопутствующего РДВГ, используя соответствующие протоколы, для достижения максимального терапевтического эффекта. Могут быть рассмотрены несколько терапевтических альтернатив. Во-первых, может быть пересмотрен препарат, назначаемый для лечения депрессии, СИОЗС может быть заменен на препарат из группы СИОЗСН, например милнаципран. Во-вторых, к терапии СИОЗС могут быть добавлены психостимуляторы (метилфенидат, атомоксетин). Третья стратегия включает продолжение терапии СИОЗС в расчете, что купирование нейрокognитивных расстройств при депрессии позволит уменьшить выраженность нарушений активности и внимания.

Рекомендации по дальнейшему лечению

Рекомендации относительно дальнейшего лечения Марины должны основываться на результатах мониторинга состояния девочки, включать советы по организации психосоциальной помощи, долгосрочной психофармакотерапии, а также педагогической и поведенческой коррекции поведения в школе. Любое из перечисленных вмешательств должно базироваться на принципах доказательной медицины.

В случае с Мариной для тренинга по управлению депрессией и тревожностью может быть рекомендована КПТ.

Существуют руководства по КПТ как для клиницистов (Curgan K., 2005; Kendall P.C., Flannery-Schroeder E., Panichelli-Mindel S.M.

et al., 2000), так и непосредственно для пациентов (McKay M., Wood J.C., Brantley J.B., 2007; Burns D.D., 1980, 1999).

Врачу, использующему КПТ, полезно будет объединить несколько психотерапевтических техник, описанных в литературе, посвященной применению КПТ при депрессии (динамической активации, когнитивной реструктуризации, снижения конфликта) и тревоге (экспозиции, когнитивной реструктуризации, положительного самоподкрепления), а также использовать метод родительского психообразования для повышения эффективности управления оппозиционным поведением у подростков с РДВГ. В этом контексте при КПТ применяются стратегии избыточного обучения, которые связаны с психосоциальными и соматическими интересами и легко объединяются с психофармакологическим управлением поведения.

Марину необходимо поощрять к участию в социальной деятельности вне школы, например к посещению театрального кружка или спортивной секции, что поможет расширить круг ее общения. Одной из главных целей терапии должна быть попытка разорвать так называемый замкнутый круг, оказавшись в котором по причине социальной изоляции, Марина начинает излишне навязываться своим друзьям, что, соответственно, вызывает негативную реакцию с их стороны и еще больше отдаляет девочку от них.

В своих исследованиях R.M. Rapee (2000) советует родителям детей с депрессией

посещать специальные родительские курсы, направленные на модификацию негативного опыта, укрепляющего оппозиционное поведение ребенка. Такой опыт может быть следствием неправильного отношения с проявлениями первичного дезадаптивного комплекса, ассоциированного с РДВГ, депрессией или тревогой.

Диета и физические упражнения могут помочь Марине избавиться от лишнего веса, а также преодолеть связанную с депрессией гиподинамию.

Даже применяя высококвалифицированную КПТ, в представленном клиническом случае сложно будет достичь качественной ремиссии без медикаментозного лечения. Последнее позволит снизить выраженность тревоги, депрессии, устранить нарушения активности и внимания, облегчить проведение КПТ и повысить ее эффективность. В свою очередь КПТ может предотвратить развитие рецидива после отмены лекарственных препаратов. В случае монотерапии следует учитывать, что медикаменты могут увеличить суицидальный риск (Hammad T., 2006; Kratochvil S., 2006), но при использовании КПТ суицидальные тенденции можно значительно снизить и достичь более качественной ремиссии (March J., 2006). В случае Марины сотрудничество с родителями и школой – важный аспект осуществления выбранной стратегии, которая может проводиться амбулаторно.

Прогноз клинического случая

Исходя из представленных выше данных, вероятность наступления ремиссии у Марины мы оцениваем в 50% в первые 4 мес терапии при 90% вероятности достижения существенного улучшения после длительного лечения.

ПЕРЕДПЛАТА НА 2014 РІК!

Здоров'я України
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Шановні читачі!

Передплатити наше видання Ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» за Каталогом видань України на 2014 р. у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції за тел. (044) 521-86-98.

Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер
«Неврологія, психіатрія, психотерапія»

Передплатний індекс – 37633
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати – 200,00 грн

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- ◆ перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку;
- ◆ надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників;
- ◆ вказати адресу доставки примірників.

Наші реквізити:
р/р 26000052613363 ФКВ «Приватбанк»,
розрахунковий центр, МФО 320649, код ЄДРПОУ 38419785

Наша адреса: Медична газета «Здоров'я України», 03035, м. Київ,
вул. Механізаторів, 2.

Телефон/факс відділу передплати (044) 521-86-98,
e-mail: podpiska@health-ua.com

Дата здійснення операції		Сума:		Платник:		Місце проживання:		Отримувач:		ТОВ „Тематичний проект „Здоров'я України 21 сторіччя“ ФКВ „ПРИВАТБАНК“, розрахунковий центр		МФО банку:	
Код ЄДРПОУ:		3 8 4 1 9 7 8 5		Розрахунковий рахунок:		2 6 0 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3 3		МФО банку:		3 2 0 6 4 9			
Призначення та період платежу:				Контролер:		Бухгалтер:		Касир:					
Дата здійснення операції		Сума:		Платник:		Місце проживання:		Отримувач:		ТОВ „Тематичний проект „Здоров'я України 21 сторіччя“ ФКВ „ПРИВАТБАНК“, розрахунковий центр		МФО банку:	
Код ЄДРПОУ:		3 8 4 1 9 7 8 5		Розрахунковий рахунок:		2 6 0 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3 3		МФО банку:		3 2 0 6 4 9			
Призначення та період платежу:				Контролер:		Бухгалтер:		Касир:					