

СЕПАРАЦИОННАЯ ТРЕВОГА

Ana Figueroa, Cesar Soutullo,
Yoshuhiro Ono, Kazuhiko Saito

Тревожные расстройства, вероятно, наиболее распространенная форма психопатологии детского возраста, при этом распространенность в мировом масштабе оценивается в пределах от 5 до 25%, однако значительно меньший процент получают лечение (Boyd et al, 2000; Costello et al, 2003). На долю тревожного расстройства, вызванного разлукой (ТРВР), приходится примерно половина направлений на лечение из всей группы тревожных расстройств (Cartwright-Hatton et al, 2006). Большинство тревожных расстройств детского возраста имеют те же диагностические критерии, что и у взрослых, за исключением ТРВР, которое в настоящее время в DSM и МКБ классифицируется как одно из расстройств диагностируемых, как правило, в младенческом, детском или подростковом возрасте (Krain et al, 2007).

ТРВР характеризуется ненормальной реактивностью на реальное или воображаемое отделение от лица, к которому ребенок привязан, что существенно влияет на повседневную деятельность и препятствует развитию. Чтобы удовлетворять диагностическим критериям DSM-IV-R, тревога должна выходить за пределы ожидаемой для соответствующей стадии развития ребенка, продолжаться больше четырех недель, возникать в возрасте до 18 лет и приводить к значительному дистрессу или нарушениям (American Psychiatric Association, 2000).

Сепарационная тревога может приводить к выраженному дистрессу и ухудшению функционирования, тяжелым негативным психологическим последствиям, и является предиктором психиатрических расстройств у взрослых, особенно панического расстройства. Несмотря на это, данное расстройство не часто подвергалось научному исследованию, и дети, как правило, не проходят клиническую диагностику до тех пор, пока ТРВР не приводит к отказу от посещения школы или заметным соматическим симптомам. К доступным эффективным методам лечения относятся психотерапия и фармакотерапия.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ТРВР имеет гетерогенную клиническую картину. Кардинальным симптомом является выраженный или не соответствующий развитию *дистресс*, либо интенсивный и несоответствующий реальности страх, в связи с разлукой с человеком, к которому ребенок привязан (обычно родители) или домом (American Psychiatric Association, 2000). Сепарационная тревога имеет три ключевые характеристики:

- Интенсивный и постоянный страх или беспокойство до и во время разлуки.
- Поведенческие и соматические симптомы до, во время, и после разлуки
- Постоянное избегание или попытки уйти от ситуаций разлуки.

Ребенок беспокоится, что что-то может случиться с его родителями (например, что они исчезнут, потеряются или забудут о нем), или что он сам потеряется, будет похищен или убит, если не будет находиться рядом с родителями. К поведенческим симптомам относится плач, назойливость, протест против разлуки и поиск родителей после их ухода. Физические симптомы похожи на те, которые бывают при паническом или соматизированном расстройствах, а именно:

- Головные боли
- Боли в животе
- Предобморочные состояния, обмороки, головокружения
- Ночные кошмары, проблемы со сном
- Тошнота, рвота
- Дискомфорт, мышечные боли
- Сердцебиения, боли в грудной клетке.

Из-за этих физических симптомов ТРВР часто становится причиной отсутствия на занятиях в школе и многократных визитов к семейному врачу или педиатру для исключения медицинских проблем. Симптомы обычно возникают в дни посещения школы и обычно быстро исчезают, как только родители принимают решения, что ребенок останется дома.

Клиническая картина отличается в зависимости от возраста пациента. Дети младшего возраста чаще, чем дети старшего возраста, жалуются на ночные кошмары, содержание которых связано с разлукой. Кроме того, по сравнению с подростками, дети чаще демонстрируют выраженный дистресс в связи с разлукой. У них чаще наблюдается оппозиционное поведение, проявляющееся вспышками гнева в ситуации отделения. Подростки с ТРВР значительно чаще предъявляют соматические жалобы в дни посещения школы. Симптомы сепарационной тревоги могут возникнуть в ситуациях, когда ребенок:

- Оставляется в детском саду
- Входит в школу
- Идет к школьному автобусу
- Отправляется спать
- Остается дома с няней

- Прибывает в летний лагерь
- Выполняет работу по домашнему хозяйству
- Остается на ночь у друзей или родственников
- Сталкивается с ситуацией разлуки или развода родителей

Симптомы сепарационной тревоги возникают наиболее часто в таких ситуациях, как смена школы, начало нового учебного года (после летних каникул или при переходе в старшие классы), смене круга друзей, воздействие неблагоприятных явлений (когда ребенок становится объектом издевательств со стороны сверстников или страдает соматическим заболеванием).

Границы клинической значимости симптомов варьируют в зависимости от культуральных факторов. У разных культур различные ожидания относительно самостоятельности, степени контроля, режима сна, характеристик жилища (например, доступность комнат, размер дома), а также роли родителей в уходе за ребенком (например, самим заботиться о ребенке, или отправлять его в детский сад) (Hanna et al, 2006).

Марина – девятилетняя девочка, проживающая в большом городе с родителями и четырехлетним братом. Она ходит в четвертый класс частной школы. С того момента, как она начала посещать детский сад, в возрасте двух лет, воспитатели замечали, что она была стеснительной и смогла общаться с детьми из своей группы только к концу учебного года. В первые месяцы посещения школы Марина все свободное время проводила со своим куратором, избегая даже контактов с остальными учителями. Переход в начальную школу был трудным, но ей удалось приобрести друзей в последнем триместре. После этого, несмотря на то, что Марина переживала дистресс в начале каждого школьного года, ей удавалось поддерживать нормальные взаимоотношения с одноклассниками.

В девять лет Марина заболела гриппом, из-за которого пролежала в постели две недели. Когда она выздоровела и уже могла начать снова посещать школу, то вдруг начала плакать и умолять маму не отправлять ее в школу. Через несколько дней она смогла пойти в школу и при этом не плакала. Однако в начале занятий Марина начала жаловаться на боли в животе и вернулась домой. Ее педиатр не обнаружил никаких признаков патологии. На следующий день она в школе пожаловалась на утомляемость, головокружение и головные боли. И снова педиатр не нашел никаких признаков патологии, которой можно было бы объяснить ее симптомы, но родители Марины сильно беспокоились по поводу ее здоровья и обратились к другому доктору, который назначил больше анализов, результаты которых оказались негативными. У нее не было физических проблем в выходные дни, но в воскресенье вечером она вдруг стала тревожной, и говорила, что боится, что в понедельник в школе появятся те же симптомы.

Комментарий: В данном кратком клиническом описании представлены симптомы социальной тревоги, которая часто предшествует ТРВР, вирусная инфекция, которая послужила пусковым механизмом ТРВР, проблемы с отделением и необъяснимые соматические симптомы при разлуке.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

К диагностическим критериям ТРВР относятся:

- Присутствие, как минимум, трех из восьми возможных симптомов тревоги, возникающих в ситуации разделения (например, отделение от дома или от человека, к которому ребенок сильно привязан; страх у ребенка, вызванный мыслями о том, что он может потерять человека, к которому сильно привязан, или что с этим человеком может случиться несчастье; нежелание или отказ посещать школу, оставаться одному или без человека, к которому ребенок сильно привязан, и т.п..)
- Симптомы должны присутствовать не меньше четырех недель и возникать до 18-летнего возраста.
- Симптомы приводят, по меньшей мере, к умеренным нарушениям и не объясняются другими психическими расстройствами.

Главным изменением, которое предлагается в DSM-V является перемещение ТРВР из категории «расстройств, главным образом присутствующих в младенческом, детском или подростковом возрасте» в общую категорию «тревожных расстройств» вместе с другими тревожными расстройствами, диагностируемыми у детей и взрослых.

В МКБ-10 ТРВР получило название «тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой». Оно включено в раздел «эмоциональных расстройств детского возраста», в который, кроме прочих, входят также: «фобическое тревожное расстройство в детском возрасте» и «социальное тревожное расстройство в детском возрасте».

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Опубликованы результаты всего нескольких эпидемиологических исследований, и большинство из них имеют методологические ограничения и искажения, поэтому научные данные можно считать скудными. ТРВР относится к расстройствам с ранним началом, пик которого приходится на возраст от 7 до 9 лет (Costello & Angold, 1995). Распространенность составляет 3–5% среди детей и подростков и уменьшается по мере увеличения возраста (Costello & Angold, 1995). В одном, недавно опубликованном катанестическом исследовании, Kessler et al (2011) обнаружили, что тревожные расстройства были одними из самых распространенных расстройств на всех этапах исследования (после поведенческих расстройств, расстройств настроения, психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ), и что ТРВР было самым распространенным расстройством у детей, но заняло седьмое место по распространенности среди расстройств, возникающих на протяжении всей жизни, поскольку часто оно корректируется к подростковому возрасту. Гораздо более распространенным является подпороговое ТРВР. Одно из исследований показало, что около 50% детей восьмилетнего возраста страдали симптомами ТРВР, которые не приводили к

выраженному нарушению. Некоторые исследования свидетельствуют о том, что ТРВР в США немного чаще наблюдается среди девочек, афроамериканцев и в семьях с низким социально-экономическим статусом.

Возраст начала и причины

Симптомы тревоги при разлуке с родителями или другими людьми, к которым ребенок сильно привязан, – это нормальное явление на определенных этапах развития (см. Главу А.2). Дистресс из-за разлуки с тем, к кому привязан младенец, один из наиболее строго фиксированных в процессе эволюции типов поведения (Shear et al, 2006). Симптомы сепарационной тревоги обычно достигают своего пикового значения в возрасте от девяти до 13 месяцев, как правило, ослабевают к двум годам, одновременно с усилением самостоятельности к трехлетнему возрасту. Симптомы сепарационной тревоги могут снова усилиться в возрасте четырех – пяти лет, обычно, когда ребенок начинает посещать школу (Costello et al, 2005; Mattis & Pincus, 2004; Krain et al, 2007). Наличие тревожного расстройства у кого-либо из родителей способствует устойчивости нормальной сепарационной тревоги (через генетическую передачу и из-за того, что тревожные родители могут понижать воздействие разлуки на ребенка, снижая его шансы на прогресс). Поскольку симптомы сепарационной тревоги до пяти лет являются нормой, связанной с развитием, клинический диагноз ТРВР редко может быть обоснованным раньше этого возраста.

Лонгитудинальные исследования показали, что ТРВР детского возраста может быть фактором риска других тревожных расстройств; особенно это расстройство способно повышать риск панического расстройства и агорафобии у взрослых, главным образом, из-за сходных клинических проявлений (Biederman et al, 2005). Эти выводы подтверждаются физиологическими исследованиями, которые демонстрируют повышенную чувствительность к воздействию углекислого газа у детей с ТРВР, равно как и у пациентов с паническим расстройством (Pine et al, 2000). Другие исследователи высказывают предположения, что ТРВР повышает восприимчивость к широкому диапазону тревожных расстройств и расстройств настроения.

В среднем, одна треть случаев детского ТРВР сохраняется и в подростковом возрасте, если оставить их без лечения. Ребенок, страдающий ТРВР, может значительно ограничивать свои контакты со сверстниками, что может приводить к нарушению социального функционирования или изоляции в зрелом возрасте (например, такие пациенты остаются одинокими или переживают конфликт в семье) (Shear et al, 2006). В соответствии с данными Многофакторного исследования тревоги у детей и подростков (англ. – Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS; смотри далее раздел, посвященный лечению), предикторами ремиссии

- Распространенность ТРВР составляет примерно 5% у детей, снижаясь к подростковому возрасту. Распространенность ТРВР среди взрослых около 6%.
- ТРВР наиболее распространенное тревожное расстройство в педиатрической популяции.
- Около 50% детей восьмилетнего возраста страдают симптомами сепарационной тревоги, которые не приводят к значительным нарушениям.
- Пик начала расстройства приходится примерно на возраст семи – девяти лет.
- Поскольку симптомы сепарационной тревоги до пяти лет являются нормой, связанной с развитием, диагноз ТРВР редко может быть обоснованным раньше этого возраста.
- ТРВР является фактором риска других тревожных или психических расстройств.
- В среднем, треть случаев ТРВР в детском возрасте сохраняются и в подростковом возрасте, если не проводилось лечение.

являются: более ранний возраст, меньшая выраженность исходной тревоги, отсутствие других интернализирующих расстройств (например, тревоги, депрессии) и отсутствие социальной фобии.

В DSM-IV ТРВР описывается как расстройство детского возраста, которое редко присутствует у взрослых. Однако некоторые исследования показали, что распространенность ТРВР среди взрослых составляет 6%, то есть, даже выше, чем среди детей. По данным одного из исследований, более 70% случаев ТРВР у взрослых начинаются в подростковом возрасте; таким образом, это расстройство может быть более распространенным состоянием, чем считали ранее (Shear et al., 2006).

ЭТИОЛОГИЯ

Тревожное расстройство, вызванное разлукой, – это расстройство со сложной и частично неизвестной этиологией. Исследования показывают, что играют роль как биологические факторы, так и факторы окружающей среды. Окружающие факторы могут оказывать более сильное воздействие при ТРВР, чем при других тревожных расстройствах детского возраста. Большинство предполагаемых этиологических факторов скорее связаны с тревожными расстройствами в целом, а не исключительно с ТРВР. Широко распространено мнение, что взаимодействие между разными факторами, биологическими и средовыми, повышает риск тревожных расстройств. Например, взаимодействие матери с низкой толерантностью к тревоге и ребенка с поведенческой заторможенностью, по всей вероятности, приведет к тревоге у ребенка.

Биологические факторы

Генетика

Наследуемость ТРВР, по данным разных исследований, варьирует, от очень низкой до средней. Данные крупномасштабного близнецового исследования указывают на значительное генетическое влияние при ТРВР, обуславливающее наследуемость, достигающую примерно 73% (Bolton et al, 2006). Большинство исследований свидетельствуют о том, что тревожные расстройства передаются в семьях из поколения в поколение (Pine, 1999), и что человек может унаследовать восприимчивость к любому тревожному расстройству, а не к какому-либо специфическому. У детей тревожных родителей в пять раз выше вероятность возникновения тревожного расстройства. Некоторые исследователи сообщали о связи между паническим расстройством у родителей и ТРВР у их потомков (Biederman et al, 2004), однако это не получило подтверждения.

Психологические факторы

Психологические процессы, такие как выработка условного рефлекса, в связи с переживанием чувства страха, являются основой тревожных расстройств. Эти процессы – результат взаимодействия генетической предрасположенности и окружающей среды и их влияния на функционирование участков мозга, вовлеченных в

циклы страха и вознаграждения (миндалевидная железа, орбитофронтальная кора и передняя часть поясной извилины коры головного мозга).

Дисфункция некоторых участков головного мозга

Миндалевидное тело – одна из главных областей мозга причастных к возникновению тревоги (Beesdo et al, 2009).

Окружающая среда

Многие из средовых факторов были выявлены в перекрестных эпидемиологических исследованиях (которые не могут подтвердить причинно-следственную связь) (Pine & Klein, 2008).

Факторы, касающиеся семьи ребенка

- Недостаточно теплое отношение родителей
- Поведение родителей, лишаящее ребенка самостоятельности (для более детального обзора см. Ginsburg et al, 2004). Чрезмерно опекающие и заботящиеся родители являются, по всей видимости, специфическим фактором риска ТРВР.
- Небезопасная привязанность, главным образом, к матери. Тревожно-резистентная привязанность ассоциируется с тревожными расстройствами (Warren et al, 1997). Дети тревожных матерей часто проявляют тревогу, связанную с разлукой (Beidel et al, 1997; Biederman et al, 2001), не только из-за того, что они переживают страх по поводу собственной безопасности, но также по поводу безопасности матери во время разлуки
- Тяжелые разногласия между родителями
- Разлука или развод
- Соматические болезни у родителей
- Психические расстройства у кого-либо из родителей, такие как паническое расстройство и большая депрессия
- Эгоцентричный, незрелый и неуравновешенный (или с антисоциальным поведением) отец.

Ранний опыт

- Вызывающие стресс жизненные события тесно связаны с детской психопатологией в целом
- Участие в крупной катастрофе или преступлении
- Подверженность воздействию семейного насилия
- Потеря работы родителями
- Рождение брата или сестры.

Темперамент и особенности характера ребенка

- Поведенческая заторможенность отражает устойчивую тенденцию демонстрировать страх и замыкание в себе в незнакомых ситуациях, которых ребенок старается избегать. Дети с заторможенным поведением интро-

вертированы, легко смущаются и социально замкнуты. Обычно это становится очевидным по достижению возраста двух лет. Эти дети чаще, чем не заторможенные, проявляют высокие уровни тревоги разного типа, в том числе и тревоги, связанной с разлукой (Kagan et al, 1988; Biederman et al, 1993; Anthony et al, 2002)

- Низкая толерантность к унижению
- Боязнь неудачи
- Депрессия
- Пол. Среди девочек более высокая частота почти всех тревожных расстройств.

Факторы, имеющие отношение к школе

Ребенок является объектом травли

Неспособность показать ожидаемые результаты на экзаменах, в спорте или другой академической деятельности.

КОМОРБИДНОСТЬ

Тревожные расстройства детского возраста часто сочетаются друг с другом и с другими формами психопатологии. Таким образом, у детей, страдающих ТРВР, нередко наблюдаются другие тревожные расстройства или состояния, такие как депрессия или дезорганизованные расстройства поведения (Krain et al, 2007). По сравнению с генерализованной тревогой и социальной фобией, дети с ТРВР значительно чаще проявляют другие тревожные расстройства, которые усугубляют общую тяжесть состояния (Kendall et al, 2001); чаще страдают коморбидными специфическими фобиями (Verduin et al, 2003); а также более склонны чаще избегать посещения школы, что в конечном итоге приводит к отказу от школы (футоко в Японии).

Тревожное расстройство у детей чаще сочетается с:

- Большой депрессией (Angold et al, 1999)
- Биполярным расстройством (Wagner, 2006), и
- Синдромом дефицита внимания и гиперактивности. У девочек с подтипом СДВГ с преимущественным нарушением внимания более высокие показатели коморбидности с ТРВР (Levy et al, 2005).

ДИАГНОЗ

В DSM-IV и в МКБ-10 ТРВР является единственным тревожным расстройством, классифицируемым в рубрике «расстройств, диагностируемых преимущественно в младенческом, детском и подростковом возрасте», и не включённым в группу других тревожных расстройств (хотя ожидается, что в DSM-V будут внесены соответствующие изменения).

Диагностическая оценка

Наиболее распространенные причины, по которым родители обращаются за помощью при ТРВР – это *отказ от посещения школы и чрезмерные соматические жалобы* (Krain et al, 2007).

Для диагностической оценки ТРВР необходимо использовать мультиинформантный, включающий много методов, подход, с привлечением детей, родителей и, при необходимости, школьных учителей и других значимых опекунов (см. Главу А.5). Окончательный диагноз будет основан на информации, полученной от всех этих источников. Несмотря на то, что золотым стандартом являются структурированные или полуструктурированные клинические интервью, когда дети и родители опрашиваются отдельно, структурированные интервью часто оказываются непрактичными при повседневном использовании в условиях клиники.

Существует несколько полуструктурированных диагностических интервью:

- *Опросный лист по тревожным расстройствам для DSM-IV, версии для детей, и для родителей* – англ.: *The Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV Child and Parent Version* (ADIS-IV-C/P; Silverman & Albano, 1996). ADIS разработан для детей в возрасте от шести до 17 лет. С помощью этого опросника оцениваются тревожные, тикозные, вызванные употреблением алкоголя и наркотиков расстройства, общие расстройства психологического развития и расстройства настроения, включенные в DSM-IV.
- *Шкала аффективных расстройств и шизофрении для детей школьного возраста, версии для оценки состояния на текущий момент и на протяжении всей жизни* – англ.: *The Kiddie Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for School age children, Present and Lifetime version* (K-SADS-PL) используется для пациентов в возрасте от шести до 18 лет для оценки всех диагностических категорий оси I, за исключением расстройств общего психологического развития.

Большинство инструментов, используемых в диагностике детской тревоги, разработаны и проверены с участием детей школьного возраста, оставляя расстройства раннего детского возраста относительно не изученными. *Психиатрическая оценка детей дошкольного возраста* – англ.: *The Preschool Age Psychiatric Assessment* (PAPA) представляет собой предназначенное для родителей структурированное интервью для оценки детей в возрасте от двух до пяти лет.

При проведении интервьюирования клиницистам необходимо оценить три ключевые группы симптомов тревоги:

- Поведение
- Мысли
- Физические симптомы

Клиницистам необходимо подробно расспросить о наличии этих симптомов в настоящее время, в прошлом, а также о времени их возникновения, частоте, о том,

как они влияют на повседневное функционирование и какую они могут выполнять функцию. Важно также собрать информацию о ранних симптомах ТРВР, их развитии во времени, а также оценить их возможную связь с большими жизненными переменами или стрессорами. Тревожные дети более склонны предъявлять много физических жалоб, тогда как родители обычно делают акцент на поведении избегания. Клиницисту очень полезно понаблюдать за поведением ребенка в ситуациях, провоцирующих тревогу, если есть такая возможность (например, при входе в школу). У детей часто отмечается усиление симптомов ТРВР в кабинете врача, если требуется отделить их от родителей.

Как и при других психических расстройствах, диагностическая оценка должна включать психиатрический анамнез, семейный психиатрический анамнез, общемедицинский анамнез и историю развития (см. Главу А.5).

Соматические симптомы обычно не имеют физического происхождения. Тем не менее, рекомендовано тщательное соматическое обследование с надлежащими анализами крови для того, чтобы исключить физические причины, включая анемию, стрептококковую инфекцию (определение анти-стрептококковых антител), гипертиреозидизм, гипотиреозидизм (анализ на Т3, Т4, и ТТГ), пролапс митрального клапана, астму, желудочно-кишечные инфекции, воспаление, кровотечение или образование язвы. Подросткам можно также провести тест на наличие наркотиков в моче. В некоторых случаях клиницист может подозревать наличие у пациента сахарного диабета. К более редким состояниям, которые могут имитировать симптомы ТРВР, относятся: бабезиоз, болезнь Лайма и риккетсиоз. Это особенно важно в отношении пациентов с лихорадкой, сыпью или болью в горле в анамнезе, при которых не проводилось, или проводилось не до конца, лечение антибиотиками, а также с резким изменением характера, симптомов тревоги или навязчивостями в анамнезе. Можно провести анализ на уровень содержания в крови свинца и ртути для исключения отравления тяжелыми металлами (особенно у пациентов с абдоминальной болью). Если полученная информация позволяет предположить наличие опухоли головного мозга или эпилепсии, клиницисту следует назначить пациенту соответствующее визуализирующее исследование.

Как отмечалось ранее, для того, чтобы соответствовать критериям DSM-IV для диагностики ТРВР, симптомы тревоги должны выходить за пределы ожидаемых для соответствующей стадии развития ребенка, длиться более четырех недель, начинаться в возрасте до 18 лет и приводить к значительному дистрессу или нарушению функционирования (APA, 2000). Тревога должна быть связана исключительно с отделением от дома или субъекта привязанности, и у пациента должно быть как минимум три из перечисленных ниже симптомов:

- Повторяющееся чрезмерное беспокойство в ситуации разлуки
- Устойчивое и чрезмерное беспокойство ребенка по поводу того, что он может потерять людей, к которым он сильно привязан, или по поводу возможного причинения вреда этим людям (например, болезнь, несчастный случай, смерть)
- Устойчивое и чрезмерное беспокойство о том, что неблагоприятное событие может привести к разлуке с объектом привязанности (например, потерять или быть похищенным)

- Постоянное нежелание или отказ идти в школу или в любое другое место из-за страха разлуки
- Устойчивый и чрезмерный страх или нежелание оставаться одному дома или в других местах в отсутствие людей, к которым ребенок испытывает сильную привязанность
- Постоянное нежелание или отказ ложиться спать, если рядом нет человека, к которому ребенок испытывает сильную привязанность, или спать вне дома
- Повторяющиеся ночные кошмары, содержание которых касается темы разлуки
- Повторяющиеся жалобы на недомогание (такие как головные боли, боли в животе, тошнота и рвота) если имеет место или ожидается разлука с объектом сильной привязанности.

Текущие диагностические критерии подвергаются критике, поскольку примеры, приведенные в них, ограничены нежелательными событиями, происходящими с ребенком, и не охватывают нежелательные события, которые могут случиться с объектом привязанности и привести к потере, такие как смерть или гибель. Необходимы также дополнительные исследования с целью оценки ограничения в четыре недели, которое является произвольным.

Оценочные шкалы

Используемые в клинической практике или при проведении исследований оценочные шкалы заполняются пациентом, его родителями и (или) учителями; эти шкалы дают возможность получить ценную информацию, необходимую для подтверждения диагноза, измерения степени тяжести симптомов и мониторинга реакции на лечение. Однако они никогда не должны использоваться как диагностические инструменты (см. Главу А.5).

Симптомы тревоги у детей можно оценить с помощью шкал, используемых для общей психопатологии, таких как ASEBA (Achenbach, 2009), или специфических шкал, таких как *Опросник по состояниям и свойствам тревожности у детей* – англ.: *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC; Spielberger, 1973). Последний из них, по-видимому, более эффективен в оценке симптомов сепарационной тревоги у детей всех возрастных групп. Все шкалы, описанные далее, показали довольно хорошую достоверность и надежность.

К другим, оценочным шкалам, широко используемым для оценки симптомов тревоги у детей и подростков, относятся: *Перечень страхов у детей, обновленная версия* – *Fear Survey Schedule for Children-Revised* (FSSC-R; Ollendick, 1983), *Детская шкала явной тревожности, обновленная версия* – *Revised Child Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds, 1980), *Опросник по состояниям и свойствам тревожности у детей* – англ.: *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC; Papay & Spielberger, 1986), и *Опросник по социальной фобии и тревоге для детей* – *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAI-C; Beidel et al, 2000).

Дифференциальный диагноз

Симптомы тревоги могут быть проявлением:

- Естественной тревоги, соответствующей этапу развития (например, нормальные страхи в первые несколько дней начала учебы в школе), в данном случае симптомы будут появляться и самостоятельно исчезать в определенное время
- Соматическими заболеваниями (например, гипертиреоз, синдром Кушинга, опухоль мозга). Симптомы не будут ограничены ситуацией разлуки с объектом привязанности, и у ребенка будут присутствовать другие соматические симптомы, такие как нарушения зрения и координации движений в случае опухоли головного мозга
- Других тревожных расстройств, таких как генерализованная тревога или социальная фобия (беспокойство по поводу «всего на свете» или социальных ситуаций, соответственно, а не страх исключительно из-за разлуки), и присутствие объекта привязанности не облегчает симптоматики (см. Главу F.1)
- Других психических расстройств, таких как депрессия
- У подростков в связи с употреблением алкоголя или других психоактивных веществ, таких как каннабис, кокаин или кофеин. Симптомы будут возникать, когда пациент находится под воздействием вещества или на фоне синдрома отмены
- Неблагоприятных условий окружающей среды, таких как, не соответствующее стандартам место учебы, страх перед насилием в школе (особенно насилием, связанным с гангстеризмом), подверженность буллингу, реакция утраты. Симптомы, как правило, возникают остро и ухудшаются при нахождении в этих ситуациях.
- Пропулов занятий в школе. Подросток будет преднамеренно не посещать школу.

ЛЕЧЕНИЕ

Для детей и подростков, страдающих тревожным расстройством, вызванным разлукой, существуют разные варианты лечения. Врачу-клиницисту необходимо подобрать наиболее подходящий вариант для каждого отдельного пациента после рассмотрения факторов, относящихся к расстройству (тяжести, длительности, дисфункции, связанной с симптомами), к пациенту и его семье (хронологический и функциональный возраст, понимание сути расстройства, предпочтения в лечении, мотивация семьи, доступность лечения, финансовые ресурсы) и к клиницисту (доступность, уровень подготовки и опыт). Большинство данных об эффективности лечения касаются нефармакологических подходов: психообразования, управления поведением и разных форм когнитивно поведенческой терапии. Таким образом, эти методы должны быть для клинициста наиболее предпочтительными.

Таблица 2.1 Шкалы* для оценки симптомов сепарационной тревоги

Шкала	Оценивающий	Возраст пациента	Рекомендована для скрининга	Подшкала ТРВР	Комментарии
SCAS (Spence, 1997)	Ребенок (версия для родителей)	8 - 12	√	√	<ul style="list-style-type: none"> • 44 вопроса, 4-х-балльная шкала • 6 подшкал: сепарационная тревога, паника/агорафобия, социальная тревога, генерализованная тревога, обсессивность/компульсивность, страх телесного повреждения • Шкала для дошкольного возраста (от 2,5 до 6,5 лет) • Доступна на 16 языках
SAAS-C/P (Eisen & Schaefer, 2007)	Ребенок, родитель			√	<ul style="list-style-type: none"> • 34 вопроса, некоторые специфичны для ТРВР • 4 измерения: страх оставаться одному, страх быть покинутым, страх физической болезни, и беспокойство по поводу несчастных случаев • Содержит также подшкалу «частоты несчастных случаев» и «сигналов безопасности»
SCARED-R (Muris et al, 1998)	Ребенок, родитель	7 - 18	√√√	√	<ul style="list-style-type: none"> • В целом 66 вопросов, касающихся всех тревожных расстройств, включенных в DSM-IV, 8 вопросов для оценки ТРВР • Доступна на 8 языках
PARS (Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group, 2002)	Клиницист				<ul style="list-style-type: none"> • Требуется проведения интервью с родителями и ребенком
RCADS (Chorpita et al, 2000)	Ребенок, родитель	6 - 18		√	<ul style="list-style-type: none"> • 47 вопросов, заполняемый самостоятельно вопросник • Включает все тревожные расстройства и большую депрессию • Позволяет получить показатель общей тревожности и интернализации. Имеется также версия для родителей • Доступна на 5 языках
Шкала тревоги в дошкольном возрасте – The Preschool Anxiety Scale (Spence et al. 2001)	Родитель	2 - 6			<ul style="list-style-type: none"> • Самоотчет одного из родителей • Версия SCAS для детей дошкольного возраста

*Не имеют характер собственности: бесплатны для клинического использования.

Психообразование

Во всех случаях, очень важно создать хороший терапевтический альянс между пациентом (и его семьей) и клиницистом. Это лучше всего осуществлять в контексте психообразования, которое является также фундаментом всех терапевтических процессов. Обучение ребенка (в соответствии со стадией его развития) и членов его семьи способствует более глубокому пониманию сути расстройства и повышает мотивацию. Понимание природы тревоги и того, как она воспринимается ребенком, поможет родителям и учителям относиться с сочувствием к страданиям ребенка.

Психообразование должно всегда охватывать такие темы:

- Тревога, как нормальная эмоция, на всех стадиях развития
- Факторы, которые могут быть причиной, пусковым механизмом симптомов или поддерживать их
- Естественное течение ТРВР
- Альтернативные варианты лечения, включая их преимущества и недостатки
- Прогноз

Тревожным расстройствам посвящено большое количество книг, кроме того массу информации (как достоверной, так и недостоверной) можно найти в интернете.

Бихевиоральная терапия

Бихевиоральная терапия показана во всех случаях. Она заключается в информировании родителей и опекунов о том, как справляться со слабо выраженными симптомами и неадаптивными установками, такими как избегающее поведение и когнитивные искажения. Этого метода может быть достаточно в случае легкой сепарационной тревоги (которая чаще всего имеет место в дошкольном возрасте). Бихевиоральную терапию можно комбинировать с другими методами лечения, если не наступает улучшения, или в случае симптомов средней тяжести, или если расстройство приводит к умеренной дисфункции или дистрессу. Главная цель бихевиоральной терапии состоит в том, чтобы обеспечить ребенку гибкую и благоприятную среду для ослабления симптомов сепарационной тревоги.

Клиницист может рекомендовать родителям:

- С сопереживанием прислушиваться к чувствам ребенка
- Сохранять спокойствие, когда ребенок становится тревожным (для моделирования поведения ребенка)
- Напоминать ребенку о том, что он переживал подобные тревожные ситуации раньше
- Обучить простым техникам релаксации, таким как глубокое дыхание, счет до 10 или визуализация расслабляющей обстановки. Умение расслабляться дает ребенку ощущения контроля над своим телом
- Планировать переходные состояния, такие как уход в школу утром и подготовка ко сну вечером
- Помочь ребенку подготовить список возможных стратегий на тот случай, если тревога возникнет в «сложных» ситуациях

- Поддерживать ребенка в его быстром возвращении в школу (длительное отсутствие может значительно осложнить возвращение в школу)
- Поощрять ребенка к тому, чтобы он включался в деятельность вне дома без людей, к которым он сильно привязан (способствовать *воздействию*). Не позволять ему оставаться дома, чтобы избежать дистресса (не позволять *избегания*)
- Вознаграждать усилия ребенка (не только результаты) в работе над симптомами (многократно вознаграждая его на пути к успеху)
- Убеждать ребенка/подростка, что соматические симптомы являются сигналом о проблеме, требующей внимания, а не только о физической проблеме.

Вмешательства в условиях школы

Клиницист может рекомендовать учителям:

- Разработать план действий, способствующих как можно более скорому возвращению ребенка в школу
- Часто встречаться с родителями, для того чтобы усилить сотрудничество при реализации стратегий, направленных на нормализацию посещения ребенком школы
- Определить причины отказа ребенка от посещения школы и сосредоточить на них свои усилия (например, проблемы с друзьями, страх перед учителем)
- Организовать контроль над приходом ребенка в школу
- Разрешить человеку, к которому ребенок сильно привязан, на первых порах сопровождать ребенка
- Разрешить сокращение продолжительности занятий в школе, постепенно увеличивая ее до нормы
- Определить безопасное место, в которое ребенок может пойти, чтобы ослабить тревогу в стрессовые периоды
- Определить человека, рядом с которым ребенок чувствует себя в безопасности и к которому он может обратиться в любое время в стрессовые периоды
- Способствовать выполнению ребенком техник релаксации, которыми он овладел дома
- Давать возможность ребенку переключаться на альтернативные занятия, для того чтобы отвлечься от физических симптомов
- Поощрять взаимоотношения в малой группе. Они могут начаться с одного одноклассника. Со временем, ребенок повысит свои способности, и группа может постепенно увеличиваться. Оказывать помощь в налаживании этих взаимоотношений со сверстниками

ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Родители могут вместе с тревожными детьми прочитать специальные книги, при этом убеждая ребенка, что в том, что он испытывает такие чувства, нет ничего плохого, и что ничего такого не случится. Этим целям посвящены многие книги, такие как: «The good-bye book» («До свидания») автор Judith Viorst; «The Kissing Hand» («Воздушный поцелуй») автор Audrey Penn; «Even if I Spill My Milk» («Даже если я пролью свое молоко») автор Anna Grossnickle Hines; «Benjamin Comes Back» («Бенджамин возвращается») автор Amy Brandt; «When Mama comes home» («Когда мама возвращается домой») автор Eileen Spinelli; «The invisible string» («Невидимые струны») автор Patrice Karst.



Если симптомы сепарационной тревоги приводят к тому, что ребенок не посещает школу, родители могут вместе с ним прочитать книги, в которых обсуждается эта проблема, как, например, в книге Nancy Pando — «I don't Want to Go to School» («Я не хочу идти в школу»).

- Вознаграждать усилия ребенка
- Предоставлять дополнительное время при переключении на разные виды деятельности.

Когнитивно поведенческая терапия (КПТ)

В нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях была подтверждена кратковременная и долговременная эффективность КПТ при тревожных расстройствах детского и подросткового возраста, включая и ТРВР. КПТ на сегодняшний день является методом терапии, получившим наиболее достоверное научное подтверждение его эффективности (Barrett et al, 1996; Kendall et al, 1997). Таким образом, КПТ стала предпочтительным методом лечения или терапией первого ряда. Исключением являются случаи, когда симптомы тревоги настолько выражены, что не позволяют работать с ребенком. В таком случае показано медикаментозное лечение или использование обоих методов одновременно.

Существует несколько программ КПТ, главным образом, основанных на принципах классического оперантного и социального научения. Продолжительность КПТ зависит от тяжести, плана лечения и реакции пациента. Цели КПТ заключаются в:

- Получении сведений о наличии и происхождении симптомов тревоги
- Осуществлении контроля над мыслями, связанными с тревогой
- Ослаблении возбуждения
- Конфронтации с вызывающими страх ситуациями.

Для достижения этих целей, КПТ обычно включает в себя:

- Психообразование
- Когнитивное реструктурирование (среди других стратегий, такие как сокращение негативных внутренних диалогов и работа над негативными мыслями)
- Усовершенствование навыков решения проблем
- Релаксационный тренинг (направленный на физические симптомы)
- Моделирование
- Управление непредвиденными обстоятельствами
- Внешнее воздействие и предупреждение реакции.

Техника *внешнего воздействия и предупреждения реакции* является ключевым элементом КПТ тревожных расстройств и включена в разных формах во все программы. Сначала ребенку помогают составить список основных провоцирующих тревогу ситуаций. Он выступает в качестве первоначального списка симптомов и, в дальнейшем, будет использован как инструмент для оценки прогресса в терапии. Ребенок оценивает каждую ситуацию по уровню страха и степени избегания по шкале Лайкерта (специально разработанной для соответствующего этапа развития ребенка или когнитивного уровня, например: «термометр страха») от 0 (совсем нет) до 10 (крайняя степень). В некоторых программах оценивается только уровень страха/тревоги, однако включение *шкалы избегания* может по-

мочь в разработке сценария воздействия. Терапевт и родители могут помочь в выполнении оценки.

Как уже упоминалось ранее, существует много программ КПТ. Здесь мы остановимся на двух из них: «The Coping Cat» и «Friends».

Программа The Coping Cat

Программа The Coping Cat (Kendall, 2000) представляет собой патентованную методику, изложенную в руководстве, описывающую последовательность шагов и предназначенную для детей и подростков с тревожными расстройствами, в том числе и с ТРВР. Программа включает в себя когнитивное реструктурирование и релаксационный тренинг, за которым следует постепенное помещение ребенка в ситуации, провоцирующие тревогу с применением натренированных навыков преодоления тревоги. Доказана эффективность этой программы при ТРВР (а также при генерализованной тревоге и социальной фобии). В рандомизированном клиническом исследовании был получен показатель ремиссии вплоть до 66% (Kendall et al, 1997). Катамнестическая оценка через три и 7,5 лет показала, что терапевтический эффект сохранялся спустя длительное время (Kendall & Southam-Gerow, 1996; Kendall et al, 2004).

Программа “Friends”

Программа “Friends” – это разновидность КПТ для детей с тревожными расстройствами, которая реализуется в групповом формате в виде 10 сессий, и осуществляется на двух уровнях: терапия и универсальное превентивное вмешательство. FRIENDS – это акроним из:

F – (Feeling worried?) чувствуешь беспокойство?

R – (Relax and feel good) расслабься и почувствуй себя хорошо;

I – (Inner thoughts) внутренние мысли;

E – (Explore plans) проанализируй планы;

N – (Nice work so reward yourself) отличная работа, теперь можешь наградить себя;

D – (Don't forget to practice) не забывай практиковаться;

S – (Stay calm, you know how to cope now) сохраняй спокойствие, ты теперь знаешь, как справиться с проблемой.

Программа содержит в себе все основные элементы КПТ, включая также когнитивное реструктурирование для родителей. Родителей просят ежедневно тренироваться в выработке навыков и практиковать позитивное подкрепление при выполнении тренировок. Программа поощряет семьи к формированию поддерживающих социальных сетей, а детей – к формированию дружеских взаимоотношений с членами группы, рассказывая о своих проблемных ситуациях и обучаясь на опыте сверстников. Эта программа включает также некоторые элементы межличностной терапии. Shortt et al (2001) провели РКИ, в котором изучалось применение программы Friends у детей в возрасте от 6 до 10 лет, страдающих ТРВР, генерализованной тревогой и социальной фобией, получив показатель ремиссии – 69%. Терапевтический успех сохранялся в течение последующего года.

КПТ в условиях летнего лагеря

КПТ в условиях летнего лагеря представляет собой вмешательство для девочек школьного возраста с ТРВР, которое проводится в контексте однонедельного лагеря. Потенциальная выгода такого подхода в лечении ТРВР заключается в соединении социального контекста ребенка с лечением (вдали от родителей), позволяя, таким образом, осуществить более естественное внешнее воздействие, касающееся типичных ситуаций разлуки, таких как групповые экскурсии, занятия и переход ко сну. В программу также вовлекаются родители, которых клиницисты обучают, как справляться с симптомами ТРВР. РКИ продемонстрировало значительное ослабление симптоматики ТРВР и терапевтическую выгоду (Ehrenreich et al, 2008).

Роль семьи в КПТ

Участие семьи имеет существенное значение, поскольку родители часто играют важную роль в поддержании страхов ребенка, связанных с разлукой, и должны помогать в выполнении плана лечения путем последовательного применения бихевиоральных техник в домашних условиях. В некоторых программах, также основанных на КПТ, главный акцент ставят на вовлечении семьи. К таким программам относится *Терапия взаимоотношений родитель-ребенок Parent-Child Interaction Therapy* (РСИТ).

Терапия взаимоотношений родитель-ребенок (Brinkmeyer & Eyberg, 2003) адаптирована для детей в возрасте от четырех до восьми лет с ТРВР (Choate et al, 2005; Pincus et al, 2005), однако ее реализация требует значительных ресурсов, часто недоступных во многих службах, даже в экономически развитых странах. РСИТ включает в себя три фазы:

- Воздействие, ориентированное на ребенка: родителей обучают, как проявлять теплоту, похвалу и как способствовать возникновению у ребенка чувства безопасности, с тем, чтобы облегчить отделение его от родителей.
- Воздействие, ориентированное на достижение смелости: терапевт работает одновременно с родителями и ребенком над составлением списка ситуаций, которых боится ребенок или избегает на данный момент, в порядке степени тяжести. Семья составляет список наград для того, чтобы подкреплять старания ребенка.
- Воздействие, ориентированное на родителей: родителей обучают, как справляться с неправильным поведением ребенка, основываясь на принципах оперантного изменения поведения (позитивные и негативные последствия). Родители также обучаются, как не подкреплять поведение ребенка, связанное с тревогой, например, не уделять ребенку больше внимания, когда он прогуливает уроки (Eisen et al, 1998).

На протяжении всех трех стадий родители активно тренируются применять на практике полученные навыки. Тренировки могут осуществляться с помощью прозрачного с одной стороны зеркала, портативной рации или микрофона с

наушником. Овладение навыком измеряется частотой использования родителями специфического навыка. Предварительный анализ, проведенный в контролируемом, пока еще неопубликованном, исследовании, в котором оценивалась эффективность РСИТ у детей с ТРВР, показал клинически значимое улучшение, с продолжающимся улучшением в дальнейшем.

КПТ для детей дошкольного возраста

Большинство программ КПТ разработаны для детей старше шести лет. Hirshfeld-Becker et al (2010) исследовали эффективность программы КПТ, соответствующей уровню развития (для детей и родителей), при лечении тревожных расстройств у детей в возрасте от четырех до семи лет. Показатель реакции на лечение составил 69% (против 32% в контрольной группе) и, по данным катамнестического наблюдения, такой результат сохранялся в течение года.

Для детей дошкольного возраста существует также программа CALM (Comer et al, 2012), которая представляет собой форму терапии взаимоотношений «родитель – ребенок» для детей в возрасте от трех до восьми лет, страдающих ТРВР, социальным тревожным расстройством, генерализованной тревогой или специфическими фобиями. Контролируемое исследование продемонстрировало многообещающие результаты проведения тренингов с родителями в этой популяции (Comer et al, 2012).

Фармакологическое лечение

Медикаменты всегда следует использовать как дополнение к поведенческим или психотерапевтическим вмешательствам. Обычно лекарственные препараты не рекомендуется использовать в качестве терапии первого ряда при ТРВР. Однако они являются полезной стратегией, если отсутствует реакция или при частичной реакции на КПТ, либо при тяжелом течении расстройства. Нет доказательств специфической эффективности каких-либо лекарственных препаратов при ТРВР. Тем не менее, была изучена эффективность разных медикаментов в лечении тревожных расстройств детского возраста, таких как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), трициклические антидепрессанты (ТАД), бензодиазепины, бупирон, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН), пропранолол, клонидин, атипичные антипсихотики, антигистаминные препараты и мелатонин. Лечение всеми медикаментами можно назначать, отменять или корректировать только под наблюдением квалифицированного врача.

СИОЗС

Эффективность СИОЗС у детей и подростков, страдающих ТРВР, генерализованной тревогой и социальной фобией оценивалась целым рядом РКИ (Reinblatt & Riddle, 2007). По результатам этих исследований СИОЗС доказали свою эффективность, демонстрируя благоприятный профиль побочных эффектов. Таким образом, они считаются лекарственными препаратами первого выбора при тревожных расстройствах, в том числе и при ТРВР (Reinblatt & Riddle, 2007). Фактически, СИОЗС могут быть более эффективными при тревожных расстройствах, чем при

большой депрессии (Bridge et al, 2007). Несмотря на клинические данные, ни один из препаратов из группы СИОЗС не одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (US Food and Drug Administration (FDA)) для лечения тревожных расстройств у детей и подростков. Таким образом, если врач в США назначает лекарственный препарат из группы СИОЗС пациенту моложе 18 лет, то это считается применением препарата «по незарегистрированным показаниям». В других странах ситуация может отличаться (некоторые СИОЗС одобрены для применения при лечении обсессивно-компульсивного расстройства, см. Таблицу F.2.2). В июне 2003 г. FDA рекомендовало не применять пароксетин в лечении детей и подростков с депрессией. Другие СИОЗС, по-видимому, имеют одинаковую эффективность.

Таблица F.2.2 СИОЗС одобренные Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США для применения у детей и подростков

СИОЗС	Показания	Возраст пациента
Эсциталопрам	Депрессия	12 - 17
Флуоксетин	Депрессия	8 - 17
Флуоксетин	ОКР	7 - 17
Флувоксамин	ОКР	8 - 17
Сертралин	ОКР	6 - 17

Таблица F.2.3 Сводная таблица основных характеристик широко применяемых СИОЗС

СИОЗС	Начальная доза (мг/день)	Планируемая доза (мг/день)	Комментарии
Циталопрам	5	10 - 40	
Эсциталопрам	5	10 - 30	
Флуоксетин	5	10 - 80	<ul style="list-style-type: none"> • Длительный период полувыведения • Может снижать аппетит и сексуальную функцию
Флувоксамин	10	50 - 300	
Пароксетин	5	10 - 60	<ul style="list-style-type: none"> • Очень короткий период полувыведения • Менее эффективен у детей (FDA не одобряет применение) • Частые побочные эффекты
Сертралин	25	50 - 200	<ul style="list-style-type: none"> • Длительный период полувыведения • Может снижать аппетит и сексуальную функцию

В разных контролируемых испытаниях были исследованы разные препараты из группы СИОЗС: флувоксамин (например, Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group, 2001); флуоксетин (например, Birmaher et al, 2003); сертралин (e.g., Walkup et al, 2008). Однако отсутствуют исследования, в которых была бы оценена длительная эффективность этих препаратов в детской популяции с ТРВР.

Исследование под названием *The Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS)* (*Многомодальное исследование тревоги у детей и подростков*), одно из наиболее всесторонних исследований тревожных расстройств у детей и подростков, является хорошим примером опубликованных исследований. В это многоцентровое исследование были включены 488 детей и подростков (возраст от 7 до 17 лет) с ТРВР, генерализованной тревогой и социальной фобией. Пациенты были в случайном порядке распределены в терапевтические группы, в которых на протяжении 12 недель проводилось лечение по четырем направлениям: а) сертралин, б) когнитивно поведенческая терапия (КПТ), в) сочетание сертралина и КПТ и г) клиническое наблюдение с назначением плацебо. Через 12 недель все активные методы лечения продемонстрировали преимущество по сравнению с плацебо. Показатели ремиссии (то есть достижения почти полного отсутствия симптомов) распределились в следующем порядке: самые высокие в группе с комбинированным лечением (от 48 до 68%), затем в группе сертралина (от 34 до 46%), затем КПТ (от 20 до 46%) и, наконец, плацебо (от 15 до 27%). Показатели реакции на лечение (т.е. клинически значимого улучшения) были значительно выше показателей ремиссии. Главный вывод состоял в том, что отдельно применение сертралина и отдельно КПТ являются эффективными кратковременными методами лечения, но явным преимуществом обладало сочетание этих методов (Walkup et al, 2008).

Практические вопросы, касающиеся назначения СИОЗС детям и подросткам

Лечение необходимо начинать с небольшой дозы, постепенно еженедельно повышая ее, наблюдая за клинической реакцией и наличием побочных эффектов. Для достижения максимальной выгоды дети могут нуждаться в таких же высоких дозах, как и взрослые. В Таблице F.2.3 представлены начальные и планируемые дозы. Препараты из группы СИОЗС можно принимать один раз в день утром. Вечерний прием препарата возможен только в том случае, если лечение не нарушает сон. Препараты из группы СИОЗС обычно начинают проявлять свою эффективность на второй – четвертой неделе. Чтобы определить, является ли препарат эффективным для данного пациента, может потребоваться до 12 недель. Для достижения значительного клинического улучшения может понадобиться до 16 недель. Тем не менее, если пациент не демонстрирует какого-либо улучшения в течение восьми недель, следует попробовать другой препарат из группы СИОЗС. Даже при улучшении состояния пациентов, у них нередко сохраняются некоторые симптомы. В таком случае врачу следует рассмотреть необходимость повышения дозы, если пациент хорошо переносит препарат. В большинстве ис-

следований сообщается о дальнейшем эффекте, наступающим через 6–12 месяцев (Connolly et al, 2007). Таким образом, рекомендуется продолжать лечение, по меньшей мере, в течение года после достижения полной ремиссии. Однако отсутствуют данные в поддержку этих рекомендаций. К преимуществам поддерживающей фармакотерапии относятся:

- Помогает ребенку закрепить успех поведенческой терапии
- Повышает синергический эффект комбинированной терапии (СИОЗС + КПП)
- Снижает вероятность рецидива

Принятие решения о прекращении лечения может оказаться сложным. Не рекомендуется заканчивать лечение в начале нового учебного года в школе, во время пребывания в летнем лагере, во время сдачи экзаменов и даже во время каникул. Прекращение лечения рекомендовано, когда за пациентом можно установить внимательное наблюдение, и он находится в стабильном окружении в школе и дома, то есть, не в новой для него обстановке. Как и в случае других медикаментов, дозы следует уменьшать постепенно, избегая резкого прекращения приема, для того чтобы избежать возникновения синдрома отмены. Если симптомы возвращаются, прием лекарственного препарата следует возобновлять в той дозе, которая привела к ремиссии.

Пациенты обычно хорошо переносят препараты из группы СИОЗС. К наиболее распространенным побочным эффектам относятся: сонливость, боли/дискомфорт в области живота, головные боли, и чувство беспокойства. Отсроченным побочным эффектом может быть апатия, однако она малоизучена из-за того, что редко встречается. Клиницисты нередко ошибочно расценивают ее как симптом. Побочные эффекты, если имеют место, обычно протекают в легкой форме и рассеиваются в первые дни или недели лечения. Если же они имеют явный и постоянный характер, необходимо снизить дозу. Если и после этого побочные эффекты сохраняются, врачу следует отменить препарат и попробовать другой из той же группы. Описаны случаи из практики, когда в начале лечения наблюдались аномальные кровотечения или кровоподтеки. В большинстве случаев тесты на коагуляцию и время кровотечения демонстрируют замедленную или нормальную скорость свертывания. Редко у пациента может возникать (гипо) маниакальная фаза или эпизод, характеризующийся резкой сменой настроения (приподнятое, эйфоричное или раздражительное) или поведения (грандиозность, ускоренная речь, повышенная энергичность и активность), возможны также психотические симптомы (см. Главу Е.2). Если имеет место подобное состояние, необходимо прекратить прием лекарственного препарата, и клиницисту следует провести диагностику биполярного расстройства. Как и при депрессии, необходимо проводить внимательный мониторинг суицидального риска, особенно в начале лечения. Нет необходимости в обязательном лабораторном исследовании или ЭКГ в начале лечения, или в последующем, если у пациента отсутствуют соответствующие симптомы.

Лекарственные препараты второго ряда при ТРВР

Некоторые пациенты не переносят СИОЗС или у них нет клинической (значимой) реакции на них. В таких случаях, врач может назначить медикаменты второго ряда. Эти препараты представлены в Таблице F.2.4

Таблица F.2.4 Лекарственные препараты* второго ряда при тревожных расстройствах у детей и подростков

Лекарственный препарат	Возможные показания	Комментарии
СИОЗСиН: (например, венлафаксин, дулоксетин)	<ul style="list-style-type: none"> Сны или кошмары о разлуке 	<ul style="list-style-type: none"> Отсутствуют убедительные доказательства эффективности при тревожных расстройствах Больше побочных эффектов, чем у СИОЗС
ТЦА: (например, имипрамин, кломипрамин)	<ul style="list-style-type: none"> Невосприимчивость к СИОЗС и КПП 	<ul style="list-style-type: none"> Больше побочных эффектов, чем у СИОЗС Требуют ЭКГ-мониторинга до начала лечения и периодически в дальнейшем по ходу лечения Потенциально смертельны при передозировке
Бензодиазепины: (например, клоназепам, клоразепат)	<ul style="list-style-type: none"> Кратковременное лечение острой тревоги (необходимо быстрое решение) 	<ul style="list-style-type: none"> Потенциальная возможность злоупотребления и зависимости Риск парадоксальной реакции у детей
Бупирон	<ul style="list-style-type: none"> Невосприимчивость к СИОЗС и КПП 	<ul style="list-style-type: none"> Не доказана эффективность при назначении у детей
Пропранолол	<ul style="list-style-type: none"> Интенсивная реакция вегетативной нервной системы 	<ul style="list-style-type: none"> Не следует назначать астматикам или вместе с антигипертензивными веществами
Клонидин	<ul style="list-style-type: none"> Интенсивная реакция вегетативной нервной системы Коморбидность с СДВГ, или острой реакцией на стресс 	<ul style="list-style-type: none"> Больше побочных эффектов, чем у СИОЗС Потенциально смертелен при передозировке Требует мониторинга ЭКГ и артериального давления для начала лечения и периодически в дальнейшем в ходе лечения
Антигистаминные препараты	<ul style="list-style-type: none"> Бессонница 	<ul style="list-style-type: none"> Может вызывать сонливость, повышенный аппетит
Мелатонин	<ul style="list-style-type: none"> Бессонница 	<ul style="list-style-type: none"> Ничего не известно об отдаленных побочных эффектах

* Ни один из этих препаратов не одобрен FDA для применения при лечении тревожных расстройств у детей.

КРОСС-КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ, ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ К ТРЕВОЖНОМУ РАССТРОЙСТВУ, ВЫЗВАННОМУ РАЗЛУКОЙ

Тококиохи (отказ от школы) и *футоко* (непосещение школьных занятий)

Broadwin представил концепцию «отказа от посещения школы» в 1932 году, хотя он использовал термин «прогул» (англ. truancy). До этого момента под прогулами подразумевалось непосещение школы, связанное с антисоциальным поведением. Broadwin первым использован этот термин для описания недельквентного отсутствия без уважительной причины. В 1941 году Johnson использовал термин «школьная фобия» в отношении длительного отсутствия на занятиях в школе, связанного с сепарационной тревогой. В дальнейшем эксперты описали другие причины длительного отсутствия в школе, кроме ТРВР. В 1948 году Warren описал такое поведение, как «отказ ходить в школу»; с этих пор оно определяется как «отказ от школы» (Hersov, 1960). В Японии концепция школьной фобии была представлена во второй половине 50-х годов. В 60-е годы она обозначалась как «отказ от школы» (*токо киохи* на японском языке). В 90-е эксперты использовали термин «непосещение школы» (*футоко* на японском языке). Однако обе концепции очень похожи, и как токо киохи, так и футоко, описывают одинаковые симптомы, поэтому мы будем использовать термин «отказ от школы» по отношению к обоим, если не оговорено иное.

Berg (1980) определил «отказ от школы», как:

1. Значительные трудности с посещением школы, обычно приобретающие форму длительного отсутствия на занятиях без уважительной причины.
2. Выраженный эмоциональный дистресс перед посещением школы или при мысли о необходимости идти в школу. Симптомы включают выраженную боязливость, приступы гнева, страдания и физические жалобы без каких-либо органических причин.
3. Нахождение дома во время школьных уроков с ведома родителей.
4. Отсутствие значительных проявлений антисоциального поведения, таких как воровство, вранье, побеги из дома и истребление имущества.

Характеристики 2, 3 и 4 позволяют четко отделить современную концепцию «отказа от школы» от концепции «прогулов» и рассматривать их как разные расстройства. Atkinson and Quarrington (1985) высказали предположение, что отказ от школы следует расценивать не как психическое расстройство, а как симптом или социально-психологический феномен. Таким образом, они предложили отказ от школы понимать как «длительное отсутствие без уважительной причины, характеризующееся наличием страха, отказа или злости по отношению к посещению школы, сочетающегося с глубоким чувством вины, касающимся самого непосещения, и сопутствующим конфликтом с самоизоляцией дома» (Atkinson & Quarrington, 1985).

В отличие от ТРВР, отказ от школы не является диагностической категорией DSM. В прошлом понятие отказ от школы употреблялось наравне с понятием школьная фобия. Сейчас мы знаем, что не все дети, которые отказываются посещать школу, страдают ТРВР. Тем не менее, у детей младшего возраста ТРВР является главной причиной отказа от школы, по этой причине данное расстройство следует всегда исключить. У детей в возрасте от 10 до 15 лет отказ от школы, как правило, связан с генерализованной тревогой или социальной фобией (с описанием этих расстройств можно ознакомиться в Главе F.1). У подростков с отказом от школы может присутствовать паническое расстройство, а также депрессия, обсессивно-компульсивное расстройство или соматоформное расстройство. Среди других причин отказа подростков от посещения школы могут быть насилие дома и чрезмерное увлечение интернетом в сочетании с социальной фобией / самоизоляцией (японск. – хикикомори). В отличие от детей младшего возраста, в младшем подростковом ТРВР значительно реже является причиной отказа от школы, который приводит к длительному отсутствию на занятиях. Тем не менее, возможно, что отказ от школы не сопровождается никаким психическим расстройством; этиология этого феномена может быть гетерогенной (Egger et al, 2003). Kearney and Albano (2004) провели исследование 143 детей и подростков в возрасте от 5 до 17 лет с отказом от школы. До 22% из них страдали ТРВР, которое оказалось наиболее частым психиатрическим расстройством, однако 33% не имели никаких психиатрических диагнозов.

Недавно проведенные обзоры свидетельствуют о том, что распространенность отказа от школы составляет 1% и 5% среди направленных в клинику и ненаправленных детей соответственно. Пик возникновения приходится на возраст от 5 до 6 и от 10 до 11 лет, совпадая с переходом в детский сад и в среднюю школу соответственно. К другим периодам высокого риска возникновения отказа от школы относятся моменты смены места жительства или перехода в новую школу, а также после крупных социальных мероприятий или каникул.

Примерно 25% отказов от школы проходят спонтанно или успешно решаются исключительно с помощью родителей. У подростков направление может быть отсрочено, поскольку соматические жалобы могут не совпадать по времени с ситуациями разлуки (в отличие от детей младшего возраста), затрудняя, таким образом, диагностику.

Результаты продольных исследований показывают, что отказ от школы может приводить к серьезным кратковременным проблемам, таким как академическая неуспеваемость, отдаление от сверстников и конфликты в семье (Kearney & Bensaheb, 2006) и долговременным последствиям, таким как повышенный риск возникновения психиатрических расстройств, а также социальные трудности и проблемы с трудоустройством. Saito (2000) опубликовал результаты десятилетнего катамнестического исследования 106 учеников, которые были направлены на стационарное лечение в связи с отказом от школы после завершения обучения в неполной средней школе. Из них 73% оказались хорошо социально приспособленными по достижению 25-летнего возраста, тогда как 27% нельзя было считать таковыми.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Тревожное расстройство, вызванное разлукой, наиболее распространенное тревожное расстройство детского возраста, при этом показатель распространенности среди детей достигает 5%, и ассоциируется с высоким уровнем нарушения функционирования
- Ключевым симптомом ТРВР является не соответствующий ситуации дистресс или выраженный и нереалистичный страх перед разлукой с человеком, к которому ребенок сильно привязан или с домом
- ТРВР биологические факторы и влияния внешней среды частая причина отказа от школы у детей младшего возраста, тогда как у старших детей и подростков – это генерализованная тревога и социальная фобия
- Этиология ТРВР включает биологические и средовые факторы
- Нередко дети с ТРВР страдают другими тревожными расстройствами или психическими расстройствами, такими как депрессия или дезорганизованные расстройства поведения
- В настоящее время доступны разнообразные эффективные методы лечения
- Отправной точкой всегда должно быть психообразование и бихевиоральная терапия
- При отсутствии улучшения состояния ребенка при использовании психообразования и бихевиоральной терапии, предпочтительным методом лечения должна быть КПТ
- Медикаменты показаны, если отсутствует ответ на лечение, или реакция неполная на КПТ, или если состояние пациента характеризуется значительным нарушением функционирования. Медикаменты и КПТ следует всегда использовать как дополнение к психообразованию и бихевиоральной терапии
- Наиболее эффективным методом лечения является комбинация КПТ и медикаментов
- На сегодняшний день ни один из лекарственных препаратов не одобрен FDA для применения в лечении детей и подростков с ТРВР (в других странах ситуация может отличаться). Тем не менее, клиницисты часто используют лекарственные препараты из группы СИОЗС, которые оказались эффективными и хорошо переносятся пациентами
- Оставленное без лечения ТРВР связано с повышенным риском возникновения других интернализирующих расстройств, а также с низким уровнем образования и нарушением социального функционирования.