

Дифференциальный диагноз биполярного расстройства у детей и подростков

Gabrielle A. Carlson

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stony Brook University School of Medicine, Putnam Hall-South Campus, Stony Brook, NY 11794-8790, USA.

Перевод: Махмудов А.З. (Москва)

В статье рассматриваются проблемы дифференциальной диагностики биполярного расстройства у детей и подростков. К ним относятся: а) определение подтипа биполярного расстройства б) связь возраста и начала болезни в) что считать болезнью: лишь те эпизоды, когда четко видна перемена настроения и нарушение функционирования по сравнению с преморбидным фоном, или же рассматривать вспышки гнева и сильную раздражительность уже как перемену настроения г) кто должен предоставлять информацию о симптомах болезни в маниакальной фазе, нужно ли собирать данные по прошествии приступа или в самый разгар болезни, когда их легче изучить? г) значение семейного анамнеза. Диагноз мании в рамках биполярного расстройства I типа невозможно поставить без многолетнего наблюдения. Эта болезнь приводит к инвалидизации, но необходимо отличать ее от других похожих патологий. Наличие в семейном анамнезе болезни может увеличить риск возникновения определенных симптомов и нарушений поведения, характерных для начала биполярного расстройства, но не стоит ставить диагноз на основании анамнеза. Пока не появятся биомаркеры для подтверждения диагноза и прицельные способы лечения болезни, имеет смысл ставить диагноз биполярного расстройства у детей и подростков лишь на время, с расчетом на необходимость повторного обследования в перспективе.

Ключевые слова: Биполярное расстройство, мания, раздражительность, дети, подростки.

Существует как минимум пять проблем на пути к дифференциальной диагностике биполярного расстройства у детей и подростков:

- 1) Как определить подтип биполярного расстройства (дифференциальный диагноз между манией и депрессией; между биполярным расстройством I типа и неуточненным биполярным расстройством)?
- 2) Возраст ребенка и начало развития болезни;
- 3) Считать ли болезнью лишь те эпизоды, когда четко видна перемена настроения и нарушение функционирования по сравнению с преморбидным фоном, или же рассматривать, к примеру, вспышки гнева и сильную раздражительность уже как перемену настроения;
- 4) Кто должен предоставлять информацию о симптомах болезни во время мании, и нужно ли собирать данные по прошествии приступа или в самый разгар болезни, когда их легче изучить?
- 5) Вклад семейного анамнеза в постановку диагноза.

Отнюдь не все дети и подростки умеют хорошо рассказать о своей жизни, не всегда понимают такие отвлеченные понятия как эйфория или скачка идей. Родители же могут недооценивать или вовсе неверно трактовать переживания своих детей. Большую часть времени дети проводят в школе, следовательно, если ребенок ежедневно пребывает большую часть дня в определенном настроении, то перемены в его поведении и настроении может заметить учитель, независимо от того имеет ли он(а) представление о мании или депрессии и других болезнях.

В этой статье мы будем говорить по большей части о мании и различиях между детьми и подростками. Мы постараемся описать развернутый подход к диагностике болезни и обсудить влияющие различные пути предоставления информации на постановку диагноза.

Мания в постпубертатном возрасте

Джеффри было 14 лет, когда он впервые попал в поле зрения врачей. Он общительный, энергичный, целеустремленный, творческий молодой человек, имеет одновременно множество увлечений, которые не бросает на полпути, достаточно старательно и ответственно подходит ко всем своим занятиям. Однако за последние

месяцы у него появились проблемы с концентрацией внимания; по ночам он стал плавать без предупреждения в соседском бассейне, пытался дозвониться до президента Буша с целью посоветовать дальнейшую тактику ведения войны в Ираке, стал вспыльчив и непримирим с родителями, когда те пытались его уложить спать. За этот период, который длился несколько недель, Джеффри почувствовал физическую слабость, был изнурен, потерял интерес к общению с друзьями, к увлечениям, практически перестал есть и ощущал себя крайне подавленным. В дальнейшем опросе удалось выяснить и другие симптомы, указывающие на манию без признаков депрессивных эпизодов в анамнезе. Задачей врача было выяснить что это: «подростковое поведение» или психопатология. Поиск осложнялся тем, что за две недели до изменений в поведении, Джеффри получил травму головы на футбольной тренировке без потери сознания, и, возможно, это повлияло на развитие болезненных симптомов. Хотя мы и видим, что Джеффри перенес классический по симптоматике эпизод мании, некоторые вопросы все же нуждаются в уточнении:

- Насколько велик вклад изначально гипертимных черт характера Джеффри в дальнейшее изменение поведения (2). Человек с гипертимным характером обычно жизнерадостен, кипуч, разговорчив, шутлив, слишком оптимистичен, раскован, беззаботен, энергичен, полон краткосрочных планов, часто меняет круг интересов, во все вмешивается, становясь назойливым. Все это относилось и к Джеффри. Перешел ли он грань гипомании или даже маниакального эпизода? Будь он по характеру тихим, скромным человеком до начала возбуждения – вопрос был бы легко положительно решен. И в то же время подобные нарушения и последующая депрессия не укладываются лишь в рамки особенностей характера.
- Имела ли значение травма головы? Есть данные о связи между травмой головного мозга и возникновением мании (3). Существует также состояние называемое «изменение личности после черепно-мозговой травмы» (4), которым описывают пациентов с расторможенным поведением. В ранних версиях DSM это состояние называлось «органическое аффективное расстройство».

• Есть ли данные о злоупотреблении Джеффри психоактивными веществами? У подростков возникший впервые эпизод нарушения настроения вызывает вопросы о наличии алкогольной или наркотической зависимости (5). У подростков при злоупотреблении марихуаной, алкоголем и другими наркотиками может развиваться психотическая или аффективная симптоматика. Хотя положительный тест на содержание токсических веществ в организме помогает подтвердить факт употребления наркотиков, отрицательный результат вовсе не говорит об отсутствии зависимости. Более того, маниакальная симптоматика может продолжаться неделями, когда пациент уже перестал употреблять вещества. Иногда трудно разобраться, насколько велика роль употребления наркотических средств в возникновении изменений настроения, приближает ли это начало болезни, удлиняет ли течение болезни, которая могла бы протекать быстрее, или же это совсем несущественно (6).

От 11 до 27% подростков, поступившим в больницу по причине первого психотического эпизода, предварительным диагнозом выставляли биполярное расстройство I типа (7). Однако во время первого эпизода крайне трудно точно определить с диагнозом из-за смешанности и изменчивости симптоматики со временем. Пример: Деннису 16 лет, на протяжении трех дней он не спал, появилось ощущение, что он может управлять миром, писал записки, в которых утверждал, что у всех предметов вокруг есть своя цель и связь между собой, включая немецкую свастику, Египетские пирамиды и голубя Мира. Он испытывал физическое возбуждение, был многословен, нарастали параноидные мысли, что психиатр хочет ему навредить. На протяжении следующих 6 месяцев на терапии антипсихотиком и литием аффективная симптоматика угасала, но появилось ощущение передачи мыслей на расстояние и соответствующие нарушения мышления, которые были стойкими. Через 10 лет был выставлен диагноз шизаффективное расстройство ввиду хронического нарушения мышления и стойкой психотической симптоматики. Лекарства улучшали настроение пациента, но не влияли на негативные симптомы.

Несмотря на то, что пациентам с первым маниакальным психотическим эпизодом почти в 70% случаев выставляется диагноз биполярное расстройство (иногда как промежуточный) в течение 10 лет после начала болезни (8), в данном случае в сторону худшего прогноза и утяжеления диагноза указывало наличие симптомов первого ранга по Шнайдер, а также преморбидное снижение социального функционирования. Предвестниками неблагоприятного прогноза принято считать также депрессивные проявления, детскую психопатологию и раннее начало болезни (9).

Мания у детей

Диагноз мании в детском возрасте до 10 лет является куда более спорным, чем у подростков (10). Для применения критериев биполярного расстройства к детям в DSM-IV-TR были внесены изменения в списке симптомов мании, с целью включить наиболее частые проявления болезни у детей раннего возраста. Неразрешенным остается вопрос: растут ли эти дети здоровыми до первых эпизодов депрессии или мании (как в случае с Джеффри: острое начало мании, отдельные эпизоды, отсутствие коморбидной патологии), или же это непрерывные перепады настроения, на фоне подавленности – близкие к тем, что наблюдаются у пациентов из исследования Программы Оказания Систематической Помощи в Лечении Биполярного расстройства (STEP-BD) (11). А возможно, прогноз их совершенно иной – пациенты вырастают и в будущем не переживают никаких эпизодов измененного настроения? (12).

Коварность и сложность диагностики ранних форм биполярного расстройства заключается в различной интерпретации критериев. При «классических» случаях мании противоречий практически нет: четко отслеживается начало болезни, маниакальные симптомы, последовательно проявляясь, не дают спутать манию с другой психопатологией. При течении же болезни в менее «классическом ключе» появляется гораздо больше разночтений (13). Критерии могут быть надежны для определенной категории пациентов, однако не гарантируют точность и не распространяются на другие группы. Согласно DSM-IV-TR, под маниакальным эпизодом понимают четкий временной отрезок наличия характерного ряда симптомов. К сожалению, нет согласованности в понимании границ этого временного отрезка (14). Поэтому критерии мании в следующей версии DSM-5 подвергнутся некоторым изменениям (см. на сайте www.dsm5.org). В документе, выступающем за изменения, указано, что «врачи так и не смогли прийти к единому мнению, что же все-таки считать эпизодом мании, особенно много споров в литературе в области детской психиатрии». По мнению группы исследователей расстройств настроения, формулировки в DSM-4, касающиеся критериев мании и гипомании, привели только к возникновению путаницы. Поэтому целью предложения об изменениях в DSM будет внесение большей ясности, чтобы гарантировать более точную, последовательную диагностику. При этом необходимо опираться на опыт прежних версий DSM с учетом современных динамических характеристик болезни. Критерий А будет звучать так: «постоянное определенное время непрерывно и постоянно приподнятое настроение, экспансивность, раздражительность, непривычная и постоянная энергичность, приподнятость, длящиеся не менее 1 недели и сохраняющиеся почти ежедневно большую часть дня (продолжительность не важна если необходима госпитализация)».

Точное представление о симптомах крайне важно при обсуждении дифференциального диагноза мании. Если признают возможность возникновения симптомов депрессии вне связи с депрессивным эпизодом, или «клинической депрессией», то маниакальные симптомы подобным образом почти не оценивались. Ранее опубликованные результаты исследования в 1988 году (15), а также ряд других работ подтвердили, что симптомы мании возникают гораздо чаще, чем сам маниакальный эпизод, и наносят серьезный ущерб здоровью. Однако эти симптомы неспецифичны и встречаются при разной патологии (16, 17). Не зная точно, возник эпизод или нет (время начала и конца изменений «привычного для пациента поведения»), не имея данных о раннем детском возрасте, о том каким было это «привычное поведение», крайне трудно отличить манию от других детских болезней, протекающих с раздражительностью и ажитацией. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – заболевание, которое чаще всего путают с манией у детей. Значительная часть симптомов совпадает: в обоих состояниях присутствует отвлекаемость, порывистость, гиперактивность, ускоренная и избыточная речь (19). И все же у детей с манией симптоматика богаче, чем при неосложненном СДВГ. У таких детей, как правило, нарушения бывают более глубокими; обязательно находится и другая патология (коморбидные состояния), согласно критериям (20, 21). Любопытно, что при сравнении детей с симптомами мании и детей с СДВГ, осложненных в обоих случаях схожей коморбидной патологией, все различия исчезают (22, 23). Встает диагностический вопрос: либо дети с симптомами мании страдают биполярным расстройством в сочетании с СДВГ, либо СДВГ протекает на фоне повышенной эмоциональной или протестной отгороженности.

Эмоциональность/протестное поведение при СДВГ в тексте DSM-III/IV рассматривается среди «ассоциированных симптомов». DSM-IV-TR говорит о том, что эмоциональный компонент болезни включает в себя низкую устойчивость к фрустрации, раздражительность, вспышки гнева, шаткость настроения, дисфорию и низкую самооценку. Все симптомы укладываются в рамки настроения. Эмоциональный компонент присутствует в обоих проявлениях СДВГ – нарушении внимания и гиперактивности. Симптоматика СДВГ, вызванная нарушением внимания, может быть изначально связана с дефектом сферы регуляции и контроля, в то время как симптомы гиперактивности и импульсивности могут происходить от нарушений в эмоциональной сфере (24). Очевидно лишь то, что у детей как с биполярным расстройством, так и с СДВГ, осложненным эмоциональными нарушениями, гораздо четче проявляются нарушения, что проверено при сравнении их со случаями СДВГ без осложнений в ходе поперечных и продольных исследований (20, 25).

СДВГ и биполярное расстройство часто сопутствуют друг другу. Недавно опубликованное исследование под названием Продольное Изучение Симптомов Мании (Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study) (16) очень подробно разбирает вопрос СДВГ и биполярного расстройства (20). Исследователи сравнивали детей от 6 до 12 лет, чьи родители прошли положительный тест на наличие симптомов мании по опроснику под названием Проверка Общего Поведения (General Behavior Inventory) (26) (n=621), с детьми, чьи родители не набрали достаточно баллов (n=86). Из общего количества детей (n=707) большая часть (59,5%) страдала СДВГ, 6,4% имели болезнь из биполярного спектра без СДВГ, у 16,5% было и то, и другое, и 17,5% были здоровы. Спектр биполярных нарушений равномерно составляли случаи биполярного расстройства I типа и биполярное расстройство неуточненное, с небольшим количеством биполярного расстройства II типа. Как и в предыдущих исследованиях (1, 15), у детей с симптомами мании не обнаружили расстройства биполярного спектра. Из 162 детей с болезнями биполярного спектра большинство (72,2%) также страдало СДВГ. По результатам опроса родителей выяснилось, что при наличии сочетания этих болезней симптомы богаче, чем в случае с каждой из патологий в отдельности. Диагноз выставлялся по Детской Диагностической Шкале для Аффективных расстройств и Шизофрении (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Children (K-SADS-PL) (27)); хотя авторы и не уточняли, но некоторые полагают, что данные были основаны в большей степени на ответах родителей, поскольку учителя часто были не согласны с результатами (20). И все же, уделялось много внимания тому, чтобы отличить хронические симптомы от острых или непостоянных. Именно такой подход помогает при дифференцировке мании и СДВГ от совместного протекания этих болезней. Кроме сбора анамнеза, в котором возможно наличие эпизодов, необходимо скрупулезное изучение всех перекрывающихся друг друга симптомов. Симптомы мании и СДВГ, смешиваясь, могут давать следующую картину:

- Дурашливое, расторможенное поведение у ребенка с СДВГ, пытающегося быть смешным без учета обстоятельств, или же это просто приподнятое настроение;
- Импульсивность или желание наслаждаться без учета последствий;
- Отказ ложиться спать вовремя или же просто сниженная потребность во сне;
- Усиление едва заметных симптомов СДВГ в связи с увеличением нагрузки в начальной или средней школе или же начало нарушения настроения.
- Усугубление симптомов СДВГ, включающее большую протестность, вспыльчивость, бестолковое поведение,

в рамках плохих отношений внутри семейного и школьного круга, среди сверстников.

- Назойливая, сбивчивая или причудливая речь у детей с проблемами речи в рамках СДВГ или болезней аутистического спектра может напоминать скачку мыслей или нарушение мышления при мании;
- «Галлюцинации» у крайне тревожных детей или же симптомы неконгруэнтные аффекту при мании.

Детей с болезнями аутистического спектра из-за нарушения контроля эмоций можно спутать с теми, кто страдает манией (28). И дело не только в импульсивности и чрезмерной активности детей, но и нарушения речи могут быть похожи на нарушение мышления, если у клинициста, не имеющего большого опыта в дифференциальной диагностике (29). Как и в случае с СДВГ, хорошо собранный анамнез может помочь отличить какие из симптомов хронические, а какие возникли впервые в рамках измененного состояния. Интересно, что дети с аутизмом и биполярным расстройством (включая и наиболее классические эпизодические варианты биполярного расстройства) всегда рассматривались вместе (30), а вот дети с общим расстройством психологического развития почти всегда были вне поля зрения при исследованиях.

Нарушение регуляции настроения.

Линду в 11 лет, – история ее ранее уже была описана (13), – привели родители из-за «перепадов настроения», а именно, частых вспышек гнева, когда она испытывала трудности в самых бытовых ситуациях. С самого раннего детства она страдала СДВГ, симптомы которого были практически непрерывны на фоне лечения стимуляторами. К 5 классу школы она стала раздражительна, непослушна, злобна по отношению к родителям, игнорировала их озабоченность ее школьными оценками. Появилось чувство грандиозности с идеями о ненужности учебы. Она посещала порно-сайты и допоздна засиживалась перед компьютером якобы с «онлайн-друзьями», отставала в учебе и сторонилась сверстниц. Вспыльчивость в школе не проявлялась, но симптомы СДВГ были налицо. Родители во время сбора анамнеза подтвердили наличие симптомов напоминающих манию. Сама Линда жаловалась на дисфорию, раздражительность, проблемы с концентрацией внимания, сниженную самооценку и эпизодические мысли о самоубийстве. Помимо прочего, дома происходили серьезные ссоры, но без насилия. Дифференциальный диагноз Линды по критериям DSM-IV мог бы включать в себя СДВГ и начинающееся оппозиционное расстройство с нарушением поведения, большое депрессивное расстройство, вторичное расстройство адаптации с ухудшением социальных связей, успеваемости и домашних связей, а также эпизод смешанной мании.

Нарушения настроения/лабильность во многих случаях присутствует как важный компонент целого ряда состояний (31). Непрофессионалы чаще используют термин «биполярный» для описания «перепадов настроения», т.е. необъяснимых для постороннего внезапных перемен настроения. Речь идет о резком возникновении плохого настроения, как причины раздражительности. При переживании маниакального эпизода и взрослые, и дети часто раздражительны. Но спорным остается вопрос: страдают ли крайне вспыльчивые дети манией или же это характер (раздражительность как его черта), что ставит под сомнение диагностику таких состояний, как депрессия, тревога, шизофрения и т.д., в которых значительную роль играет симптом раздражительности (32).

Депрессивные и тревожные расстройства

Раздражительность, как симптом, разумеется, имеет значение не только при мании, но и при депрессии (в

равной степени при большой депрессии и дистимии) и тревожных расстройствах (включая посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, социофобию, избегание и генерализованное тревожное расстройство). Как и в случае с СДВГ, вопрос депрессия это или тревога не стоит, скорее – сочетание того и другого. Особенную трудность представляет различение смешанной мании, или «быстрых» циклов, и агитированной депрессии. Некоторые рассматривают агитированную депрессию как болезнь биполярного спектра (33). Продольные про- (34) и ретроспективные (35) исследования показывают, что преимущественно депрессивный тип течения болезни из биполярного спектра чаще приобретает хроническое течение и труднее поддается лечению, чем преимущественно маниакальный тип (9). Вопрос, который встает в проспективном исследовании детской группы таков: какое количество детей «перерастает» манию и уходят в депрессию (36) или даже в ремиссию (12).

Раздражительность и гиперактивность также присущи тревоге. У взрослых и подростков биполярные расстройства часто сопровождаются болезненной тревогой. У взрослых наличие тревожных симптомов снижает вероятность выздоровления от депрессии при биполярном расстройстве, удлиняет время течения болезни и увеличивает вероятность повторного эпизода (37). У детей тревожное расстройство часто предшествует началу мании, и в таком случае маниакальный эпизод будет рассматриваться как коморбидное расстройство. Если же ранее тревога не возникла, то вполне возможно рассматривать ее в рамках маниакального эпизода, не считая это коморбинным расстройством (38). У детей и подростков тревога чаще всего связана с биполярным расстройством II типа. У этих пациентов часто параллельно наблюдаются более длительные и тяжелые эпизоды депрессии, имеет место более богатый семейный анамнез в отношении депрессии, чем у детей и подростков без тревожных симптомов в качестве коморбидной патологии (38).

Расстройство регуляции настроения с чертами деструкции

Leibenluft и группа по изучению расстройств настроения (Intramural Program on Mood Disorders), организованная в Национальном Институте Психического Здоровья (NIMH), в попытке точнее разобраться в сходствах и различиях между хронической, выраженной раздражительностью и более классическим, имеющим эпизодическое течение, биполярным расстройством, предложили выделить такое состояние как «выраженное расстройство регуляции настроения (ВРРН)» (32). Это состояние характеризуется постоянной раздражительностью с частыми вспышками гнева, и чаще расценивается как мания, шизофрения или расстройство шизофренического спектра, общее расстройство психологического развития, посттравматическое стрессовое расстройство, злоупотребление психоактивными веществами, органическое или неврологическое расстройство. В выборке из 146 детей 75% имели в качестве коморбидного расстройства СДВГ и оппозиционное расстройство, а у более чем половины (58%) хоть раз в жизни был эпизод тревожного расстройства. Несмотря на то, что проспективных исследований не было проведено на детях с ВРРН, экстраполируя данные других исследований (39–41) можно предположить, что в основе таких нарушений поведения лежит депрессия. Таким образом, группа по исследованию расстройств настроения в рамках DSM-5 использует данные этих исследований для добавления ВРРН в новое руководство в раздел расстройств настроения. Это состояние получило название расстройство регуляции настроения с чертами деструкции (РРНД) (см. www.dsm5.org).

При отсутствии эпизодического течения дифференцировка РРНД от мании не должна представлять трудности. Плюс ко всему, начало болезни чаще всего приходится на возраст от 6 до 10 лет, что позволяет уберечь от постановки «серьезного диагноза» темпераментных дошкольников, и одновременно расценивать расстройство как детское. Именно хроническое течение болезни (т.е. симптомы длятся не меньше 1 года) не позволяет выставить детям диагноз РРНД. Это те дети, которые реагируют на острый стресс, которым мог бы быть выставлен диагноз расстройства адаптации с нарушением поведения или настроения. Диагноз же РРНД, при верной постановке, обычно обозначает тяжелое состояние и потерю или снижение трудоспособности (31). Основной диагностической трудностью в случае с РРНД является тот факт, что раздражительность и вспыльчивость – неспецифичные признаки (42). Дети, постоянно проявляющие вспышки гнева (не важно, присутствует хроническая раздражительность или нет), в конце концов попадают в скоропомощную больницу, в психиатрические и другие надзорные учреждения и специальные учебные заведения. Необходимость диагноза продиктована надобностью подсчета таких больных, обеспечения их должным лечением и включением в страховой список. Обычно такие вспыльчивые дети попадают в категорию оппозиционного расстройства или расстройства поведения, притом обе категории не входят в страховой список болезней, поскольку расцениваются в рамках «семейных» или «социальных» проблем. Из-за отсутствия достоверной и точной кодировки для подобных вспышек гнева врачи вынуждены укладывать их в категорию биполярных расстройств, что, в свою очередь, препятствует серьезному пониманию природы этих вспышек (43).

Возникает вопрос, не являются ли вспышки гнева какой-либо разновидностью или же более тяжелым проявлением перепадов настроения (tantrums) у пациентов раннего детского возраста (44, 45)? Интересно, что оба состояния в целом схожи, отличаясь лишь продолжительностью: 20 мин против 5 мин, а также более грубым поведением (могут пинаться, бить, швыряться, плевать) и степенью вреда, который может причинить ребенок в состоянии tantrum, в силу того, что эти дети старше (от 7 до 17 лет). Нет данных, описывающих особенности вспышек гнева при различной патологии, т.е. гнев, возникающий при приступе паники внешне похож на таковой при маниакальном эпизоде, оппозиционном расстройстве, депрессии и т.д. (46). Многие врачи беспокоятся, что этим диагнозом начнут злоупотреблять в равной степени, что и диагнозом «биполярное расстройство» (43). Ошибок можно избежать правильным следованием алгоритму, к примеру, если брать «вспышки гнева» как ключевой и различительный признак для ряда состояний, где они присутствуют, подобно тому, как виды кататонии позволяют различать между собой ряд патологий. К примеру, диагноз «СДВГ со вспышками гнева», – ключевыми в данном случае, – мог бы быть расценен как самостоятельные «вспышки гнева», что позволило бы обеспечить более полноценное лечение.

Расхождение данных опроса

Обязательным минимумом в детской и подростковой психиатрии является сбор анамнеза у родителя/опекуна и самого ребенка. В случае нарушений поведения, как при СДВГ, важно также узнать мнение учителей. К сожалению, выяснилось, что совпадения в данных опросов в лучшем случае очень невелики. Мера соответствия каппа между словами ребенка и родителя в случае мании или депрессивной симптоматики, как правило, ниже 0,2.

В то же время Biederman et al (47) выяснил, что в 62,7% случаев мании и родитель, и ребенок признавались в наличии маниакальных симптомов. Данные Tillman et al (48) отличались немногим – 49,5%.

Однако Tillman в исследовании показал, что самые высокие цифры соответствия данных опроса характерны для симптомов СДВГ (80% – для ускоренной речи, 91,4% – сверхэнергичности, 85,9% – для двигательной активности), 75,8% – для раздраженного настроения, и значительно ниже были цифры для остальных симптомов мании (42,2% – повышенное настроение, 32,5% – чувство собственного величия, 35,8% – скачка мыслей, 34,4% – расторможенное поведение, 16,2% – сниженная потребность во сне, 21,4% – психотические явления). Кроме того, в специфических симптомах мании дети признавались куда реже, чем родители. Отсюда и простое объяснение столь частых споров по поводу диагноза: мания это или СДВГ, поскольку, по большей части, при оценке психического состояния ребенка мы ориентируемся на интерпретацию родителей.

Исследования биполярного расстройства никогда не ставили целью выяснить значение каких-то других источников информации о маниакальном поведении ребенка, кроме родителей.

Корреляция данных полученных от родителей и учителей приближается $r=0,3$ (49). Carlson и Blader (1) сообщают, что там, где показания учителей и родителей, относительно симптомов мании (данные получены с помощью Детской шкалы оценки мании (Child Mania Rating Scale), (50)), совпадали в высокой степени, применение метода логистической регрессии выявило 10-кратно превалирующее число иных диагнозов, связанных с экзогенными расстройствами (СДВГ, оппозиционное расстройство, нарушение поведения, или какие-то комбинации этих болезней). А у детей с расстройствами биполярного спектра степень совпадения данных, полученных у родителей и учителей, была более высокой. И, напротив, в спектре эндогенных заболеваний (тревога и депрессивные расстройства) наблюдалось в 3,7 раз большее несоответствие между данными учителей и родителей, полученных с помощью Детской шкалы оценки мании. В этом исследовании при постановке диагноза использовалась более совершенная система оценки информации, полученной и от родителей, и от детей, и от учителей, помимо простого опроса, часто не имеющего конкретную структуру. Для того, чтобы объяснить почему тяжелое состояние ребенка, длящееся неделями, замечается родителями, а учителями – нет, нужно дополнительное исследование.

Семейный анамнез

Очевидно, что биполярное расстройство имеет наследственный компонент (51). Давно опубликованный мета-анализ (52) показал, что у родителей с биполярным расстройством дети имеют в 2,7 раз больший риск развития психического расстройства и в 4 раза больший риск развития расстройства настроения, в сравнении с детьми здоровых родителей. Недавние исследования подтвердили эти цифры (53). Интересно, однако, то, что гораздо выше оказался риск развития общих психопатологических нарушений, нежели биполярное расстройство I типа. К примеру, Hillegers et al (54) обнаружил, что к 21 году среди испытуемых голландских подростков, входящих в группу высокого риска, 3% имели биполярное расстройство I типа, 10% расстройство биполярного спектра, но 59% имели какую-либо психопатологию. Хотя дети из группы высокого риска с нарушениями настроения больше, чем здоровые дети, подвержены развитию биполярного расстройства во взрослом возрасте, они также в высокой степени рискуют заболеть огромным количеством других болезней (55).

Во многих исследованиях, посвященных группам высокого риска, сравниваются дети родителей, страдающих биполярным расстройством, с детьми из контрольной группы, родители которых не страдают психическими расстройствами, что указывает на разницу в риске. Однако в поле зрения врачей попадают и дети из семей с любыми другими психическими расстройствами: СДВГ, аутизм, неспособность к обучению, другие расстройства настроения и шизофрения. Есть мнение, что у детей, чьи родители хорошо отвечали на терапию литием, болезнь протекает легче, чем у детей, чьи родители резистентны к литию (56). Это могло бы помочь при подборе терапии в случае постановки диагноза биполярное расстройство I типа. И все же, наличие диагноза у родителей отнюдь не означает наличие болезни и у ребенка.

И наконец, возраст группы риска для биполярного расстройства сильно растянут. Исследование, проведенное среди населения Дании, включало в себя группу детей, чьи родители хоть раз были госпитализированы с биполярным расстройством, выявило, что к возрасту 53 лет среди «детей», у кого болел один из родителей, риск составляет 4,4% против 0,48% с родителями без биполярного расстройства. Разница же риска среди детей до 20 лет ничтожно мала (57). Из этих цифр следует вывод, что увеличиваются подозрения по поводу биполярного расстройства, но нельзя брать факт наличия в семейном анамнезе за абсолютный критерий для постановки этого диагноза, в особенности, если у ребенка отсутствуют другие диагностические компоненты болезни.

Выводы

Несмотря на то, что мания/биполярное расстройство I типа часто начинается в раннем возрасте, с диагнозом лучше повременить не один год. Это тяжелое состояние, снижающее трудоспособность, но есть и другие заболевания, от которых его нужно научиться отличать. Психозы, злоупотребление психоактивными веществами и ажитированная монополярная депрессия представляют большие трудности при постановке дифференциального диагноза у подростков. Определение расстройств исполнительных функций у детей также представляет сложность. Многосторонний опрос увеличивает шансы правильной диагностики, хотя нужно четко представлять разницу и верно сопоставлять ответы родителей, учителей и самого ребенка. Наличие в семейном анамнезе болезни может увеличить риск возникновения определенных симптомов и нарушений поведения, характерных для начала биполярного расстройства, но не стоит ставить диагноз на основании анамнеза. Кроме того, сложные дети чаще всего выходят из сложных семей.

Пока не будут выявлены биомаркеры для точного подтверждения диагноза, и лекарства, исключительно специфичные для этой патологии, имеет смысл ставить диагноз «биполярное расстройство» у детей и подростков лишь на время, с расчетом на необходимость повторного обследования в перспективе (58). Утверждение, что ребенок болен на всю жизнь, требует больших доказательств, чем те, которыми мы располагаем.

Литература:

1. Carlson GA, Blader JC. Diagnostic implications of informant disagreement for manic symptoms; *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2011;21:399-405.
2. Akiskal HS, Khani MK, Scott-Strauss A. Cyclothymic temperamental disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1979;2:527-54.
3. Jorge RE, Robinson RG, Starkstein SE et al. Secondary mania following traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 1993;150:916-21.
4. Max JE, Robertson BA, Lansing AE. The phenomenology of personality change due to traumatic brain injury in chil-

- dren and adolescents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001;13:161-70.
5. Wilens TE, Biederman J, Millstein RB et al. Risk for substance use disorders in youths with child- and adolescent-onset bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:680-5.
 6. Carlson GA, Bromet EJ, Lavelle J. Medication treatment in adolescents vs. adults with psychotic mania. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999;9:221-31.
 7. Carlson GA, Naz B, Bromet EJ. Phenomenology and assessment of adolescent-onset psychosis: observations from a first admission psychosis project. In: Findling RL, Schultz SC (eds). *Juvenile onset schizophrenia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2005:1-38.
 8. Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ et al. Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. *Am J Psychiatry* 2011;168:1186-94.
 9. Carlson GA, Kotov R, Chang SW et al. Early determinants of four-year clinical outcomes in bipolar disorder with psychosis. *Bipolar Disord* 2012;14:19-30.
 10. Carlson GA, Jensen PS, Findling RL et al. Methodological issues and controversies in clinical trials with child and adolescent patients with bipolar disorder: report of a consensus conference. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003;13:13-27.
 11. Nierenberg AA. Lessons from STEP-BD for the treatment of bipolar depression. *Depress Anxiety* 2009;26:106-9.
 12. Cicero DC, Epler AJ, Sher KJ. Are there developmentally limited forms of bipolar disorder? *J Abnorm Psychol* 2009;118:431-47.
 13. Dubicka G, Carlson GA, Vail A et al. Prepubertal mania: diagnostic differences between US and UK clinicians. *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 2007;17:153-61.
 14. Carlson GA. Broadening bipolar disorder – by design or by accident? *World Psychiatry* 2011;10:195-6.
 15. Carlson GA, Kashani JH. Manic symptoms in non-psychiatrically referred adolescents. *J Affect Disord* 1988;15:219-26.
 16. Stringaris A, Stahl D, Santosh P et al. Dimensions and latent classes of episodic mania-like symptoms in youth: an empirical enquiry. *J Abnorm Child Psychol* 2011;39:925-37.
 17. Findling RL, Youngstrom EA, Fristad MA et al. Characteristics of children with elevated symptoms of mania: the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms (LAMS) study. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:1664-72.
 18. Galanter CA, Leibenluft E. Frontiers between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008;17:325-46.
 19. Milberger S, Biederman J, Faraone SV et al. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: issues of overlapping symptoms. *Am J Psychiatry* 1995;152:1793-9.
 20. Arnold LE, Demeter C, Mount K et al. Pediatric bipolar spectrum disorder and ADHD: comparison and comorbidity in the LAMS clinical sample. *Bipolar Disord* 2011;13:509-21.
 21. Carlson GA. Bipolar disorder and attention deficit disorder – comorbidity or confusion. *J Affect Disord* 1988;51:177-89.
 22. Carlson GA, Loney J, Salisbury H et al. Young referred boys with DICA-P manic symptoms vs. two comparison groups. *J Affect Disord* 1998;51:113-21.
 23. Serrano E, Ezpeleta L, Castro-Fornieles J. Comorbidity and phenomenology of bipolar disorder in children with ADHD. *J Atten Disord* (in press).
 24. Martel MM. A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50:1042-51.
 25. Barkley RA, Fischer M. The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49: 503-13.
 26. Youngstrom EA, Frazier TW, Demeter C et al. Developing a 10-item mania scale from the Parent General Behavior Inventory for children and adolescents. *J Clin Psychiatry* 2008;69:831-9.
 27. Kaufman J, Birmaher B, Brent D et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:980-8.
 28. Towbin KE, Pradella A, Gorrindo T et al. Autism spectrum traits in children with mood and anxiety disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005;15:452-64.
 29. Carlson GA, Meyer SE. Diagnosis of bipolar disorder across the lifespan: complexities and developmental issues. *Dev Psychopathol* 2006;18:939-69.
 30. DeLong GR, Dwyer JT. Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's syndrome and bipolar affective disease. *J Autism Dev Disord* 1988;18:593-600.
 31. Stringaris A, Goodman R. Mood lability and psychopathology in youth. *Psychol Med* 2009;39:1237-45.
 32. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry* 2011;168:129-42.
 33. Benazzi F, Koukopoulos A, Akiskal HS. Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression). *Eur Psychiatry* 2004;19:85-90.
 34. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B et al. Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. *Am J Psychiatry* 2009;166:795-804.
 35. Post RM, Leverich GS, Kupka RW et al. Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. *J Clin Psychiatry* 2010;71:864-72.
 36. Lewinsohn PM, Seeley JR, Buckley ME et al. Bipolar disorder in adolescence and young adulthood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11:461-75.
 37. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004;161:2222-9.
 38. Sala R, Axelson DA, Castro-Fornieles J et al. Comorbid anxiety in children and adolescents with bipolar spectrum disorders: prevalence and clinical correlates. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1344-50.
 39. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E et al. Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *Am J Psychiatry* 2012;169:47-54.
 40. Stringaris A, Cohen P, Pine DS et al. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry* 2009;166:1048-54.
 41. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA et al. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry* 2006;60:991-7.
 42. Margulies DM, Weintraub S, Basile J et al. Will disruptive mood dysregulation disorder reduce false diagnosis of bipolar disorder in children? *Bipolar Disord* 2012;14:488-96.
 43. Parens E, Johnston J, Carlson GA. Pediatric mental health care dysfunction disorder? *N Engl J Med* 2010;362:1853-5.
 44. Mick E, Spencer T, Wozniak J et al. Heterogeneity of irritability in attention-deficit/hyperactivity disorder subjects with and without mood disorders. *Biol Psychiatry* 2005;58:576-82.
 45. Potegal M, Carlson GA, Margulies D et al. Rages or temper tantrums? The behavioral organization, temporal characteristics, and clinical significance of anger/distress episodes in child psychiatry inpatients. *Child Psychiatry Hum Dev* 2009;40:621-36.
 46. Carlson GA, Potegal M, Margulies D et al. Rages: What are they? Who has them? *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009;19:281-8.
 47. Biederman J, Petty CR, Wilens TE et al. Examination of concordance between maternal and youth reports in the diagnosis of pediatric bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2009;11:298-306.

48. Tillman R, Geller B, Craney JL et al. Relationship of parent and child informants to prevalence of mania symptoms in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Am J Psychiatry* 2004;161:1278-84.
49. Youngstrom EA, Findling RL, Calabrese JR. Effects of adolescent manic symptoms on agreement between youth, parent, and teacher ratings of behavior problems. *J Affect Disord* 2004;82(Suppl. 1):S5-16.
50. Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B et al. Child Mania Rating Scale: development, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:550-60.
51. McGuffin P, Rijdsdijk F, Andrew M et al. The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:497-502.
52. Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C. Children of parents with bipolar disorder: a meta-analysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry* 1997;42:623-31.
53. Duffy A. The early natural history of bipolar disorder: complementary findings from longitudinal high-risk studies. Presented at the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting, October 2011, Toronto.
54. Hillegers MH, Reichart CG, Wals M et al. Five-year prospective outcome of psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord* 2005;7:344-50.
55. Meyer SE, Carlson GA, Youngstrom E et al. Long-term outcomes of youth who manifested the CBCL-Pediatric Bipolar Disorder phenotype during childhood and/or adolescence. *J Affect Disord* 2009;113: 227-35.
56. Grof P, Duffy A, Alda M et al. Lithium response across generations. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:378-85.
57. Gottesman II, Laursen TM, Bertelsen A et al. Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Arch Gen*