

## ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ПРИРОДА, РАЗВИТИЕ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Ronald M Rapee

Еще совсем недавно считалось, что тревожные расстройства у детей – это относительно редкие и не внушающие опасений состояния. В связи с этим, наши эмпирические знания о детской тревоге менее обширны, чем о подобном расстройстве у взрослых. Тем не менее, в течение последних 15–20 лет наблюдается значительное увеличение количества исследований, в которых изучались проявления тревоги в детском возрасте, и в настоящее время формируется более глубокое понимание природы, развития и лечения этих расстройств. Немного позже возник интерес к возможности профилактики тревоги. Совсем недавно ей начали уделять должное внимание, и, учитывая взаимное наложение тревоги и депрессии, а также последовательный переход из детства во взрослую жизнь, эта работа имеет далеко идущие последствия для предупреждения интернализирующих проблем на протяжении всего жизненного цикла.

По сравнению с исследованиями у взрослых, для которых характерно очень четкое разделение расстройств, в группе детей и подростков наиболее часто наблюдается тенденция рассматривать тревогу относительно широко и во многих случаях оценивать интернализирующие расстройства как единое целое. Таким образом, в данной главе я буду говорить о тревожных расстройствах в большинстве случаев широко и рассматривать факторы, имеющие отношение ко всем тревожным расстройствам, как к группе. Это особенно верно в отношении методов лечения. Так, например, большинство эмпирически подтвержденных психологических комплексов, как правило, охватывают широкий диапазон тревожных расстройств у детей. Однако, учитывая то, что в других главах этой книги много внимания уделено обсессивно-компульсивному расстройству, посттравматическим реакциям и тревожному расстройству, вызванному разлукой, я более подробно

### ИНТЕРНАЛИЗИРУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА

В отличие от «экстернализирующих» или связанных с «недостаточным контролем» расстройств (таких, как расстройство поведения), при которых дети склонны экстернализовать или выражать внутренний конфликт или эмоции действием, направленными вовне (например, посредством агрессии), при интернализирующих расстройствах проблемы отражаются внутри личности в виде, например, страхов, беспокойства или подавленности, которые традиционно относят к категории «невроз» или проблем, связанных с «чрезмерным контролем или заторможенностью». Дети с интернализирующими расстройствами склонны справляться с проблемами и эмоциональными конфликтами скорее внутренне, чем искать их причины вовне. Интернализирующие расстройства, как правило, приносят больше страданий самим детям, чем их ближайшему окружению, в отличие от экстернализирующих.

остановлюсь на остальных расстройствах, генерализованной тревоге, социальной тревоге и специфических фобиях. Для того, чтобы избежать повторения, в большинстве случаев, я буду использовать термины детская тревога и тревога детского возраста для обозначения тревоги как у детей, так и у подростков, если не возникнет необходимость в уточнении возраста.

## ОПИСАНИЕ И ДИАГНОЗ

Ключевым признаком тревожных расстройств является избегание. В большинстве случаев это проявляется чрезмерным избеганием определенных ситуаций, мест или раздражителей, однако нередко может приобретать менее явные формы, такие как нерешительность, неуверенность, замкнутость или ритуальные действия. Такие формы поведения достаточно характерны для всех тревожных расстройств, главное отличие между ними заключается в том, что послужило пусковым механизмом (триггером) такого избегания. Избегание, как правило, сопровождается аффективными проявлениями в виде боязливости, дистресса или застенчивости. Некоторые дети, особенно младшего возраста, могут испытывать трудности с вербализацией этих эмоций. Тревожность связана с ожиданием того, что должно произойти некое опасное или негативное событие – другими словами, с ожиданием угрозы. Таким образом, при выявлении тревожного ребенка крайне важно убедиться в том, что избегание связано с ожиданием какой-либо угрозы. Например, двое детей могут говорить, что не хотят идти в школу. В одном случае это может объясняться тем фактом, что ребенку больше нравится весело проводить время, прогуливаясь по магазинам с друзьями, тогда как в другом это может быть связано с убеждением ребенка в том, что над ним будут подсмеиваться другие дети. Несмотря на то, что в обоих случаях поведение внешне выглядит, как избегание школы, первый случай не может быть проявлением тревоги, так как поведение не мотивировано воспринимаемой угрозой. При всех тревожных расстройствах будет наблюдаться *предчувствие угрозы*, которое может приобретать формы беспокойства, навязчивых размышлений, тревожного избегания или негативных мыслей. Ключевое отличие между расстройствами находится в содержании этих убеждений, как будет описано дальше. Кроме уже отмеченных убеждений, форм поведения и эмоций, тревожные дети часто будут жаловаться на целый ряд физических ощущений, отражающих *повышенное возбуждение*; тем не менее, они редко бывают специфичными для определенного расстройства и, следовательно, редко имеют диагностическое значение. К физическим симптомам, наблюдаемым у тревожных детей, относятся: головные боли, боли в области желудка, тошнота, рвота, диарея и мышечное напряжение. Кроме того, многим тревожным детям, особенно с выраженным беспокойством, свойственны проблемы со сном.

Как уже указывалось ранее, основные отличия отдельных расстройств (как показано в Таблице F.1.1) касаются специфических триггеров тревожности, избегаемых ситуаций и содержания убеждений. Тревожное расстройство, вызванное разлукой, и страх посещения школы детально описаны в Главе F.2.

Таблица F.1.1 Основные и ассоциированные признаки тревожных расстройств

Расстройство	Основные признаки	Ассоциированные признаки
Тревожное расстройство, вызванное разлукой	Страх или беспокойство по поводу того, что произойдет что-то плохое с ребенком или человеком, к которому он привязан (чаще всего с кем-либо из родителей) при разлуке с ним. В результате такого убеждения ребенок избегает разлуки с субъектом привязанности.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сны или кошмары о разлуке.</li> <li>• Отказ столкнуться лицом к лицу с ситуациями, требующими разлуки, включая ночёвку вне дома, посещение школы, визиты к друзьям или родственникам, необходимость остаться дома самому или с воспитателем.</li> <li>• Беспокойство по поводу последствий разлуки, включая страхи ребенка о том, что его могут похитить или травмировать, либо что его субъект привязанности может быть травмирован или убит, пока они не вместе.</li> <li>• Физические симптомы в моменты, когда ожидается разлука, включая рвоту, диарею и боли в животе.</li> </ul>
Генерализованное тревожное расстройство	Склонность к беспокойству из-за широкого диапазона негативных вероятностей, что произойдет что-то плохое.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повторяющееся и всеохватывающее беспокойство о нескольких областях, таких как семейный бюджет, дружба, школьная успеваемость, достижения в спорте, здоровье – собственное и других членов семьи, а также мелкие ежедневные проблемы.</li> <li>• Склонность постоянно добиваться от родителей и других людей успокоения собственных страхов.</li> <li>• Избегание новизны, негативных новостей, неопределенных ситуаций и совершения ошибок.</li> <li>• Физические симптомы, бессонница и раздражительность при тревоге.</li> </ul>
Социальная фобия	Страх и избегание социального взаимодействия или социально ориентированных проектов из-за убеждения, что другие люди оценят ребенка негативно	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Избегание целого ряда социальных занятий или ситуаций, включая произнесение речи или выступление перед другими людьми, встречу с незнакомыми детьми, разговор с авторитетными лицами, такими как учителя, любых возможностей попасть в центр внимания, и для подростков – страх перед построением близких личных отношений.</li> <li>• Беспокойство по поводу негативной оценки окружающими, в том числе убеждение ребенка в том, что другие подумают, что он непривлекательный, глупый, неприятный, заносчивый или странный.</li> <li>• Ограниченное число друзей и проблемы с приобретением новых друзей.</li> <li>• Высокая степень самосознания или концентрации внимания на собственной личности.</li> </ul>

Расстройство	Основные признаки	Ассоциированные признаки
Специфические фобии	Ключевым признаком специфических фобий является страх и избегание в ответ на целый ряд специфических сигналов, ситуаций или объектов. Часто присутствует убеждение, что объект или ситуация приведет к причинению персонального вреда.	К некоторым, распространенным у детей, относятся следующие страхи: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Животных, таких как собаки или птицы</li> <li>• Насекомых или пауков</li> <li>• Темноты</li> <li>• Громких звуков и особенно грозы</li> <li>• Клоунов, масок или людей с необычной внешностью</li> <li>• Крови, болезни, инъекций.</li> </ul>
<b>Паническое расстройство и агорафобия*</b>		
Паническое расстройство	Переживание и страх неожиданных панических атак, часто сопровождающееся некоторыми соматическими симптомами и страхом смерти или страхом сойти с ума.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Некоторые соматические симптомы, относительно быстро нарастающие и длящиеся определенный период времени</li> <li>• Часто к таким симптомам относятся – учащенное сердцебиение, одышка, головокружение, тремор и боль в грудной клетке</li> <li>• Некоторые атаки возникают, по меньшей мере, неожиданно или «как гром среди ясного неба».</li> </ul>
Агорафобия	Агорафобия включает в себя дополнительный страх и избегание некоторых «агорафобических» ситуаций, часто связанных со страхом возникновения панической атаки в этих ситуациях.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Избегание ситуаций из-за страха симптомов и их последствий</li> <li>• Часто к агорафобическим ситуациям относятся места, из которых невозможно быстро выбраться, такие как общественный транспорт, закрытые помещения, кинотеатры, парикмахерские или транспортные пробки</li> <li>• Нередко имеет место зависимость от субъекта привязанности, как гаранта безопасности.</li> </ul>
*Как для панического расстройства, так и для агорафобии средним возрастом начала является старший подростковый, поэтому они редко встречаются у детей. Только в редких случаях эти расстройства возникают до 15 лет, и незначительное их число отмечается в возрасте от 15 до 18 лет.		

### Другие тревожные расстройства

Как отмечалось ранее, другие тревожные расстройства описаны в посвященных им главах, поэтому в данной главе будут рассмотрены кратко. Дети с *обсессивно-компульсивным расстройством* (ОКР) сообщают о периодически повторяющихся навязчивых мыслях, образах и побуждениях, часто сопровождающихся характерными стереотипными действиями или поступками, целью которых является ослабление тревоги. Психологические компоненты, как правило, сфокусированы

на некоторой ожидаемой угрозе или опасности (следовательно – это тревожное расстройство), хотя при некоторых формах ОКР пациенты не отмечают у себя чувство надвигающейся угрозы, и могут в большей степени концентрироваться на ощущении отвращения и считать, что определенные действия просто позволяют им чувствовать, что «все нормально». Когда имеет место предчувствие угрозы, соответствующие ритуалы обычно направлены на предупреждение или ликвидацию ожидаемой опасности. В случае с детьми, общая картина усложняется еще и тем фактом, что многие дети, особенно младшего возраста, не способны ясно описать свои убеждения и мотивации. У детей к наиболее распространенным ритуалам относятся: мытье и страх заражения, а также проверка или распределение вещей в определенном порядке и страх, что произойдет катастрофа, если не будут предприняты и правильно выполнены определенные действия.

*Посттравматическое стрессовое расстройство* представляет собой совокупность симптомов, таких как: повышенное возбуждение (например, нервозность), навязчивости (например, чувство напряжения при напоминании о травме), отчужденность (например, невозможность вспомнить важные аспекты психотравмирующего события, апатия и потеря интереса к жизни), реакции избегания, возникшие после тяжелого (угрожающего жизни) события. Несмотря на то, что, к сожалению, многие дети по всему миру переживают опасные для жизни события, посттравматическое стрессовое расстройство встречается относительно редко в этом возрасте (Rapee et al, 2009). Одни авторы утверждают, что это связано с тем, что диагностические критерии недостаточно чувствительны к проявлениям расстройства в детском возрасте, тогда как другие считают, что это отражает не полностью сформировавшееся в результате когнитивного развития ощущение прошлого и будущего у детей. Посттравматическое стрессовое расстройство детально обсуждается в Главе F.4.

### **Отказ от школы**

Несмотря на то, что отказ от школы не является формальным диагнозом как в DSM, так и МКБ, здесь он заслуживает небольшого внимания, так как часто является предметом дискуссий в разных кругах. Мало у кого вызывает сомнение тот факт, что многие дети не хотят посещать школу, и небольшой процент из них может не ходить в школу длительный период времени. Это часто рассматривается как отказ от школы. Отказ от школы не является тревожным расстройством и может быть мотивирован многими факторами, не связанными с тревогой, но когда он развивается, то тревога часто является основным его элементом. Однако эти явления не объясняются исключительно тревогой. Отказ от школы включает в себя мотивацию со стороны ребенка не посещать школу (иногда в связи с тревогой), сочетающуюся с согласием социума и родителей с этим требованием. Естественно, последний компонент будет варьировать в разных обществах, в зависимости от за-

### **СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОГА**

Следует отметить, что для детей с социальной тревогой не обязательно характерен низкий уровень социальных навыков. Чаще всего они скорее игнорируемы или пренебрегаемы, а не отвергаемы. Однако в результате тревоги они иногда могут вести себя неуклюже в социальном плане и достигать невысоких результатов в социальных ситуациях. Например, они могут быть молчаливы или говорить очень тихо, нерешительно, неуверенно и запинаясь, такие дети также могут избегать прямого визуального контакта.

конов, касающихся посещения школы, социальных норм и нужд родителей (таких, как крайняя нищета). Тем не менее, там, где нормы и законы требуют посещения школы (как в большинстве западных стран), отказ от школы часто создает проблемы в семье или, по меньшей мере, одному из родителей. Например, в некоторых случаях непосещение школы может частично поощряться одним из родителей, который хотел бы, чтобы ребенок помогал ему в его собственных проблемах (например, инвалидность вследствие соматического или психического заболевания), или взаимоотношения «родители – ребенок» могут стать патологическими, в связи с проблемами в семейной жизни, и так далее. Другими словами, хронический отказ от школы может отражать целый ряд проблем, связанных с тревогой (или другими) у ребенка (например, страх школьных занятий, сепарационная тревога, социальные страхи, буллинг и т.п.), сочетающихся с проблемами у родителей и семьи в целом и в некоторых случаях с социальной поддержкой самого непосещения (дальнейшее обсуждение см. в Главе F.2).

### **Коморбидность**

Как отмечалось ранее, при обсуждении тревоги детского возраста принято рассматривать ее скорее как общее явление (и иногда связанные с тревогой расстройства), а не фокусировать внимание лишь на отдельном расстройстве. Одна из главных причин такого подхода – выраженное взаимное наложение между тревожными расстройствами, а также между тревогой и другими интернализирующими расстройствами, особенно депрессией. Клинически страдающие тревогой дети редко удовлетворяют критериям диагностики только одного расстройства. В популяциях, обращающихся за медицинской помощью, примерно от 80 до 90% детей удовлетворяют критериям более одного психического расстройства. Большинство – до 75%, удовлетворяют критериям более чем одного тревожного расстройства. Следующие 10 – 30% удовлетворяют также критериям сопутствующего расстройства настроения. Здесь очевидны также возрастные отличия – около 30% обращающихся за помощью подростков удовлетворяют критериям сопутствующего расстройства настроения, тогда как только для 10 – 15% детей младшего возраста характерна такая же тенденция. Около 25% обращающихся за помощью детей младшего возраста удовлетворяют критериям сопутствующего расстройства поведения. Похожие данные были получены в популяционных выборках, хотя процентное соотношение детей только с одним тревожным расстройством здесь несколько выше. Тем не менее, дети с тревожными расстройствами явно более склонны к дополнительным тревожным расстройствам и расстройствам поведения и настроения. Интересно, что тревожные дети, по всей видимости, не подвержены более высокому риску злоупотребления психоактивными веществами, что отражает тот факт, что эти дети, как правило, подчиняются правилам и не рискуют. Взаимная коморбидность тревожных расстройств и злоупотребления алкоголем появляется не раньше начала периода полового созревания или позднего подросткового возраста (Costello et al, 2003).

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

### Распространенность

Оценки распространенности тревоги у детей колебались в разных странах и исследованиях из-за многих факторов, включая разность критериев, оценочных инструментов и выборок. В целом, в данный период времени в западной популяции около 5% детей и подростков удовлетворяют критериям диагностики тревожного расстройства (Rapee et al, 2009). Мало данных о распространенности в других культурах, однако одно из исследований, проведенных в Пуэрто-Рико, дало схожие показатели (Canino et al, 2004). По результатам большинства исследований распространенность наиболее высока для специфических фобий, средняя – для сепарационной тревоги, генерализованной тревоги и социальных фобий. Относительно более низкая распространенность отмечена для обсессивно-компульсивного расстройства и самая низкая для посттравматического стрессового расстройства.

### Гендерное распределение

В общей популяции тревожные расстройства чаще встречаются у женщин, чем у мужчин. По результатам оценок большинства популяционных исследований, большая часть тревожных расстройств отмечается в 1,5 – 2 раза чаще у женщин. Имеются некоторые данные о том, что такие гендерные отличия появляются очень рано – начиная с пятилетнего возраста. Отличительной особенностью является то, что в выборках пациентов, обратившихся за помощью, в западных странах распределение более равномерное и мужчин даже несколько меньше.

### Возраст начала

Тревожные расстройства относятся к группе заболеваний с ранним началом и наиболее часто возникают в период от среднего детского до среднего подросткового возраста. Как будет показано дальше, тревожным расстройствам свойственно возникать в контексте темперамента (см. ниже) и боязливости. Таким образом, часто сложно определить точно, когда именно началось текущее тревожное расстройство, и, до определенной степени, о тревожных детях нередко можно сказать, что они тревожны с рождения. Тем не менее, по результатам оценок, для разных расстройств, средний возраст начала составляет:

- Боязнь животных – раннее детство (около 6–7 лет)
- Тревожное расстройство, вызванное разлукой – раннее детство – средний детский возраст (7–8 лет)
- Генерализованное тревожное расстройство – поздний детский возраст (около 10–12 лет)
- Социальное тревожное расстройство – ранний подростковый возраст (около 11–13 лет)
- Обсессивно-компульсивное расстройство – средний подростковый возраст (около 13–15 лет)
- Паническое расстройство – начало взрослого периода (около 22–24 года)

### Течение

Тревожные расстройства относятся к наиболее стабильным формам психопатологии и демонстрируют относительно низкий показатель спонтанных ремиссий. Тревожные дети подвергаются также риску возникновения других расстройств в подростковом и зрелом возрасте. Продольные исследования показали, что страдающие тревогой дети подвержены значительно более высокому риску тревожных расстройств и расстройств настроения в подростковом возрасте, а также тревожных расстройств, депрессии и психических расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами, равно как и суицидов в зрелом возрасте (Last et al, 1997; Pine et al, 1998).

### Другие демографические особенности

Интересен тот факт, что тревога в детском возрасте характеризуется очень немногими демографическими факторами риска. Имеются некоторые данные, свидетельствующие о том, что низкий социально-экономический статус может представлять риск для развития тревоги, однако эти данные противоречивы и риск невысок. Некоторые исследования также показали, что, в частности, дети с социальной тревогой чаще всего являются старшими в семье, однако в других исследованиях не удалось подтвердить эти результаты. Большинство других демографических характеристик не являются предикторами тревоги. Таким образом, тревожные дети не отличаются размером семьи, брачным статусом родителей, их уровнем образования или интеллекта (Rapee et al, 2009).

## ДИАГНОСТИКА

Клиническая оценка, как правило, включает в себя комбинацию вопросников, диагностического интервью и наблюдения за поведением. Однако, в большинстве случаев, в клинических условиях, наиболее эффективным будет диагностическое интервью и некоторые вопросники.

### Диагностическое интервью

Для того, чтобы помочь в определении критериев как DSM, так и МКБ расстройств детского возраста, в том числе и тревоги, разработаны несколько структурированных диагностических интервью. Большинство интервью включают большое количество вопросов, направленных на выявление диагностических критериев, и обычно отличаются степенью структурированности. К наиболее часто используемым инструментам относятся:

- Шкала для оценки аффективных расстройств и шизофрении в детском возрасте - *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS)
- Оценка развития и благополучия – *Development and Wellbeing Assessment* (DAWBA)
- Диагностическое интервью для детей – *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC)

Если возникает необходимость в более детальной оценке тревоги, то может быть использована *Схема интервью для выявления тревожных расстройств у детей* (Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C)) (Silverman & Albano, 1996). Для детей младшего возраста эффективным инструментом будет *Психиатрическая оценка в дошкольном возрасте* (Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)) (Egger et al, 2006). К более структурированным интервью относятся отдельные интервью для детей и родителей (как только ребенок достигает восьмилетнего возраста), и, в таком случае, клиницист сталкивается с задачей объединения информации.

Как и при большинстве расстройств детского возраста, информация, полученная от родителей и детей, содержит некоторые противоречивые аспекты. Для того, чтобы определить какая информация имеет более важное значение как ее лучше объединить, необходимо воспользоваться клинической оценкой и опытом (для более детальной информации по данной теме см. Главу А.3). Предполагается, что тревожные дети часто будут «стараться выглядеть нормальными» (Kendall & Chansky, 1991) – другими словами, отрицать, что чувствуют тревогу или давать ответы, которые они будут считать социально приемлемыми. Однако многие родители также испытывают тревогу (рассматривается ниже) и в некоторых случаях будут преувеличивать проблемы ребенка из-за собственного дистресса. Следовательно, необходимо получить достаточно подробные данные для того, чтобы оценить какой из рассказов самый точный и какие из аспектов информации, по разным причинам, могут быть неточными.

Клинически, выявление различий между отдельными расстройствами может оказаться достаточно сложным. Как отмечалось выше, для того, чтобы обосновать диагноз, важно установить основную мотивацию отдельных действий и поступков. Например, вспышка гнева у детей, когда родители планируют выйти из дома, может быть связана с тем, что с ее помощью дети в результате добиваются внимания и награды, или вызвана страхом разлуки. В клиническом плане, после оценки всех действий, мотивации и диагностических критериев есть все основания считать, что ребенок удовлетворяет критериям двух (или более) отдельных расстройств, полезно определить какое из этих расстройств *основное* или *главное*. По мнению большинства авторов, основным следует считать то расстройство, которое оказывает наибольшее влияние на жизнь ребенка. Следовательно, это расстройство становится главной мишенью терапии. Большинство эмпирических оценок методов лечения детской тревоги основаны на исследованиях детей, удовлетворяющих критериям тревожного расстройства, как основного. Однако в некоторых случаях более важно определить, какое из расстройств является *основополагающей* или *причинной* проблемой. Например, ребенок, страдающий от депрессии, одиночества или плохого обращения из-за социальной тревоги, может лучше реагировать на лечение, если оно начинается с терапии социальной тревоги, независимо от того, является ли она основным состоянием. В некоторых случаях отдельная проблема может препятствовать реакции на лечение и, следовательно, требовать первоначального внимания, даже если это не основное расстройство. Например, ребенок, у которого тревога является основной

проблемой, но сопутствующая депрессия приводит у него к низкой мотивации, может нуждаться в первую очередь в лечении депрессии и усилении мотивации, до того как он сможет приступить к лечению тревоги.

### Centre for Emotional Health

CONDUCTING RESEARCH TO FURTHER THE UNDERSTANDING OF EMOTIONAL DISORDERS AND IMPROVING TREATMENT, ACROSS THE LIFE SPAN.



<http://www.centreforemotionalehealth.com.au/> – вебсайт Центра эмоционального здоровья, откуда бесплатно загрузить шкалы CATS, SAS-TR, CALIS, а также PASR. Некоторые из этих шкал переведены с английского на другие языки.

### Оценка детской тревоги с помощью опросников

Тяжесть тревоги и степень выраженности ее симптоматики может быть оценена с помощью нескольких надежных вопросников. Большинство из этих инструментов демонстрируют хорошие психометрические свойства при использовании у детей в возрасте от 8 до 9 лет и могут быть использованы в среднем и позднем подростковом возрасте. Начиная со среднего подросткового возраста обычно эффективны инструменты для оценки тревоги у взрослых. Очень мало инструментов для детей младшего возраста.

Несколько вопросников содержат субшкалы, каждая из которых охватывает диагностические структуры, такие как сепарационная тревога, социальная тревога и генерализированная тревога. Большинство из этих вопросников реализованы в параллельных версиях для родителей и детей. К ним относятся:

- Шкала Спенса для оценки тревоги у детей (*Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)*) (доступна бесплатно)
- Скрининг эмоциональных расстройств, связанных с тревогой у детей (*Screen for Anxiety and Related Disorders (SCARED)*)
- Многомерная шкала тревоги для детей (*Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)*)

Подобный инструмент был недавно разработан для детей дошкольного возраста, но только для заполнения их родителями – *Шкала оценки тревоги у детей дошкольного возраста, обновленная версия (Preschool Anxiety Scale, Revised (PAS-R))* (переведена на несколько языков и доступна бесплатно).

Несколько более старых инструментов направлены на общую оценку степени выраженности тревожности. К их числу относятся:

- Шкала явных страхов детей, обновленная версия (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)*)
- Шкала ситуативной и личностной тревоги для детей (*State Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*)
- Шкала тревоги Бэка, версия для детей (*Beck Anxiety Inventory for Youth*)

Разработан также похожий инструмент для детей дошкольного возраста, оценивающий интернализирующую симптоматику и заполняемый родителями – *Настроение, страхи и тревоги у детей (Children's Moods, Fears and Worries (Bayer et al, 2006))*.

При некоторых обстоятельствах может возникнуть необходимость в более точной и подробной оценке отдельной формы тревоги. В этом случае могут

быть использованы несколько инструментов, охватывающие специфические аспекты тревоги:

- *Шкала оценки страхов для детей, обновленная версия (Fear Survey Schedule for Children Revised (Fear Survey Schedule for Children Revised (FSSCR))*
- *Опросник по социальной фобии и тревоге для детей (Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAIC))*
- *Шкала социальной тревоги для детей, обновленная версия (Social Anxiety Scale for Children – Revised (SASC-R))*
- *Индекс чувствительности детской тревоги (Children's Anxiety Sensitivity Index (CASI)) (Silverman et al, 1991)*

И наконец, несколько инструментов, разработанных нашим центром, могут представлять ценность, так как они охватывают важные аспекты, имеющие отношение к тревожным расстройствам. *Детская шкала автоматических мыслей (Children's Automatic Thoughts Scale (CATS))* разработана для того, чтобы оценить специфические убеждения детей и подростков в отношении различных расстройств. Две субшкалы имеют особое отношение к тревоге: убеждения связанные с социальной и физической угрозой. Остальные подшкалы оценивают убеждения, касающиеся личных неудач и враждебности. *Шкала школьной тревоги для учителей (Scale-Teacher Report (SAS-TR))* представляет собой инструмент для оценки детской тревожности, который может быть заполнен классным руководителем. Таким образом, этот инструмент является дополнительным источником информации, который дает возможность расширить клиническую картину тревоги ребенка. И наконец, *Детская шкала оценки вмешательства тревоги в жизнь (Children's Anxiety Life Interference Scale (CALIS))* представляет собой два параллельных инструмента (для детей и для родителей), которые оценивают степень влияния тревоги ребенка на его жизнь и на функционирование семьи.

## РИСК И ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

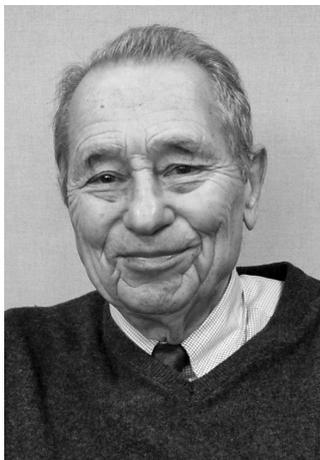
### **Передача из поколения в поколение**

Тревога является характерной семейной особенностью. У родственников первой степени родства людей с тревогой значительно повышен риск возникновения как тревожных расстройств, так и расстройств настроения. То же самое относится, в частности, и к детям и подросткам. Имеется достаточно высокая вероятность, что у тревожных детей будут также родители с тревожными расстройствами, и наоборот, очень вероятно, что у взрослых с тревожными расстройствами будут дети, страдающие тревогой (Rapee et al, 2009). Подобная тенденция свойственна также и темпераменту, который имеет отношение к тревоге (см. ниже). По всей вероятности, у взрослых с тревожными расстройствами будут дети с повышенной заторможенностью, а у заторможенных детей с высокой степенью вероятности будут родители с расстройствами настроения или тревожными расстройствами (Rosenbaum et al, 1993).

Важным является открытие, что семейная передача тревоги, похоже, демонстрирует некоторую специфичность. Другими словами, несколько исследований показали, что у людей с определенным тревожным расстройством (например, социальной фобией) с большей степенью вероятности будут родственники первой линии родства с тем же расстройством (социальная фобия), чем с каким-либо другим тревожным расстройством. Эти данные отличаются от тех, что получены при исследовании генетических факторов, которые не обнаружили специфичности (см. ниже). Конечно, внутрисемейная передача может отражать как генетические, так и средовые влияния, поэтому возникает соблазн предположить, что генетически передается широкий, общий риск, тогда как семейное окружение придает этому риску форму специфических проявлений.

### Генетические факторы

Нет никакого сомнения, что тревожные расстройства наследуемы. Оценки свидетельствуют о том, что около 40% вариаций симптомов тревоги, а также диагнозов тревожного расстройства, обусловлены генетическими факторами. Оценка становится еще более высокой, если понаблюдать за стабильностью тревоги в течение длительного времени. Несколько меньше исследований, но с теми же результатами, были посвящены тревоге в детском возрасте. Близнецовые исследования тревоги у детей показали, что примерно от 30 до 40% вариативности симптомов и расстройств можно объяснить наследственностью (Gregory & Eley, 2007). Имеются некоторые данные (хотя и с ограничениями), что коэффициент наследуемости для риска тревоги, связанного с темпераментом немного выше (Rapee & Coplan, 2010). Как уже отмечалось ранее, генетический риск тревожных расстройств, по всей видимости, является общим и связан с таким мощным фактором, как общий нейротизм (Gregory & Eley, 2007).



Джером Каган (Jerome Kagan) профессор психологии Гарвардского университета, один из ученых, внесших вклад в развитие концепции темперамента, который он определил как стабильные эмоциональные и поведенческие реакции, появляющиеся в раннем возрасте. Он описал два типа темперамента: заторможенный и незаторможенный. К первому типу относятся застенчивые, социально изолированные и боязливые дети, тогда как ко второму коммуникабельные, общительные и смелые.

Меньше исследований посвящено специфическим генам, лежащим в основе тревожных расстройств, и, на сегодняшний день, нет доказательств специфической связи между каким-либо индивидуальным геном и тревогой. Были изучены многие кандидаты; наиболее широко исследован промотор гена транспортера серотонина (5HTTLPR). Несмотря на то, что полиморфизм этого гена ассоциируется с различными расстройствами, маловероятно, что он может играть специфическую роль при тревоге. Действительно, в одной из теорий утверждается, что слишком короткие аллели гена 5HTT могут повышать общую восприимчивость к событиям окружающей среды (как позитивным, так и негативным) (Belsky et al, 2009).

### Факторы темперамента

Риск, связанный с особенностями темперамента изучен, вероятно, наиболее подробно, и наиболее четко установлен (Fox et al, 2005; Rapee et al, 2009). С тревогой у детей связан целый ряд свойств темперамента, в том числе: поведенческая заторможенность, замкнутость, стеснительность и боязливость. Для этих разнообразных особенностей темперамента я в этой главе буду использовать общий термин *заторможенность*. Обширное исследование показало, что у детей с выявленной в очень раннем возрасте выраженной заторможенностью в дальнейшем отмечается высокий риск возникновения тревожных расстройств. Как отмечалось ранее, исследование также продемонстрировало связь между заторможенностью и тревожными расстройствами у родственников первой линии родства. Чаще всего оценка заторможенности проводится у детей в возрасте от 2 до 5 лет. Это можно сделать с помощью опросников или непосредственного наблюдения. К наиболее частым признакам заторможенности относятся:

- Уход в себя перед лицом новизны
- Нерешительность при установлении контактов с новыми людьми или сверстниками
- Неприветливость
- Непосредственная близость к субъекту привязанности
- Молчаливость
- Избегание зрительного контакта или «уклончивый» взгляд
- Нежелание исследовать новые ситуации.

Дети, у которых данные характеристики проявляются в дошкольном возрасте, с более высокой вероятностью (в 2 – 4 раза чаще) будут удовлетворять критериям тревожных расстройств в среднем детском возрасте, и такой повышенный риск, как показали исследования, будет распространяться и на подростковый возраст (Fox et al, 2005). Некоторые данные указывают также на то, что у младенцев (возраст от 3 до 6 месяцев) проявляющих высокую возбудимость и эмоциональность более высокий риск заторможенности к возрасту 2–5 лет. Таким образом, повышенный риск тревоги, по-видимому, можно выявлять в первые месяцы жизни (Kagan & Snidman, 1991).

По всей видимости, страх незнакомцев может усиливаться через взаимодействие между темпераментом ребенка и явными признаками страха у матери.

Теоретически, главная сложность с этим исследованием состоит в чрезмерном взаимном наложении между конструктами заторможенности и тревожными расстройствами. Следовательно, можно предположить, что заторможенность – это всего лишь менее явная версия тревожного расстройства. Существуют некоторые данные, указывающие на то, что заторможенность и тревожное расстройство имеют уникальные отличительные признаки, и, таким образом, представляют собой отдельные конструкты, однако этот вопрос еще далек от окончательного решения (Rapee & Coplan, 2010).

### Семейные и связанные с воспитанием факторы

Учитывая данные о внутрисемейной передаче тревоги, как отмечалось выше, принято считать, что родители и семейная среда должны существенно влиять на развитие тревожных расстройств. Тем не менее, доказательства этого сложно получить, а имеющиеся данные не были полностью согласующимися. В наиболее обширных исследованиях внимание было сосредоточено на особенностях воспитания и на взаимоотношениях родитель-ребенок.

Сегодня мало кто сомневается, что воспитание тревожных детей характеризуется *чрезмерной опекой, навязчивостью* и, в меньшей степени, с его *негативностью* (McLeod et al, 2007). Является ли такой тип взаимоотношений причинным, определить сложно, и, на сегодняшний день, эта проблема очень мало изучена. В теоретических разработках утверждается, что взаимоотношения родитель-ребенок отражают, по всей видимости, циклические взаимодействия. То есть, заторможенные дети способны провоцировать своих родителей на гиперопеку, и, в свою очередь, чрезмерно опекающие родители способны вызывать дальнейшую тревогу (Hudson & Rapee, 2004; Rubin et al, 2009). Такого типа взаимоотношениям были посвящены несколько лонгитудинальных исследований, однако, некоторые, данные соответствуют этой теории (Edwards et al, 2010). Имеются также определенные доказательства того, что взаимодействие между геном транспортером серотонина и воспитанием прогнозируют возникновение в дальнейшем у детей тревоги (Fox et al, 2005).

Часто высказывались предположения, что тревожные родители повышают риск тревоги у своих детей путем моделирования своих собственных страхов и стратегий решения проблем. Однако данная теория была мало исследована. Основные данные были получены в лабораторных исследованиях, с участием детей младшего возраста. Исследования показали, что дети в возрасте от 6 до 18 месяцев могут обучаться бояться и избегать новых стимулов, наблюдая за тем, как ведет себя испуганная мать. Что еще более важно, было показано, что таким путем социально тревожные матери передают страх незнакомцев своим младенцам, и интенсивность страха, возникающего у младенцев, частично зависит от степени выраженности наблюдавшегося у них ранее заторможенного темперамента (de Rosnay et al, 2006). Таким образом, страх незнакомцев может, по-видимому, усиливаться через взаимодействие между темпераментом младенца и явными признаками страха у матери. Было показано, что у детей старшего возраста передаваемая вербально информация об опасности может усиливать страх определенных сигналов. Например, когда дети получают о новом сигнале информацию, которая указывает на то, что он может быть опасным, происходит усиление страха, физиологического возбуждения, убеждений об опасности и избегания этого сигнала, которое может длиться несколько месяцев (Field, 2006).

Наконец, ключевым остается вопрос, играет ли неблагоприятная семейная обстановка роль в развитии детской тревоги. Было проведено много исследований, в которых изучалось влияние семейного дистресса и жестокого обращения, развода или раздельного проживания родителей, сексуального

и физического насилия, однако, очень мало из этих исследований было посвящено тревожным расстройствам. В целом, можно утверждать, что сексуальное насилие и, в меньшей степени, физическое, а также насилие в семье могут повышать тревожность у детей. Тем не менее, такое повышение носит временный характер и не совсем ясно, способствуют ли эти факторы возникновению длительных тревожных расстройств. Более того, очевидно, что эти факторы относительно неспецифичны и повышают риск широкого диапазона детской психопатологии, и вероятно, менее всего тревожных расстройств (Рарее, в печати).

### **Жизненные события**

Несмотря на то, что проведено много исследований, в которых изучалась роль негативных жизненных событий в возникновении тревожных расстройств у взрослых (главным образом агорафобии), очень мало работ было посвящено исследованию жизненных событий при тревоге у детей. Это могло быть связано с тем, что она часто возникает на фоне заторможенного темперамента и относительно редко имеет четко очерченное и внезапное начало. Те же исследования позволяют предположить, что страдающие тревогой дети действительно значительно чаще сообщают о влиянии негативных жизненных событий, чем здоровые дети. Существует вероятность того, что эти отличия отражают когнитивные и систематические ошибки сообщения информации пациентом, по меньшей мере, в нескольких работах были продемонстрированы такие отличия на основании интервью с родителями и получении дополнительных доказательств (Allen et al, 2008). Тем не менее, демонстрация того, что у тревожных детей больше негативных жизненных событий, чем у нетревожных, не означает, что эти события обязательно являются пусковым механизмом их тревоги. В действительности, данные свидетельствуют о том, что наибольшие отличия были обнаружены для так называемых «зависимых» жизненных событий. Зависимые события, это те которые могут быть результатом поведения ребенка (например, плохие результаты тестов, могут быть вызваны тем, что ребенок не учится). Таким образом, вполне вероятно, что тревога ребенка приводит к более частым негативным жизненным событиям, вероятно, из-за беспокойства и избегания, связанного с тревогой. Конечно, возможно также, что это приводит к усилению стресса, в свою очередь, помогая поддерживать или даже усиливать тревогу.

Одной их специфических форм жизненных событий, получивших особое внимание, является *буллинг* и *насмешки*. Имеется большое число данных, свидетельствующих о том, что страдающие тревогой дети чаще подвергаются издевательствам и насмешкам со стороны других детей, и что ними часто пренебрегают и они отвергаются сверстниками (Grills & Ollendick, 2002). В данном случае, также сложно установить направление причинно-следственной связи, но существует высокая вероятность, что тревожные дети способны провоцировать насмешки со стороны других детей своим поведением; в свою очередь, очень вероятно, что эти же насмешки в последующем усиливают их тревогу.

### **Когнитивные искажения**

Тревожные дети очень часто демонстрируют убеждения об угрозе и соответствующие предположения. До определенной степени это является отражением диагноза, но также считается основным поддерживающим элементом. Несмотря на значительное взаимное наложение, до некоторой степени ожидания надвигающейся угрозы специфичны. То есть, страдающие социальной фобией дети с большей степенью вероятности будут испытывать предчувствия социальной угрозы (например, «я не понравлюсь другим детям»), дети с сепарационной тревогой часто будут переживать ожидания физической угрозы (например, «мои родители получают травму») и т.д.. Результаты исследований свидетельствуют о том, что такие убеждения о надвигающейся угрозе значительно чаще встречаются у тревожных детей, чем среди детей с другой психопатологией, и что они ослабевают при успешном лечении (Schniering & Lyneham, 2007). До конца не ясно – являются ли они причиной начала тревоги, или просто отражают ее.

Более современные исследования начали обращать пристальное внимание на то, как тревожные дети обрабатывают угрожающую информацию (Hadwin et al, 2006). Как было показано в исследованиях с участием взрослых, у тревожных детей наблюдаются искажения внимания, направленного на угрозу, и искажение интерпретации неопределенной информации, воспринимаемой, как подтверждение возможной угрозы. Некоторые исследования показали, что эти искажения ослабевают в результате эффективного лечения.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

### **Психофармакология**

Фармакологическое лечение тревоги у детей, как правило, сосредоточено на использовании селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Некоторые ранние исследования применения трициклических антидепрессантов при ОКР упоминаются в Главе F.3. В некоторых исследованиях была продемонстрирована высокая эффективность СИОЗС, таких как флуоксетин, сертралин и пароксетин в лечении широкого диапазона тревожных расстройств, хотя большинство из этих исследований преимущественно сосредоточены на ОКР (Ipser et al, 2009). Между отдельными лекарственными препаратами обнаружены незначительные отличия, хотя пароксетин не рекомендуется в этой возрастной группе. Лечение обычно продолжалось 10 – 15 недель. Итоговые результаты показали, что 50 – 60% детей реагируют на лечение к моменту его завершения, по сравнению с 30% принимавших плацебо. К сожалению, длительность эффекта редко подвергалась исследованию, но некоторые публикации наводят на мысль, что результаты медикаментозного лечения могут выравниваться примерно через 8 недель (Ipser et al, 2009). Побочные эффекты медикаментов встречаются относительно редко, но имеют большое значение, так около 7% детей прекращали лечение СИОЗС именно из-за побочных эффектов. У всех молодых людей, принимающих СИОЗС необходимо проводить мониторинг суицидальности (для более подробной информации о фармакологическом лечении см. Главу A.8 и Таблицу A.8.1).

### Программы, основанные на выработке навыков

Большинство научно-обоснованных психологических методов лечения тревоги у детей относятся к широкой категории когнитивно-поведенческих и основанных на выработке навыков, методов. Ключевым элементом этих подходов является обучение детей (и иногда родителей) специфическим навыкам, которые помогают справиться с тревогой у ребенка. Большинство методов терапии представляет собой всеобъемлющие комплексные методики или комбинации техник. К специфическим терапевтическим техникам относятся:

- Психообразование
- Релаксация
- Подвергание воздействию в естественных условиях (*in vivo*) или имитация
- Тренинг умения справляться с непредвиденными обстоятельствами
- Тренинг для родителей по воспитанию
- Тренинг социальных навыков и ассертивности.

Терапевтические программы, как правило, продолжаются 8 – 15 недель, и представляют собой 1–2-х часовые сессии, которые могут быть реализованы как в групповом, так и индивидуальном формате. Результаты показывают, что 50 – 60% детей

Таблица F.1.2 Сессии и компоненты программы «Спокойные дети» (Cool Kids)

Сессия	Целевая группа – ребенок	Целевая группа – родители
1	Психообразование	Психообразование и объяснение сути лечения
2	Когнитивное реструктурирование	Когнитивное реструктурирование для родителей и ребенка
3	Выполнение на практике когнитивного реструктурирования	Выполнение на практике когнитивного реструктурирования. Навыки управления ребенком
4	Воздействие <i>in vivo</i> и установление иерархий	Подвергание воздействию <i>in vivo</i> и установление иерархий
5	Решение проблем подверженности воздействию	Решение проблем подверженности воздействию
6	Практика воздействия и когнитивного реструктурирования	Практика воздействия, когнитивного реструктурирования и управления ребенком
7	Представление ассертивности и социальных навыков	Пути повышения ассертивности и совершенствования социальных навыков
8	Насмешки и буллинг	Насмешки и буллинг
9	Практика и повторение	Практика и повторение
10	Практика, повторение и профилактика рецидивов	Практика, повторение и профилактика рецидивов

Таблица F.1.3 Лечение тревожных расстройств детского возраста на практике

- Лечение первого ряда: лечение малой интенсивности – включает использование книг (библиотерапия), CD или компьютерных программ (е-терапия). Не показана в случае необходимости неотложных мер (например, хронический отказ от посещения школы) или высокого риска (например, суицидальные мысли) или в случае крайне плохих взаимоотношений родитель-ребенок
- Если неохотно посещает терапию малой интенсивности – лечение малой интенсивности не рекомендовано – или у пациента не наступает улучшения при использовании лечения малой интенсивности, показаны традиционные методы КПТ или основанные на выработке навыков, с участием, во всех случаях, квалифицированных специалистов, за исключением ситуаций, когда пациент отказывается участвовать в основанной на выработке навыков терапии или КПТ недоступна
- Если у пациента не наступает улучшения после завершения достаточно длительной (12 – 20 недель) терапевтической программы реализованной с участием квалифицированного клинициста, в случае, когда пациент отказывается от участия в терапии, основанной на выработке навыков, или КПТ недоступна, необходимо рассмотреть возможность назначения медикаментов
- Если пациент проходит курс медикаментозного лечения – только лекарственными препаратами или в сочетании с КПТ (комбинированное лечение), необходимо помнить о том, что:
  - Ни один из лекарственных препаратов не одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (US Food and Drug Administration (FDA)) для применения при каком-либо из тревожных расстройств у детей младше 6 лет (см. Таблицу A.8.1). В целом, необходимо избегать использования медикаментов у детей младшего возраста (т.е. моложе 10 лет).
  - Несмотря на то, что существуют некоторые доказательства эффективности некоторых из СИОЗС при нескольких тревожных расстройствах (например, ОКР, социальной фобии, генерализованной тревоге) (см. Таблицу A.8.1), они формально одобрены FDA в США только для лечения ОКР (то есть, при применении этих препаратов при других тревожных расстройствах они «используются вне зарегистрированных показаний»). В других странах может не быть таких ограничений.
  - Избегайте применения бензодиазепинов. Несмотря на то, что бензодиазепины уменьшают тревогу в краткосрочной перспективе, нет доказательств, что они эффективны в лечении расстройства. Эти лекарственные препараты обладают многими побочными эффектами у детей и подростков и потенциалом формирования зависимости.
  - Проводите мониторинг побочных эффектов, особенно суицидальности.
  - Осуществляйте регулярный контроль, в начале лечения один раз в неделю, затем раз в месяц.
  - Проводите мониторинг реакции на лечение с использованием надежных оценочных шкал, и переходите на другой, ранее не использовавшийся, СИОЗС при отсутствии улучшения. Дополняйте медикаментозное лечение КПТ.

можно отнести к категории выздоровевших к концу лечения, и эта цифра обычно увеличивается до 70 – 80% спустя 12 месяцев после завершения лечения (James et al, 2006). Несколько исследований указывают на сохранение эффекта на протяжении 6 – 8 лет после лечения (e.g., Kendall et al, 2004).

В целом ряде исследований были сделаны попытки идентифицировать факторы, которые могут влиять на эффективность лечения. Мало есть доказательств, что результаты могут отличаться в зависимости от того, проводилось ли лечение в групповом формате или индивидуально.

Более важной проблемой, привлекавшей внимание, является интенсивность вовлечения родителей в лечение и обучения их специфическим навыкам. Данные исследований по этой теме неоднородны, но в целом указывают на некоторую, хотя и не большую, пользу от включения родителей, как активных участников, в лечение (Creswell & Cartwright-Hatton, 2007). Однако, в исследованиях, посвященных этой проблеме, редко принимался во внимание возраст ребенка. Как и следовало ожидать, содержащиеся в публикациях предположения, указывают на то, что вовлечение родителей в лечение, по всей видимости, важно при лечении детей младшего возраста, но малоэффективно при лечении подростков (Barrett et al, 1996).

Еще одним важным вопросом является влияние коморбидных состояний на эффективность лечения. Удивительно, что большинство исследований до сегодняшнего дня не показали, что реакция на лечение хуже у тревожных детей с коморбидными расстройствами. Другими словами, страдающие тревогой дети, по-видимому, одинаково реагируют на комплексы методов лечения, направленные на выработку навыков, даже если у них есть еще и трудности с тревогой, депрессией или экстернализирующие проблемы (Ollendick et al, 2008). С другой стороны, получены неоднородные данные, касающиеся депрессии; в нескольких исследованиях утверждается, что коморбидная депрессия может снижать реакцию на лечение (Rapee et al, 2009). Недавнее исследование, проведенное нашей собственной клиникой, пролило некоторый свет на эту проблему. Исходя из наших данных, можно сделать вывод, что наличие коморбидного расстройства не влияет на интенсивность изменений в ходе лечения, но действительно влияет на ожидаемый результат. Поскольку дети с коморбидными расстройствами (особенно с коморбидными экстернализирующими расстройствами и депрессией) в начале лечения имеют более тяжелую тревогу, результат, которого они достигают в конце лечения, как правило, не такой положительный, как у детей без коморбидных расстройств, хотя степень выраженности изменений в ходе лечения очень схожа. Некоторые недавние исследования также показали, что дети с высоким функциональным аутизмом и коморбидной тревогой также очень хорошо реагируют на лечение тревоги (Moree & Davis, 2010).

Установлено также несколько других предикторов реакции на лечение. Ранее были высказаны предположения, что психопатология родителей, тревога или депрессия у кого-либо из них, прогнозируют неблагоприятный исход, но несколько исследований не смогли подтвердить этот эффект. Другие факторы, такие как

семейный статус, уровень образования родителей и размер семьи, по-видимому, также имеют небольшое влияние. Одно из совсем недавно проведенных исследований показало, что генетический статус может прогнозировать реакцию на лечение. Дети с короткими аллелями гена 5HTTLPR демонстрируют лучшую реакцию на лечение, по результатам катамнестического наблюдения, чем дети с длинными аллелями (Eley et al, в печати). Естественно, что эти несомненно интересные результаты требуют подтверждения.

### **Пример программы: «Спокойные дети»**

Существует несколько комплексных методик лечения тревожных расстройств у детей и подростков, основанных на выработке навыков, при этом большинство из них содержат очень похожие компоненты. В качестве примера, я опишу нашу собственную программу, которая получила название «Спокойные дети». Спокойные дети – это описанная в руководствах терапевтическая программа для страдающих тревогой детей в возрасте от 7 до 17 лет. Имеется комплект детальных методических рекомендаций для терапевтов, в этот комплект также входят рабочие тетради для родителей и молодых людей. Разные тетради с несколько отличающейся структурой используются для детей младшего (7–12 лет) и старшего (13–17 лет) возраста. Есть также модифицированные версии для детей с аутизмом, для подростков с коморбидной депрессией и для семей, которые не могут посещать клинику для проведения индивидуальной терапии.

Лечение в рамках программы «Спокойные дети» обычно включает в себя 10 терапевтических сессий на протяжении 12 недель. Родители являются неотъемлемым компонентом программы, и присутствуют на всех сессиях в случае с детьми, и не так интенсивно вовлечены в процесс при лечении подростков. Программа может быть реализована как в индивидуальном, так и в групповом формате. Каждая сессия, как правило, длится 60 минут при индивидуальной терапии и 120 минут – при групповой. Некоторые компоненты прорабатываются отдельно с детьми и с родителями. Сессии и компоненты изложены в Таблице F.1.2.

В целом, эффективность программы «Спокойные дети» оценивается как хорошая. Мы, как правило, включаем в терапию каждого ребенка с тревожным расстройством и расцениваем это расстройство, как основное (причиняющее наибольший вред), в том числе и детей с ОКР, и редко исключаем детей в связи с коморбидностью. Наши данные отражают некоторые различия в результатах. В действительности, единственной группой, несколько хуже реагирующей на лечение, является группа детей с социальной фобией. Программу могут проводить терапевты, прошедшие подготовку по клинической психологии, имеющий опыт работы с детьми и подростками и навыки в реализации когнитивно-поведенческих методов терапии. Нашим центром постоянно проводятся учебные практикумы. В настоящее время руководства переведены на несколько языков, включая испанский, корейский, китайский, турецкий и несколько скандинавских.

## ПРОФИЛАКТИКА И РАННИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Поскольку знания о факторах риска возникновения тревоги у детей постоянно совершенствуются, в последнее время начал возникать интерес к возможности очень раннего выявления и профилактики. Кроме того, растущее понимание влияния психопатологии на здоровье населения привело к более глубокому осознанию того, что значительная доля детей с выраженной тревогой, но не удовлетворяющих критериям диагностики расстройства, могут, тем не менее, страдать и испытывать ограничения в своей жизни. В результате этого, недавние работы начали оценивать программы профилактики и ранних вмешательств при тревожных расстройствах (Lynham & Rapee, в печати). Эти программы охватывают вмешательства всех уровней: универсальные, избирательные и по показаниям.

В некоторых больших исследованиях была продемонстрирована эффективность программ выработки умений справляться с тревогой, применявшихся широко в субпопуляциях, отобранных в школах. Эти программы, как правило, охватывают те же навыки, что и в клинических комплексных методиках, включая: образование, релаксацию, когнитивное реструктурирование и подвергание воздействию *in-vivo*. Нередко эти программы включали выработку дополнительных навыков, таких как коммуникация и решение проблем. Таким образом, для лучшего понимания их можно было бы назвать *широкими программами эмоционального здоровья*, направленными на обучение детей и подростков навыкам справляться со всеми тягостными эмоциями. Результаты оказались несколько неоднородными, но продемонстрировали, главным образом, ослабление тревоги, обычно с небольшой выраженностью эффекта (Bayer et al, 2009). Учитывая то, что это универсальные программы и не нацелены на группы риска, не ожидается большой эффект, но даже небольшой эффект имеет значение для всей популяции.

К *избирательным*, или селективным, относятся программы, предназначенные для детей с умеренно выраженными или тяжелыми симптомами тревоги, не обязательно удовлетворяющим критериям расстройства. Предполагается, что у таких детей повышен риск возникновения расстройств в будущем, и, следовательно, обучение их навыкам справляться с тревогой способствует профилактике. Однако даже если у них не развиваются тревожные расстройства, испытываемый ими слабый или умеренный дистресс и переживаемые жизненные трудности являются достаточным основанием для проведения с такими детьми тренинга навыков, особенно учитывая то, что очень немногие из них обращаются за профессиональной помощью. Как и в случае с универсальными программами, большинство из этих вмешательств применяются в школьной популяции. Существует много методов отбора детей с высоким уровнем тревоги, но в большинстве исследований были использованы самоотчеты школьников и отчеты учителей. Как и раньше, по содержанию эти программы очень похожи (или идентичны) на программы клинического лечения. Результаты в большинстве случаев указывают на значительное ослабление тревоги, главным образом, с умеренной величиной эффекта (Mifsud & Rapee, 2005). Некоторые исследования продемонстрировали непрерывную выгоду вплоть до двух лет после применения вмешательства (Dadds et al, 1999).

И наконец, в некоторых исследованиях начато изучение программ по показателям, используемым для профилактики тревоги – т.е. программ для детей с высокими показателями факторов риска тревожного расстройства. Целевая группа детей чаще всего отбиралась на основании высоких уровней темпераментной заторможенности, но, кроме этого, для идентификации соответствующих детей был использован высокий уровень тревоги у родителей. На сегодня, исключительно для одного из длительных исследований мы разработали модифицированную версию программы «Спокойные дети – Спокойные дети младшего возраста». Программа нацелена на родителей заторможенных детей дошкольного возраста и представляет собой шесть групповых сессий. Целью компонентов программы, главным образом, является ослабление гиперпротекции родителей и стимулирование детей к воздействию *in vivo*. К семи годам дети, родители которых посещали программу, демонстрировали значительно более низкие уровни симптомов тревоги и более редкие диагнозы тревожных расстройств, по сравнению с детьми, родители которых не прошли тренинг (Rapee et al, 2010).

## ВЫВОДЫ

За последние два десятилетия наблюдается колоссальный рост наших знаний в области развития и лечения тревожных расстройств детского возраста. Многие ключевые проблемы все еще нуждаются в оценке, и перед нами по-прежнему огромный путь, но на сегодняшний день мы находимся на том этапе, когда тревога у детей считается общепризнанным явлением и может быть подвергнута всесторонней оценке. Мы располагаем методами лечения, которые действуют в отношении большинства пациентов и программами, которые могут предупреждать развитие тревоги. Некоторые многообещающие направления исследований только начинают развиваться и есть надежда, что в ближайшие годы они обеспечат дальнейшее продвижение вперед. К ним относятся:

- Лучшее понимание факторов риска тревоги через долгосрочные исследования
- Более точная оценка влияния взаимоотношений ген – окружающая среда на развитие тревоги
- Более глубокое понимание взаимоотношений между сверстниками при тревоге, и влияние таких взаимоотношений на ее развитие
- Более эффективные методы терапии, использующие передачу информации, например, через интернет и дистанционные (телемедицина) программы
- Оценка новых достижений в лечении, таких как использование средств консолидации памяти или модификации когнитивных искажений.