

Может ли тревожное расстройство, вызванное разлукой, избежать привязанности к детскому возрасту?

Определение тревожного расстройства, вызванного разлукой (ТРВР), претерпело значительные изменения в DSM-5, наиболее важным из которых является устранение возрастного ограничения (18 лет в DSM-IV) для постановки диагноза. Однако возможны разногласия среди некоторых врачей и исследователей, касающиеся применения этого диагноза к пациентам взрослого возраста. Рассмотрим аргументы «за» и «против» этого изменения в надежде вызвать обсуждения и исследования, направленные на достижение консенсуса по данному вопросу.

Почему врачи традиционно ограничивают диагноз ТРВР периодом детского возраста (здесь используется этот термин в широком смысле, чтобы охватить

период от младенчества до раннего подросткового возраста)? Основная причина заключается в том, что сепарационная тревога (СТ) в течение длительного времени занимает центральное место в теориях развития, которые оказывают значительное влияние на протоколы диагностики и лечения. В широких рамках развития психоаналитических теорий и теории привязанности, СТ рассматривается в качестве совокупности нейрофизиологических, интрапсихических и поведенческих реакций, направленных на защиту детей от опасности, обеспечивая поддержание непосредственной близости ко взрослому опекуну, которым, как правило, является мать. Механизм СТ имеет особое значение для нашего вида по причине

наличия длительного периода зависимости ребенка от родителя¹.

В рамках теории привязанности, усиленные проявления СТ рассматриваются как признаки нарушения функционирования рабочих моделей поведения ребенка или внутренних проявлений паттернов привязанности, сформированных прошлыми и текущими событиями, связанными с ближайшими опекунами². ТРВР как диагноз, располагается в самом конце спектра реакций, охватывающего все проявления от нормальных до патологических. Его наличие означает, что ребенок подвергся серьезному воздействию, приведшему к нарушениям или разрушениям его / ее первичных связей². Классические симптомы ТРВР (чрезмерная привязанность, вспышки гнева и раздражения, отказ от школы, боли в животе и головные боли, отказ спать в одиночестве, а также ночные кошмары, в содержании которых присутствует боязнь нападения или похищения) способствуют укреплению фазоспецифического характера реакции.

Тем не менее, теория привязанности давно подтверждает, что стремление формировать и поддерживать тесные связи имеет основополагающее значение для человека на протяжении всего жизненного пути³. Следовательно, можно сделать вывод, что ответная реакция по типу СТ может проявиться у людей всех возрастов.

Действительно, принцип взаимности в реакции СТ между матерью и ребенком имеет решающее значение для реализации защитной функции данного механизма; путем зеркального отражения сигналов тревоги, получаемых от потерявшегося ребенка, тревога матери обеспечивает включение у нее интенсивного поискового поведения, направленного на спасение ребенка от потенциальной угрозы. В более широком смысле, в таких видовых группах как *homo sapiens*, стремление к сохранению тесной связи с близкими людьми имеет основополагающее значение для обеспечения выживания отдельных членов⁴.

Таким образом, в теории привязанности существует очевидное противоречие между тенденцией рассматривать СТ как черту, характерную преимущественно для детского возраста и признанием того, что тревога привязанности может проявляться в течение всей жизни. С клинической точки зрения, модель развития агорафобии по Боулби предлагает частичное решение данной проблемы. Он предположил, что в случае сохранения высоких уровней СТ в более позднем возрасте, они проявляются как типичные симптомы агорафобии⁴. Согласно этой модели, такие симптомы, как перенос переходных объектов, опора на фобических партнеров и предпочтение пребывания в домашних условиях (как символ надежной базы) свидетельствуют о том, что в основе агорафобии взрослых лежит СТ⁴.

Первоначально данные эмпирических исследований свидетельствовали в пользу модели взаимосвязи СТ и агорафобии; в серии исследований, взрослые пациенты с агорафобией демонстрировали гораздо более высокую выявляемость ТРВР (оцениваемого по косвенному показателю школьной фобии) в раннем возрасте, по сравнению с пациентами, страдающими другими видами тревожного или депрессивного расстройства⁵. С течением времени, модель взаимосвязи СТ и агорафобии прочно встраивалась в теории развития, способствуя включению панического расстройства в перечень расстройств, характерных для взрослого возраста, в то время как в DSM-III эта категория была отнесена к агорафобии.

С тех пор исследователи искали доказательства наличия общего биологического субстрата, лежащего в основе ТРВР, панического расстройства и агорафобии, путем изучения семейных накоплений, паттернов генетического наследования и отличительных особенностей психофизиологических реакций, связанных с тремя вышеуказанными совокупностями симптомов^{6,7}.

В то же время, результаты других исследований представляли собой доказательства того, что ставит под сомнение существование модели взаимосвязи СТ и агорафобии. В частности, некоторые исследования показали, что связь между ранней СТ и паническим расстройством/агорафобией не является специфической, а является общей характеристикой, объединяющих взрослых людей с расстройствами, относящимися к диапазону тревожных и депрессивных⁸.

Два десятилетия назад, наблюдения в клинике по лечению пациентов с тревожными расстройствами при Университете Нового Южного Уэльса привели к разработке альтернативной модели развития ТРВР⁹. Ученые обнаружили, что при особенно тщательном и прицельном изучении симптомов, многие взрослые пациенты с тревогой продемонстрировали признаки наличия ТРВР, дебют которого обычно приходился на детский возраст⁹. На основе данного открытия была предложена модель преемственности, согласно которой ТРВР является расстройством, которое встречается в течение всей жизни, хотя в то же время его симптомы подвергаются патопластическим изменениям, вызванным созреванием. Например, взрослые демонстрировали беспокойство по поводу безопасности и местонахождения более широкого числа фигур, к которым испытывали привязанность, в том числе родителей, романтических партнеров и супругов. Кроме того, симптомы манифестируют менее явным путем: например, взрослые прибегают к сложным рационализациям с целью избегания работы или путешествия и, как правило, имеют склонность к поиску предлогов для повторного контакта с объектом привязанности в течение дня.

По результатам данных наблюдений, было разработано несколько критериев оценки ТРВР у взрослых^{9,10}. Последующие клинические исследования показали, что от 20 до 40% пациентов, посещающих амбулаторные учреждения, соответствовали критериям ТРВР^{10,11}. Взаимосвязь между выявленными ранними симптомами СТ и взрослым ТРВР оказалась высокоспецифичной; как только выявленная взаимосвязь была учтена, не осталось никаких доказательств, подтверждающих наличие очевидной связи между СТ и паническим расстройством или агорафобией.

Согласно данным исследования, недавно проведенного World Mental Health, было установлено, что распространенность заболеваемости ТРВР в течение жизни в разных странах приблизилась к 5%; общей закономерностью являлась распространенность данного расстройства и среди взрослых пациентов; его дебют во взрослом возрасте встречался в 40% случаев¹². Был установлен высокий уровень коморбидности ТРВР с целым рядом распространенных психических расстройств помимо панического расстройства и агорафобии. Взрослые и дети с ТРВР обнаруживали наличие стойкого паттерна нарушений, относящихся к их ранней жизни в семье и высокий уровень восприимчивости к широкому диапазону травмирующих факторов¹². Данные, полученные в ходе обобщения полученных результатов, свидетельствуют в пользу наличия модели ТРВР, предполагающей, что симптомы, проявляющиеся в старшем возрасте, обычно представляют собой продолжение или рецидив симптомов, наблюдаемых в детстве.

Почему в свете последних находок модель взаимосвязи СТ и агорафобии сохранилась? Здесь могут играть роль несколько факторов. Первостепенная причина заключается в том, что приверженность существующей теории развития препятствует признанию клиницистами симптомов ТРВР у взрослых. Кроме того, в силу самой своей природы, ТРВР возникает в среде межличностного взаимодействия, включающей семью и близких.

В клинической практике часто встречаются случаи, при которых возникающие привязанности адапти-

руются к ТРВР-связанным страхам, в частности в тех случаях, когда тревога направлена на обеспечение защиты других¹³. По этой причине может создаться впечатление о существовании негласной договоренности, в рамках которой лицо с ТРВР, семья и, в конечном итоге, клиницисты недооценивают роль симптомов ТРВР в качестве источника расстройства. Взаимное перекрытие симптомов, особенно симптомов агорафобии и ТРВР может дополнительно спутывать картину.

ТРВР также может возникать в ответ на потрясения и потери в сочетании с другими тяжелыми психическими расстройствами, такими как биполярное аффективное расстройство¹⁴. В подобном контексте симптомы, связанные с настроением, могут перекрывать собственно симптомы ТРВР, которые, как следствие, остаются незамеченными, несмотря на то, что они вносят свой вклад в общую картину расстройства.

Тяжелое ТРВР также может существовать в различных формах - например, в качестве суицидального или агрессивного поведения в ответ на угрозу или состоявшийся факт разлуки, которое не указано среди критериев DSM-5 для данного расстройства.

В конце концов, только одна из двух вышеописанных моделей развития (модель взаимосвязи СТ и агорафобии или модель преемственности) может быть достоверной. Решение этого вопроса имеет не только теоретическое значение. Характерными чертами ТРВР во взрослом возрасте является значительная выраженность расстройства и предполагаемый слабый ответ на лечение, в то время как обычная фармакологическая или когнитивно-поведенческая терапия успешно используются для лечения коморбидных тревожных расстройств^{11,12}. Как следствие, могут возникнуть значительные издержки, связанные с упущением из виду диагноза ТРВР во взрослом возрасте.

Таким образом, насущным вопросом является то, станет ли переформулировка ТРВР в DSM-5 тем поворотным моментом, который позволит ТРВР избежать чрезмерной привязанности к детскому возрасту.

Derrick Silove¹, Vijaya Manicavasagar², Stefano Pini³

¹Psychiatry Research and Teaching Unit, School of Psychiatry, University of New South Wales, Sydney, Australia;

²Black Dog Institute, Prince of Wales Hospital, Randwick, Sydney, Australia;

³Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Pisa, Pisa, Italy

Перевод: Чибикова Е.Ю. (Самара), Мишукова А.Ю. (Саратов)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

(World Psychiatry 2016; 15: 113-115)

Библиография

1. Battaglia M. *Dialogues Clin Neurosci* 2015;17:277-85.
2. Bowlby J. *J Child Psychol Psychiatry* 1960;1:251-69.
3. Mikulincer M, Shaver PR. *Curr Opin Psychol* 2015;1:18-21.
4. Bowlby J. *Attachment and loss, Vol. 2. New York: Basic Books, 1999/1973.*
5. Gittelman R, Klein DF. *Psychopathology* 1984;17:56-65.
6. D'Amato FR, Zanettini C, Lampis V et al. *PLoS One* 2011;6:e18637.
7. Roberson-Nay R, Eaves LJ, Hetteema et al. *Depress Anxiety* 2012;29:320-7.
8. Kossowsky J, Pfaltz MC, Schneider S et al. *Am J Psychiatry* 2013;170:768-81.
9. Manicavasagar V, Silove D, Wagner R et al. *Compr Psychiatry* 2003;44:146-53.
10. Pini S, Abelli M, Shear K et al. *Acta Psychiatr Scand* 2010;122:40-6.
11. Silove DM, Marnane CL, Wagner R et al. *BMC Psychiatry* 2010;10:21.
12. Silove D, Alonso J, Bromet E et al. *Am J Psychiatry* 2015;172:647-56.
13. Milrod B. *Am J Psychiatry* 2015;172:601-2.
14. Pini S, Abelli M, Mauri Met al. *Bipolar Disord* 2005;7:370-6.

DOI:10.1002/wps.20336