

Глава 9 ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Беспокойства, страхи и печаль часто группируются вместе, во многих случаях наряду с соматическими жалобами. Учитывая столь значительное перекрытие, детей с социально инвалидирующими страхами, беспокойствами и печалью обычно «сваливали» в относительно широкую категорию *эмоциональные расстройства детского возраста*. Последние 15-20 лет более влиятельными были «расщепители», очертившие большое количество специфических тревожных и депрессивных расстройств, включенных в МКБ-10 и DSM-IV. Эта попытка увеличить диагностическую точность имеет свои недостатки. Некоторые дети не подходят полностью ни к одному набору операциональных диагностических критериев, тогда как другие дети с широкой симптоматологией одновременно соответствуют нескольким обозначениям.

Эпидемиология

Примерно у 4-8% детей и подростков имеются клинически выраженные тревожные расстройства, которые причиняют существенное страдание или заметно мешают каждодневной жизни. Это делает тревожные расстройства второй наиболее распространенной группой детских психических расстройств (уступает только поведенческим расстройствам и опережает гиперактивность и депрессивные расстройства). В сообществе на каждого ребенка с тревожным расстройством приходится несколько детей с множественными страхами или беспокойствами, которые не классифицируют как расстройство, потому что у этих детей симптомы не приводят к большому страданию или социальным нарушениям. Влияние на распространенность пола и возраста различается от одного тревожного расстройства к другому.

Причинность

Тревожные расстройства распространяются в семьях: у пораженных родителей более вероятно будут поражены и дети, и наоборот. Близнецовые исследования предоставили предварительные данные в пользу умеренной наследуемости, хотя неясно, наследуется ли повышенный риск конкретного тревожного расстройства или более широкая подверженность тревоге в целом (или даже эмоциональным расстройствам в целом, включая заодно с тревогой и депрессию). Трансмиссия от родителя к ребенку посредством обучения и моделирования также может иметь существенное значение.

Катастрофические, но редкие события жизни, несомненно, существенны для посттравматического стрессового расстройства. Другие тревожные расстройства также могут иметь отношение к негативным событиям жизни, включая такие относительно распространенные переживания, как окончательный разрыв с лучшим другом, период финансовых затруднений вследствие родительской безработицы или переживание разделения и развода родителей. С одним таким событием дети могут справиться, но когда несколько таких событий объединяются или следуют быстрой чередой, может возникнуть эмоциональное расстройство, и это подчеркивает, как важно думать о совокупном влиянии жизненного опыта.

Во многих теориях предполагается, что тревога обусловлена переживанием угрозы (тогда как депрессия обусловлена переживанием потери). Согласно влиятельной формулировке Боулби, основанной на теории привязанности (см. главу 28), тревога – и особенно тревога в связи с разлукой – часто возникает в результате угрожающих или действительных разлук с ключевыми фигурами привязанности (например, когда родители, наказывают своих детей, угрожая их прогнать). Психодинамические теории формулируют угрозу с точки зрения внутриспсихических конфликтов.

Классическое обусловливание потенциально может объяснить, каким способом ранее нейтральные стимулы, связываясь с пугающим переживанием, сами начинают вызывать страх. Тео-

рия инструментального обусловливания предсказывает последующее избегание этих стимулов (тем самым блокируя возможность для естественного воздействия и угашения страха).

Темперамент, по-видимому, также имеет значение. Проспективные исследования показывают, что у младенцев и ходунков-ползунков, темперамент которых отличается застенчивостью и торможением, повышен риск возникновения тревожных расстройств в более позднем детстве.

Прогноз

Тревожные расстройства не столь вероятно продолжают во взрослой жизни, как поведенческие расстройства, но их, несомненно, не следует отбрасывать как неминуемо преходящие. Проспективные исследования показывают, что у меньшей, но значительной части детей и подростков с тревожными расстройствами будет, по меньшей мере, одно тревожное расстройство во взрослой жизни, а у других разовьются депрессивные расстройства. Ретроспективные исследования также показывают, что значительная часть взрослых с тревожными или депрессивными расстройствами ранее перенесли тревожные расстройства детского возраста.

РАЗНОВИДНОСТИ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА

Три наиболее распространенных тревожных расстройства - специфические фобии, тревожное расстройство в связи с разлукой и генерализованное тревожное расстройство. Реже встречаются избегающее расстройство и паническое расстройство, а также посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР; см. главу 12).

Специфические фобии

Характерные признаки

Специфические страхи ограниченных стимулов в детстве встречаются очень часто, причем разные страхи достигают пика в разном возрасте, например, страх животных достигает пика в возрасте от двух до четырех лет, страх темноты или воображаемых существ – от четырех до шести, а страх смерти или войны особенно распространен в подростковом возрасте. Чтобы быть классифицированным как специфическая фобия, страх должен приводить либо к существенному страданию, либо к избеганию, которое в значительной степени мешает каждодневной жизни ребенка. Например, страх собак в детстве встречается часто, но основания для диагноза фобии имеются только если ребенок часто испытывает интенсивный и продолжительный страх или если избегание ребенком собак ведет к выраженным социальным ограничениям, например отказу ходить играть в парк или отказу ходить в гости к друзьям, если у них есть собаки. Фобии по определению должны представлять необоснованные или чрезмерные страхи, но детям может недоставать когнитивной зрелости, чтобы осознать иррациональную природу своих собственных страхов.

Эпидемиология

Тяжелые специфические фобии поражают около 1% детей и подростков. Во всех возрастах девочки чаще сообщают о страхах, чем мальчики, но тяжелые специфические фобии у девочек встречаются лишь немного чаще. Сходным образом, хотя младшие дети чаще сообщают о страхах, чем подростки, тяжелые специфические фобии у детей встречаются лишь немного чаще, чем у подростков.

Лечение

Десенситизация, управление сопряженными событиями и когнитивные методики, - все это полезно. При лечении младших детей чрезвычайно ценно привлекать родителей в качестве сопсихотерапевтов. Например, можно обучить родителей в качестве «домашнего задания» между сеансами формального лечения предъявлять ступенчатое воздействие, корректируя шаг воздействия, так чтобы ребенок мог справиться. Подростки со специфическими фобиями более способны справиться со своим собственным «домашним заданием», но и в этом возрасте активное участие родителей, как правило, тоже помогает.

Течение

Несмотря на то, что легкие страхи часто преходящи, истинные фобии, особенно тяжелые, более вероятно будут устойчивы и могут продолжаться во взрослом возрасте.

Тревожное расстройство в связи с разлукой

Тревога по поводу разлуки с родителями и другими главными фигурами привязанности обычно возникает в возрасте около шести месяцев, остается выраженной в дошкольные годы, а впоследствии убывает по мере того, как ребенок приобретает способность держать «в уме» фигуры привязанности и предоставляемую ими безопасность, даже когда они не присутствуют физически. Тревожное расстройство в связи с разлукой диагностируют, когда интенсивность тревоги в связи с разлукой не соответствует развитию и приводит к существенной социальной неспособности, например к отказу ходить в школу. Критерии МКБ-10 включают раннее начало (в возрасте до 6 лет), тогда как критерии DSM-IV позволяют поставить диагноз в том случае, если симптомы появились до 18 лет.

Причинность

Могут иметь значение и конституциональные факторы, и семейная среда. Следующие стили родительского взаимодействия могут вносить вклад: моделирование избегающего или тревожного поведения через сверхзащиту; вызывание тревоги через жесткую практику воспитания, которая может включать угрозы оставить ребенка; и неспособность успешно успокаивать детей, когда они действительно становятся тревожными.

Характерные признаки

Пораженные дети безосновательно беспокоятся, что с их родителями что-нибудь случится, или что они уйдут и не вернуться. Они также беспокоятся о себе: боятся потеряться, что их украдут, поместят в больницу или что какая-нибудь другая беда разлучит их с родителями. Эти беспокойства могут возникать и как темы повторяющихся ночных кошмаров. Дети обычно прилипчивы, даже у себя дома, например, следуют за родителем из комнаты в комнату. Возможны нежелание или отказ посещать школу, спать в одиночестве или спать вне дома. Разлуки или их предчувствие могут приводить к мольбам, вспышкам гнева и слезам, а могут приводить и к чисто физическим жалобам - головным болям, болям в животе, тошноте.

Эпидемиология

Тревожное расстройство в связи с разлукой поражает около 1-2% молодых людей, у детей до пубертатного возраста встречается чаще, чем у подростков, и поражает примерно одинаковое количество лиц мужского и женского пола.

Лечение

Оперантные методики (такие, как звездные карты или управление сопряженными событиями) могут быть использованы для того, чтобы изменить баланс между вознаграждениями и ограничениями, способствующий не расставанию, а прилипанию. Может быть полезно ступенчатое воздействие – все более и более трудные разлуки. Может быть уместна когнитивная терапия, обучающая ребенка самоутверждениям, способствующим совладанию⁸. Иногда прилипчивость ребенка усиливается собственной потребностью родителей быть рядом с ребенком, собственными тревогами родителей или же тем, что родители недооценивают возможности своего ребенка к независимости – на эти проблемы может быть направлена работа с родителями или семьей в целом. Можно побуждать родителей предпринять практические шаги для того, чтобы их ребенок чувствовал себя более уверенно, например давать соответствующее предупреждение и разъяснение перед тем, как оставить ребенка с приходящей няней. Нет убедительных доказательств того, что помогают трициклические антидепрессанты или бензодиазепины. Имеются ограниченные данные о том, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) дают симптоматическое облегчение, но нет доказательств того, что это улучшение сохраняется после прекращения медикаментозного лечения.

Течение

Некоторые дети хронически испытывают некоторый уровень тревоги в связи с разлукой, перемежающийся приступами обострения, например спровоцированными болезнью родителя или сменой школы. С годами тревоги по поводу разлук могут смениться более широким рядом тревог, более типичных для генерализованного тревожного расстройства. Имеется ли непрерывность по отношению к агорафобии или паническому расстройству – неясно.

Генерализованное тревожное расстройство

В DSM-IV критерии генерализованного тревожного расстройства взрослых слегка модифицированы для использования у детей, при этом требуется меньше соматических симптомов. И хотя согласно критериям генерализованного тревожного расстройства по МКБ-10 требуется относительно большое количество соматических симптомов, сходным образом для использования у детей и подростков там предусмотрен альтернативный набор критериев, согласно которым требуется меньше соматических симптомов.

Характерные признаки

Дети и подростки с генерализованным тревожным расстройством отличаются выраженным и устойчивым беспокойством, причем их тревоги не сосредоточены постоянно на каком-то одном предмете или ситуации. Типичные беспокойства сосредоточены на будущем, на поведении в прошлом и на собственной состоятельности и внешности. Эти беспокойства обычно сопровождаются напряжением, невозможностью расслабиться, смущением, потребностью в частом ободрении и соматическими жалобами, такими как головные боли и боли в животе. Симптомы должны вызывать клинически выраженные страдания или социальные нарушения.

Эпидемиология

Поражены примерно 1-2% молодых людей, при этом у подростков частота существенно выше, чем у детей до пубертатного возраста, а у лиц женского пола – лишь немного выше, чем у лиц мужского. Многие дети с генерализованным тревожным расстройством также соответствуют

критериям других диагнозов по DSM-IV и МКБ-10, особенно относящимся к тревоге в связи с разлукой, депрессии и специфическим фобиям.

Лечение

Часто возможно заручиться помощью родителей и учителей, чтобы в жизни молодого человека было меньше стрессов, которых можно избежать. Может быть также полезно научить молодого человека (а возможно и остальных членов семьи) когнитивно-поведенческим стратегиям управления оставшимися тревогами. Нет веских доказательств в пользу медикаментозного лечения, хотя клинический опыт и ограниченные исследовательские данные позволяют полагать, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) могут уменьшать симптомы на время приема препаратов. На сегодняшний день наиболее обещающим в долгосрочной перспективе подходом представляется сочетание когнитивно-поведенческих подходов со снижением стресса.

Течение

Расстройство часто длится годами и может продолжаться во взрослой жизни, иногда осложняясь депрессией.

Социальное тревожное расстройство детского возраста

У этого диагноза по МКБ-10 нет точного аналога в DSM-IV, хотя в DSM-III-R была эквивалентная категория, названная «избегающим расстройством». Это заболевание можно рассматривать как чрезмерное усиление и несоответствующую устойчивость нормального периода тревоги, связанной с незнакомыми людьми (которая у обычных детей, как правило, выражена до возраста 30 месяцев). У пораженных детей хорошие социальные отношения с членами семьи и другими знакомыми индивидуумами, но они обнаруживают выраженное избегание контактов с незнакомыми людьми, приводящее к социальным нарушениям (например, во взаимоотношениях со сверстниками). Застенчивость и социальные нарушения могут остаться и в подростковом возрасте, а могут самопроизвольно улучшиться. Неясно, насколько полезно считать, что у этих детей в отличие от чрезвычайно застенчивой личности имеется тревожное расстройство. На практике многие пораженные дети соответствуют критериям других тревожных расстройств, чаще всего генерализованного тревожного расстройства. И хотя социальное тревожное расстройство, несомненно, не точно такое же заболевание как социальная фобия (последняя обычно начинается в позднем отрочестве и включает страх публичного рассмотрения и унижения), социальная фобия может возникнуть на фоне длительно существующих застенчивости и торможения детского возраста. Это позволяет полагать, что социальное тревожное расстройство иногда может развиваться в более типичную социальную фобию. Взаимоотношения с избегающим расстройством личности во взрослом возрасте неизвестны.

Паническое расстройство

Ключевой признак панического расстройства, которое может сопровождаться агорафобией, а может и не сопровождаться, - наличие отдельных панических атак (приступов), по меньшей мере, некоторые из которых возникают неожиданно, без кого-либо очевидного кристаллизатора. Пик появления симптомов приходится на возраст 15-19 лет. У детей до пубертатного возраста панические атаки редки или вообще не бывают. Во время приступа индивидуум испытывает интенсивный страх надвигающейся опасности, бедствия или смерти, сопровождающийся смесью соматических симптомов, таких как потливость, сильное сердцебиение и гипервентиляция. Варианты лечения включают трициклические антидепрессанты и когнитивную терапию.

Обзоры по теме

Klein R.G., Pine D.S. (2002) Anxiety Disorders. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 486-509.

Дополнительное чтение

Barrett P.M. (1998) Evaluation of cognitive-behavioural group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.

Biederman J. et al. (1993) A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 814-821. (Исследуется степень непрерывности тревожных расстройств детского возраста по отношению к одной из наиболее широко изученных черт раннего детства).

Compton S.N. et al. (2004) Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 930-959.

Engel N.A. et al. (1994) Parent-child agreement on ratings of anxiety in children. *Psychological Reports*, 75, 1251-1260. (Отрезвляет, показывая, как мало согласия между родителями и детьми по поводу симптомов тревоги).