

ДЕСТРУКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ДИСРЕГУЛЯЦИИ НАСТРОЕНИЯ

Florian Daniel Zepf,
Martin Holtmann

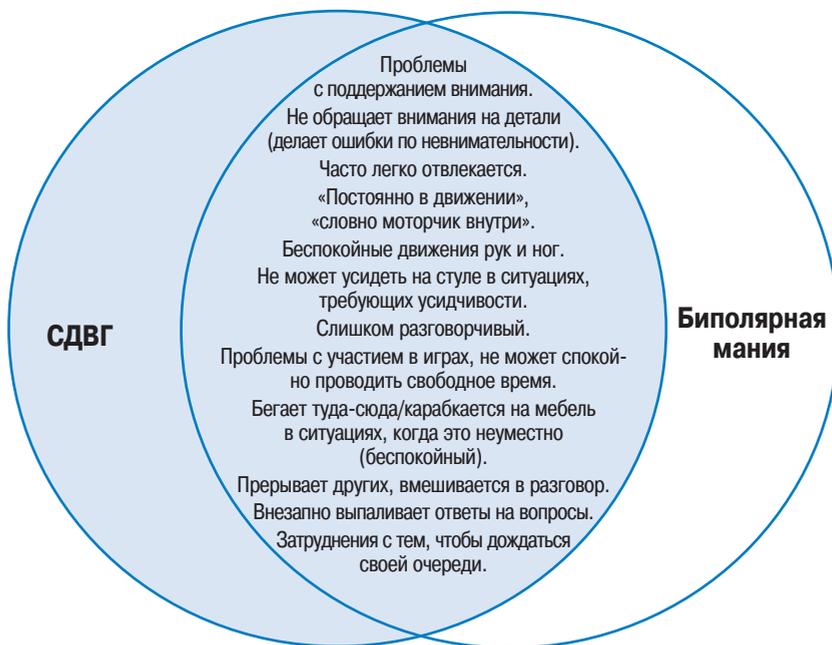
Когда родители или опекуны приводят своих детей на прием к врачу в связи с повышенной энергичностью и быстрой сменой настроения, клиницисты сталкиваются с задачей исключения маниакального или гипоманиакального эпизода (см. также главу Е2). Диагностика детской или юношеской мании – *sine qua non* (лат. *непрерывное условие*) биполярного расстройства часто представляет собой серьезные трудности из-за неспецифичности симптомов (например, эпизоды злости, эйфории или раздражительности, часто сопровождающихся агрессивным поведением).

Столетнее наследие Крепелина – однозначное разграничение *dementia praecox* (шизофрении) и маниакально-депрессивного психоза (биполярного расстройства) в последнее время все больше и больше оспаривается (Lichtenstein et al, 2009). Атакам подвергается не только разграничение этих двух расстройств, но также и сама концепция биполярного расстройства (Parker, 2009). В этом, постоянно меняющемся контексте, последние двадцать лет серьезные дискуссии ведутся по поводу распространенности и характеристик биполярного расстройства у детей и подростков.

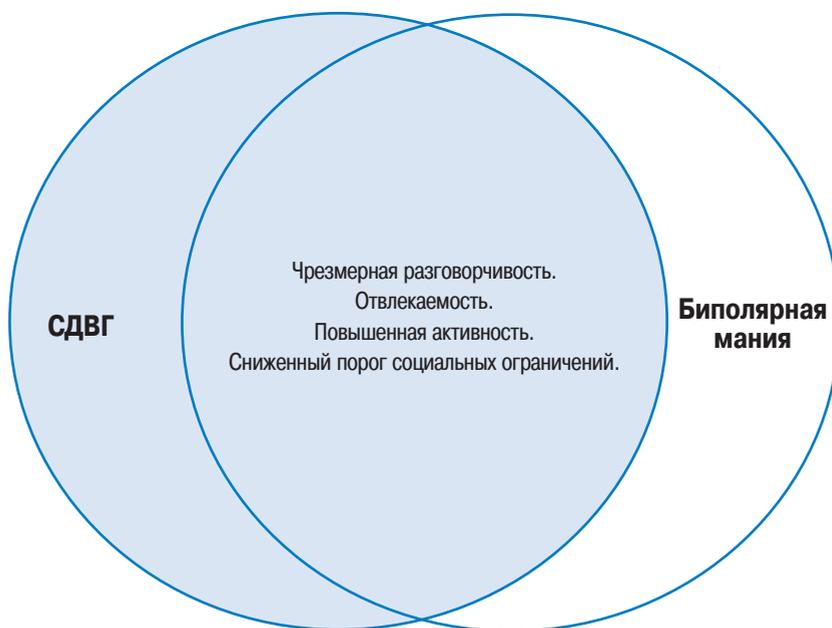
Традиционно считается, что биполярное расстройство может, но редко, возникать у детей препубертатного возраста, и более распространено среди подростков, а также, что симптомы у детей и подростков в большинстве случаев не отличаются от таковых у взрослых. Сторонники противоположной точки зрения утверждают, что биполярное расстройство встречается достаточно часто у детей, даже у тех которые только начинают ходить и у дошкольников, и что симптомы этого расстройства существенно отличаются от тех, что характерны для взрослых. В соответствии с последней позицией, детям и подросткам не свойственна эпизодическая природа биполярного расстройства; чаще, чем у взрослых, у детей и подростков, страдающих этим расстройством, наблюдаются быстрые смены настроения (даже в течение часа), а также такие симптомы, как агрессивность, раздражительность, нарушения сна и повышенная энергичность (Danielyan et al, 2007). Сторонники этой точки зрения настаивают также на том, что биполярное расстройство часто неправильно диагностируется как синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) или как состояние, коморбидное с этим синдромом (Biederman et al, 1998). В действительности у детей и подростков, симптомы СДВГ в значительной степени совпадают с симптомами биполярного расстройства, как показано на Рисунке Е.3.1 (Zepf, 2009).

Рисунок Е.3.1: Частичное совпадение диагностических признаков маниакальных эпизодов и СДВГ

Симптомы СДВГ (в соответствии с DSM-IV),
которые могут наблюдаться также при маниакальном эпизоде



Симптомы маниакального эпизода (в соответствии с DSM-IV),
которые могут наблюдаться также при СДВГ



Дискуссии по поводу биполярного расстройства в детском возрасте

За последние двадцать лет значительно возросла клиническая диагностика биполярного расстройства у детей и подростков, особенно в США, что сопровождалось взрывом научных публикаций – только в 2008 году было опубликовано больше статей, посвященных биполярному расстройству у детей и подростков, чем за десять лет с 1986 по 1996 г.г. (Leibenluft, 2008). Так, например, в США за период с 1993 по 2003 г.г. количество взрослых с диагнозом биполярного расстройства увеличилось в два раза, тогда как число молодых людей моложе 20 лет с этим же диагнозом возросло в 40 раз (Blader & Carlson, 2007; Moreno et al, 2007). Это означает либо то, что клиницисты научились лучше выявлять это заболевание, либо то, что многие стали сторонниками противоречивого расширения концепции (при условии исключения эпидемии биполярного расстройства).

Несмотря на редкую диагностику во многих странах за пределами США, растущее количество научных исследований показывает, что некоторые дети препубертатного возраста демонстрируют симптомы, соответствующие критериям диагностики биполярного расстройства, представленным в DSM-IV, показывают непрерывность с биполярным расстройством у взрослых и неблагоприятный исход. Разногласия касаются точки зрения, что биполярное расстройство может проявляться по-разному у детей и взрослых. Эта дискуссия не нова; похожие споры велись относительно депрессии четверть столетия назад и закончились всеобщим признанием, что диагностические критерии для взрослых, с незначительной модификацией, можно применять в отношении детей. Разногласия касаются определения эпизодов и нарушений настроения.

Эпизод

В соответствии с DSM-IV, *эпизод* характеризуется отчетливым периодом изменения настроения, отличающегося от исходного уровня, длящимся, как минимум, одну неделю при мании и четыре дня при гипомании. Эти обособленные эпизоды разделяются периодами эутимии или субсиндромальными симптомами. Некоторые группы исследователей утверждают, что эти критерии не позволяют выявлять определенное количество детей с биполярным расстройством, поскольку у таких детей эпизоды длятся меньше четырех дней, либо симптоматика имеет хронический характер (т.е. не эпизодический).

Нарушения настроения

Некоторые клиницисты и исследователи убеждены, что типичные симптомы маниакального эпизода (патологическое, постоянно приподнятое, экспансивное или раздражительное настроение, и повышенная активность или энергичность) часто отсутствуют у детей. Главный вопрос заключается в том, присутствуют

КОГО МОЖНО ОТНЕСТИ К ГРУППЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИЕЙ НАСТРОЕНИЯ?

Эти взрывные дети – не новое явление. Если мы внимательнее присмотримся к традиционным диагнозам, выставляемым этой группе детей, то сможем еще лучше понять их. Несмотря на то, что не отмечено существенной разницы в показателях коморбидности с СДВГ у детей с ограниченным фенотипом биполярного расстройства и детей с тяжелой дисрегуляцией настроения (60,6% и 86,7%, соответственно), число детей с тяжелой дисрегуляцией настроения, сочетающейся с оппозиционно-вызывающим расстройством в два раза больше (39,4% против 83,3%) . [...] Если мы отнесем к группе с тяжелой дисрегуляцией настроения детей, у которых СДВГ сочетается с оппозиционно-вызывающим расстройством, то обнаружим, что нам многое о них уже известно. Например, в катamnестических исследованиях не сообщается о чрезмерно высокой распространенности ограниченного фенотипа биполярного расстройства у детей с СДВГ плюс оппозиционно-вызывающее расстройство» (Carlson, 2007).

или нет у детей с биполярным расстройством, также как и у взрослых, эпизоды, и является ли тяжелая, не эпизодическая раздражительность проявлением детской мании, связанной с развитием (тогда как для взрослой мании наиболее характерной была бы эйфория).

Можно сделать вывод, что существует группа детей с тяжелыми нарушениями, с симптомами, подобными тем, что отмечаются при биполярном расстройстве (и во многих случаях при СДВГ), но не отвечающих строгим критериям диагностики любого из этих двух состояний – это, возможно, могло бы быть новое, отдельное расстройство. Эта глава посвящена детям с эмоциональными и поведенческими проблемами, которые отличаются от тех, которые свойственны гипомании или мании. Для таких детей характерно *хронически нестабильное настроение* и *повышенная раздражительность*. Часто для описания этого фенотипа используется термин *тяжелая дисрегуляция настроения* (ТДН), приравняемый к «дезорганизованному расстройству дисрегуляции настроения», предложенному в DSM-5.

Концепция ТДН предложена Leibenluft et al в 2003 г. Результаты исследований, содержащие нейробиологические данные в поддержку данного фенотипа были опубликованы только на протяжении последних девяти лет. В этой связи, может быть представлена только предварительная информация об эпидемиологических аспектах и распространенности, равно как и об научно обоснованных стратегиях лечения и способах оказания помощи.

ТЯЖЕЛАЯ ДИСРЕГУЛЯЦИЯ НАСТРОЕНИЯ (ТДН)

ТДН включает в себя симптомы перевозбуждения (наблюдаемые при эпизодах мании, но также иногда и при СДВГ), сочетающиеся с тяжелой хронической и, прежде всего, не эпизодической раздражительностью. В то время как некоторые исследователи утверждают, что биполярное расстройство у детей и подростков представляет собой, скорее всего, узкий фенотип поведения, сходный с биполярным расстройством у взрослых, с четкими эпизодами депрессивного настроения и мании или гипомании, у пациентов с ТДН не наблюдается вполне определенных эпизодов. Тем не менее, биполярное расстройство у детей и подростков и ТДН демонстрируют одинаковые уровни нарушения функционирования. Результаты исследований свидетельствуют о том, что ТДН повышает риск ранних подростковых депрессивных расстройств (Brotman et al, 2006) и тревожных расстройств (Stringaris et al, 2009), однако такой зависимости не отмечено для биполярного расстройства, которое значительно реже наблюдается в семьях детей с ТДН, чем в семьях детей с биполярным расстройством, как в амбулаторных, так и в клинических популяциях (Brotman et al, 2007; Leibenluft, 2011).

Распространенность

По данным одного из эпидемиологических исследований распространенность в течение жизни для ретроспективно выставленного заместительного диагноза ТДН составила 3,3% у детей в возрасте от 9 до 19 лет (Brotman et al, 2006), кроме того, ТДН

в дальнейшем быда связана с депрессивными и тревожными симптомами во взрослой жизни (Brotman et al, 2006; Stringaris et al, 2009). Отсутствуют данные об исследованиях, в которых использовался бы психометрический профиль Опросника по поведению детей – *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991), который может охарактеризовать такие проблемы с настроением (см. ниже) с тех пор, как было проведено изучение самого данного профиля. В целом, эти предварительные результаты свидетельствуют о том, что ТДН относительно часто встречается в детском возрасте.

Нейробиология

Работа, проделанная до настоящего времени, позволяет предполагать, что дети и подростки с ТДН и биполярным расстройством отличаются от контрольной группы здоровых детей и пациентов с тревожным или депрессивным расстройством по такому показателю, как выполнение задач на распознавание выражения лица, однако пациенты с ТДН и с биполярным расстройством не отличаются друг от друга по этому показателю, хотя обе группы при выполнении сымитированных задач выявляли большую растерянность, по сравнению с контрольной (Guyer et al, 2007). Поведенческая и психофизиологическая активность у детей с ТДН и биполярным расстройством отличаются, при этом дети с ТДН демонстрируют снижение амплитуды связанного с событиями потенциала мозга N1, по сравнению с контрольной группой и детьми с биполярным расстройством, а дети с биполярным расстройством демонстрируют снижение потенциала P3 (Rich et al, 2007).

Дети с СДВГ демонстрируют более высокую активацию левой мозжечковой миндалины – отдела мозга, имеющего особое значение для эмоций, при сравнении с детьми из контрольной группы и пациентами с ТДН и биполярным расстройством, когда оценивается субъективный страх лиц с нейтральным выражением, тогда как у участников исследования с ТДН активация снижена (Brotman et al, 2010). Что касается нарушенных процессов подкрепления и наказания – особенности, характерной для целого ряда нейropsychиатрических состояний, то предварительные данные исследований свидетельствуют о том, что дети и подростки с ТДН (а также индивиды с биполярным расстройством) не отличаются от здоровых людей, в отличие от индивидов с психопатией (Rau et al, 2008).

Что касается моторного торможения, свойства, имеющего важное значение для пациентов с повышенной активностью, последовательное задействование всё большего количества двигательных нейронов, как реакция на непрерывное раздражение при нарушении моторного торможения отличается у детей с ТДН и биполярным расстройством (Deveney et al, 2012a). Одно из исследований, в котором изучалось нарушение способности категоризировать эмоциональные интонации (что указывает на неспособность идентифицировать невербальные эмоциональные сигналы), указывает на то, что такие нарушения были более выражены у пациентов с ТДН, по сравнению с контрольной группой здоровых детей (Deveney et al, 2012). На данном этапе можно сделать вывод, что основные мозговые механизмы некоторых процессов, связанных с симптоматологией ТДН отличаются у пациентов с ТДН, с биполярным расстройством и у здоровых детей. Данный раздел будет постоянно обновляться по мере поступления новых данных.

Клинические проявления и диагностические критерии

Диагностическое и статистическое руководство по психическим болезням (DSM) в настоящее время находится на стадии пересмотра, при этом ТДН об-суждается, как возможная новая диагностическая категория. В настоящее время для этого нового состояния предлагается термин – «деструктивное расстройство дисрегуляции настроения», в группе депрессивных расстройств. В таблице Е.3.1 представлены предложенные на момент написания данной главы диагностические критерии DSM-5 для деструктивного расстройства дисрегуляции настроения.

Таблица Е.3.1 Сводная таблица диагностических критериев деструктивного расстройства регуляции настроения, предложенных для DSM-5

А	Тяжелые повторяющиеся вспышки гнева в ответ на обычные стрессоры, которые: <ul style="list-style-type: none"> • Проявляются вербально или в поведении, например в виде вербального гнева, или физической агрессии по отношению к людям или вещам. • Значительно несоизмеримы по интенсивности и продолжительности с ситуацией или провоцирующим событием. • Не соответствуют стадии развития ребенка.
В	Вспышки гнева происходят, в среднем, три или больше раз в неделю.
С	Настроение между вспышками гнева постоянно негативное (раздражительное, злобное и/или подавленное) почти каждый день.
Д	Критерии А – С присутствовали, как минимум, на протяжении 12 месяцев, и симптомы отсутствовали одновременно меньше 3 месяцев.
Е	Симптомы наблюдаются, по меньшей мере, в двух местах (дома, в школе или среди сверстников) и, как минимум, в одном из них должны проявляться в тяжелой форме.
Ф	Возраст 6 лет и старше.
Г	Начало в возрасте до 10 лет.
Н и I	Не удовлетворяют критериям другого психического расстройства (например, биполярного, большой депрессии, психоза) но могут сочетаться с оппозиционно-вызывающим расстройством, СДВГ, расстройством поведения или расстройством, вызванным употреблением психоактивного вещества.
По состоянию на 6 ноября 2011 г. (источник: АРА)	

Диагностические критерии ТДН, которые использовались в исследованиях, как отличительные признаки детей и подростков с этим типом нарушений, представлены в Таблице Е.3.2. Следует отметить, что такой диагностический критерий, как возраст начала, отличается в этих двух таблицах: до 10 лет – для деструктивного расстройства дисрегуляции настроения, и до 12 лет – для ТДН. Более того, диагноз ТДН, в отличие от деструктивного расстройства дисрегуляции настроения, требует наличия признаков перевозбуждения, что обосновано тем, что клиницисты, при необходимости, могут ставить сопутствующий диагноз СДВГ.

Таблица Е.1.9. Обзор данных об эффективности физических методов лечения при униполярной депрессии

Критерии включения	Критерии исключения
1. Возраст 7 – 17 лет, с началом синдрома до 12 лет.	<p>Присутствует любой из представленных ниже кардинальных симптомов мании:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Приподнятое или экспансивное настроение. • Идеи величия или завышенная самооценка. • Эпизодическое снижение потребности во сне.
2. Отклоняющееся от нормы настроение (особенно злость или грусть), наблюдающееся, по меньшей мере, половину дня большинства дней, и достаточно тяжелое, чтобы его замечали люди из окружения ребенка (например, родители, учителя, сверстники).	Мало проведено исследований, но результаты обнадеживают.
3. перевозбуждение (проявляющееся, по меньшей мере, тремя из следующих симптомов: бессонница, беспокойство, патологически повышенная отвлекаемость, скачка или вихрь идей, речевой напор и навязчивость).	Данные ограничены, но включают контролируемые исследования, сообщающие о позитивных результатах.
4. По сравнению со сверстниками ребенок в ответ на негативные эмоциональные стимулы проявляет заметно повышенную реактивность, проявляющуюся вербально или в поведении. Например, на фрустрирующую ситуацию ребенок реагирует затянувшейся вспышкой гнева (не соответствующей возрасту или спровоцировавшей ее ситуации), вербальными проявлениями гнева или агрессией, направленной на других людей или вещи. Такие события происходят, в среднем, не меньше трех раз в неделю.	Удовлетворяет критериям диагностики психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ за последние три месяца.
5. Симптомы из пунктов 2, 3 и 4 присутствуют в настоящее время и наблюдались, как минимум, на протяжении 12 месяцев без свободных от симптомов периодов, длящихся больше 2-х месяцев.	IQ < 70
6. Симптомы приводят к тяжелым нарушениям как минимум в одной сфере (дом, школа, сверстники) и легким – в другой.	Симптомы связаны с прямым психологическим эффектом употребляемого психоактивного вещества, или вызваны соматическим либо неврологическим расстройством.

Профиль дисрегуляции Опросника по детскому поведению – *Child Behavior Checklist dysregulation profile (CBCL-DP)*

Для выявления фенотипа, демонстрирующего значительное сходство с проявлениями ТДН в одном из дополнительных исследований, были использованы CBCL (Achenbach, 1991). Был идентифицирован профиль, который позволял фиксировать смешанный фенотип тяжелой дисрегуляции настроения и поведения, включая раздражительность, агрессию, «аффективные бури», перевозбуждение и нестабильность настроения. Этот профиль характеризуется одновременными крайними значениями по синдромальным шкалам «тревоги/депрессии», «проблем со вниманием» и «агрессивного поведения». Профиль первоначально получил название CBCL-детский фенотип биполярного расстройства, поскольку часто наблюдался у детей с биполярным расстройством (Biederman et al, 1995). Однако в последнее время возникли сомнения относительно специфичности его связи с биполярным расстройством (Diler et al, 2009; Holtmann et al, 2008; Volk & Todd, 2007). Вследствие этого, Althoff et al (2008) предложили сменить название на «CDCL– dysregulation profile» (профиль дисрегуляции) (CBCL-DP), в данной главе мы используем это название. Около 1–2% детей и подростков в эпидемиологических выборках (Volk & Todd, 2007; Holtmann et al, 2007; Hudziak et al, 2005), 6–7% детей в выборках психиатрических клиник и 13%-20% детей с СДВГ удовлетворяют критериям этого поведенческого фенотипа (Holtmann et al, 2008).

CBCL-DP может быть ценным инструментом, позволяющим идентифицировать пациентов с тяжелыми эмоциональными проблемами. Высокие баллы могут указывать на постоянные проблемы и неблагоприятные варианты исхода, такие как злоупотребление алкоголем или наркотиками, суицидальность и функциональные нарушения (Holtmann et al, 2011; Jucksch et al, 2011).

Коморбидность

Для клиницистов крайне важно уметь проводить дифференциальную диагностику между ТДН и биполярным расстройством. Биполярное расстройство не должно диагностироваться, если отсутствуют эпизоды, характеризующиеся явными колебаниями настроения, сопровождающимися изменениями в когнитивной сфере и поведении (Baroni et al, 2009). Что касается дифференциальной диагностики СДВГ и мании, то такие симптомы, как повышенная отвлекаемость, агитация, и т.п. необходимо рассматривать как признаки мании только в том случае, если они явно более выражены, чем основная симптоматология пациента, и проявляются в тандеме с изменениями настроения и другими симптомами мании (см. Таблицу Е.3.1). У детей и подростков с биполярным расстройством СДВГ, как сопутствующее расстройство, следует диагностировать только основываясь на наблюдениях, проведенных когда у ребенка нормальное настроение (Baroni et al, 2009).

ЛЕЧЕНИЕ

Специфическим подходам в лечении ТДН посвящены только несколько научных исследований. В одном из них изучалось влияние лития на пациентов с ТДН. Поскольку в этом исследовании у значительной части участников с признаками

М было семь с половиной лет, когда родители начали беспокоиться по поводу возникавших у него частых вспышек гнева, которые, казалось, возникали без каких-либо видимых причин или по незначительному поводу, например, после спора с его старшей сестрой относительно того, какой канал телевизора они будут смотреть. Со временем, эти вспышки стали более интенсивными и происходили чаще, проявлялись вербальной и физической агрессией, в том числе и по отношению к одноклассникам. Между этими вспышками у М преобладало негативное настроение. Так однажды он заявил своим друзьям и родителям, что задумывается над тем, что бы произошло, если бы он умер. Его сверстники также удивлялись, почему М всегда был беспокойным и раздражительным; незначительные провокации приводили к далеко несоответствующим агрессивным реакциям. Обозначенные вспышки происходили в среднем 3–4 раза в неделю; хотя поначалу они были более редкими. Вспышки гнева часто заканчивались драками с одноклассниками, и вскоре учителя пригласили родителей в школу, чтобы обсудить с ними проблемы с поведением у М. Первоначально М был направлен в медицинский центр по месту жительства, поскольку учителя предполагали, что он страдает СДВГ. Однако диагностический процесс затянулся, так как М часто отказывался участвовать в обследовании и редко показывался на клиническом приеме.

Был поставлен диагноз тяжелой дисрегуляции настроения. На основании данных, полученных от самого пациента, а также отчетов родителей и учителей, полученных с помощью интервью и дополнительных диагностических опросников, были исключены диагнозы большой депрессии, а также расстройства поведения. Исходя из клинического опыта, и учитывая частые вспышки гнева, было начато лечение рisperидоном. Кроме того, М прошел курс бихевиоральной психотерапии по месту жительства, с тем, чтобы идентифицировать потенциальные триггеры и стрессоры, приводящие к вспышкам гнева и негативному настроению и разработать стратегии преодоления стрессогенных ситуаций, которые могли влиять на настроение М. Затем М и его родители приняли участие в нескольких встречах с участием учителей и социальных работников, целью которых было – спланировать стратегии профилактики и конструктивного разрешения его вспышек гнева (такие как стратегия тайм-аута, понимание и избегание триггеров агрессии, а также стратегии преодоления стрессогенных ситуаций). С момента начала лечения частота и интенсивность вспышек гнева у М постепенно уменьшились; он стал охотнее идти на сотрудничество и участвовать в дальнейшем лечении и обследовании, что привело к смене диагноза на СДВГ (на основании клинических наблюдений, самоотчетов и отчетов родителей и учителей, а также когнитивных и нейропсихологических тестов). В последующем, начатое лечение метилфенидатом привело к дальнейшему улучшению его академической успеваемости и, через короткое время, к улучшению в плане вспышек гнева. В настоящее время М получает только метилфенидат, так как лечение рisperидоном было прекращено примерно через шесть месяцев, после того как он смог значительно снизить частоту и интенсивность вспышек гнева и проявлений агрессии. Несмотря на то, что необходимо продолжать лечение симптомов СДВГ, проблемы с дисрегуляцией настроения существенно уменьшились.

ТДН отмечалось клиническое улучшение в течение вступительного двухнедельного, одностороннего слепого плацебо-периода после прекращения лечения другими медикаментами, исследователям не удалось сделать обоснованные выводы (Dickstein et al, 2009). Кроме того, не было отмечено существенных отличий по клиническому исходу между рандомизированными группами.

Учитывая высокую коморбидность с СДВГ, было обращено внимание на психостимуляторы, как возможный метод лечения (Waxmonsky et al, 2008). Сообщается о значительном улучшении после применения лекарственных препаратов из группы психостимуляторов, при этом указывается на ослабление симптомов СДВГ, ОВР, а также выравнивание настроения. Для лиц с сопутствующими ТДН и СДВГ была разработана комбинированная терапия, включающая терапию модификации поведения разной интенсивности и использование психостимуляторов (метилфенидата). Результаты показали, что такое сочетание терапии модификации поведения и метилфенидата оказалось эффективным и приемлемым методом лечения детей, страдающих обоими этими расстройствами. Однако авторы утверждали, что после трехнедельного периода лечения у лиц с ТДН нарушения были более выраженными, чем у тех, у кого отсутствовали симптомы этого расстройства. В другом исследовании Waxmonsky et al (2012) разработали оригинальный метод групповой терапии. Дети с СДВГ и ТДН были в случайном порядке распределены на 11 недель в две группы: амбулаторного психологического лечения и групповой терапии, при этом до рандомизации все участники принимали оптимальные дозы психостимуляторов. Программа групповой терапии состояла из 90 совместных сессий с участием родителей и детей. В этой группе отмечено значительное снижение уровня суицидальных мыслей, тогда как родители демонстрировали более позитивные подходы в воспитании.

При отсутствии убедительных эмпирических доказательств, могут оказаться эффективными лекарственные препараты, способствующие ослаблению таких симптомов, как раздражительность и депрессивное настроение – используемые «вне зарегистрированных показаний». В этот список могут быть включены антидепрессанты (например, СИОЗС), а также стабилизаторы настроения (например, литий, вальпроевая кислота). Высказываются предположения о том, что эффективными могут быть нейролептики второго поколения, такие как рисперидон, арипипразол, оланзапин и zipрасидон. Однако применение этих препаратов на практике внимательно изучается из-за того, что заметно участилось их использование, как по показаниям, так и без, а также из-за проблем, касающихся их безопасности. Антипсихотики могут вызывать побочные эффекты, такие как заторможенность, когнитивные нарушения, экстрапирамидные симптомы, увеличение массы тела и метаболические изменения. Таким образом, назначение этих лекарственных препаратов необходимо обсудить с родителями и пациентами, а также обеспечить тщательное наблюдение квалифицированного клинициста во избежание потенциальных побочных эффектов.

Кроме медикаментов важное значение имеют также образовательные аспекты. В частности, клиницисты, педагоги и родители должны тесно сотрудничать, с тем, чтобы удовлетворить эти специфические потребности пациента (например,

поддержка в классе, предоставление больше времени для выполнения школьных тестов, и т.п.). Это также касается побочных эффектов медикаментов – учителя должны знать их и уметь выявлять. Пациентам и их родителям необходимо овладеть знаниями о расстройстве, сопутствующих симптомах и связанных с ними нарушениях, а также о стратегиях вмешательств и решения проблем. Наконец специалисты смежных медицинских профилей могут помочь изменить стиль жизни пациентов. Такие изменения могут быть достигнуты, например, с помощью стратегий преодоления кризисных ситуаций, идентификации потенциальных триггеров и стрессов. Нужно также задействовать план действий при неотложных состояниях (например, суицидальном поведении при крайней степени потери контроля). Более того, необходимо рассмотреть возможность использования программ по обучению родителей и семейной терапии, поскольку многие из таких детей происходят из проблемных семей, в которых родители не владеют необходимыми навыками воспитания и коммуникации или сами страдают психическими расстройствами. В таких случаях может встать вопрос о направлении в психиатрический стационар.

ИСХОД

Нет ничего удивительного в том, что данные об отдаленных последствиях ТДН ограничены. В одном из исследований, в котором проводилось катамнестическое наблюдение на протяжении 2 лет, у пациентов с ТДН была отмечена более низкая частота маниакальных, гипоманиакальных и смешанных эпизодов, чем у пациентов с биполярным расстройством (Stringaris et al, 2010). Имеются также данные о том, что для пациентов с ТДН характерен более высокий риск

Ключевые идеи для врачей (Baroni et al, 2009)

- Диагноз биполярного расстройства у детей и подростков необходимо ставить только при наличии четко идентифицируемых эпизодов мании или гипомании.
- В соответствии с DSM-IV, МКБ-10 и Руководством Национального института здоровья и клинического совершенствования, маниакальные эпизоды должны длиться 7 и более дней и включать отчетливое изменение настроения, сопровождающееся нарушением поведения.
- DSM-IV и МКБ-10 поддерживают диагноз гипомании у детей, если эпизоды длятся как минимум четыре дня.
- Не существует отдельного оптимального диагноза для детей и подростков с тяжелой, не эпизодической раздражительностью. Современные данные свидетельствуют о том, что такая раздражительность может быть вариантом депрессии.
- Дети и подростки с тяжелой, не эпизодической раздражительностью отличаются от детей с биполярным расстройством хроническим течением, семейным анамнезом и результатами выполнения многих, хотя и не всех, заданий, связанных с патофизиологией.

возникновения депрессивных и тревожных расстройств во взрослом возрасте (Brotman et al, 2006; Stringaris et al, 2009). Долгительное катамнестическое наблюдение детей, отобранными с помощью СВCL-DP фенотипа, показало, что подросткам, у которых в детском возрасте отмечался позитивный профиль СВCL-DP, свойственен повышенный риск злоупотребления алкоголем и/или наркотиками, расстройств настроения и поведения, суицидальных мыслей и попыток. Кроме этого, они у них наблюдались явные нарушения общего функционирования (Althoff et al, 2010; Holtmann et al, 2011).

ВЫВОДЫ

ТДН представляет собой потенциально новую диагностическую единицу, основанную на клинических наблюдениях и данных научных исследований. Независимо от того, является ли ТДН новым расстройством, пока еще окончательно не доказано, страдают ли дети с такими симптомами новым расстройством, или это тяжелые формы широко известных психических расстройств (в частности, биполярного расстройства, расстройства поведения, оппозиционно-вызывающего расстройства, СДВГ) либо их сочетаниями (Carlson, 2007). Похоже на то, что многие дети, с диагнозом биполярного расстройства, особенно в США, на самом деле страдают сочетанием СДВГ с оппозиционно-вызывающим расстройством или расстройством поведения. Опытные клиницисты знают, что такие дети происходят из очень неблагополучных семей, в которых нормой является насилие, заброшенность и отделение от лиц, к которым ребенок привязан. Тем не менее, этот факт иногда игнорируется в таксономических и научных исследованиях. Это создает дополнительные проблемы, в частности, из-за того, что иногда бывает очень сложно установить, какое поведение ребенка связано с «биологическим» расстройством, а какое является результатом семейной дисфункции или реакцией на нее.

В соответствии с рекомендациями для практикующих врачей Национального института здоровья и клинического совершенствования Великобритании (NICE), а также Американской академии детской и подростковой психиатрии (AACAP, 2007), в недавно опубликованном обзоре (Baroni et al, 2009), диагноз биполярного расстройства у детей следует ставить только тогда, когда у пациента в анамнезе присутствуют маниакальные или гипоманиакальные эпизоды, соответствующие диагностическим критериям (например, что касается длительности и частоты таких эпизодов).

Современные подходы в лечении ТДН включают психофармакологию (хотя данные научных исследований ограничены), программы для родителей, семейную поддержку, психотерапию и психообразование. Исследования продолжаются, и надо надеяться, что установят, какие из вмешательств наиболее эффективны.