

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ

Тревожные расстройства относят к наиболее распространенным психическим расстройствам подросткового возраста. Тревожность отражается на всех сферах жизни подростка, заметно ухудшая его самочувствие, взаимоотношения в семье и обществе, снижая школьную успеваемость. В статье представлена характеристика тревожных расстройств подросткового периода с позиции этиопатогенеза, классификации, клинических особенностей. Обоснована необходимость комплексного подхода к терапии тревожных расстройств у подростков, который включает в себя наряду с полноценной фармакотерапией широкий спектр психотерапевтических, физиотерапевтических и социально-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: подростки, тревога, тревожные расстройства, фармакотерапия, психотерапия.

Е.А. KORABELNIKOVA

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

ANXIETY DISORDERS IN ADOLESCENTS

Anxiety disorders are considered as the most common class of mental disorders of adolescence. Anxiety affects all areas of a teenager's life, significantly worsening his state of health, school performance indicators and relationships in the family and society. The article describes the characteristics of anxiety disorders in the adolescent period from the position of etiopathogenesis, classification, clinical features. The need for an integrated approach to the therapy of anxiety disorders in adolescents is grounded, which includes, in addition to full-fledged pharmacotherapy, a wide range of psychotherapeutic, physiotherapeutic and social rehabilitation activities.

Keywords: adolescents, anxiety, anxiety disorders, pharmacotherapy, psychotherapy.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Словосочетание «подростковый возраст» (англ. adolescence) происходит от латинского *adolescere*, что означает «расти» либо «становиться зрелым». Подростковый возраст является одним из самых важных периодов жизни человека, существенно влияющим на дальнейшее развитие. Он выступает в роли «переходного мостика» между детством и взрослой жизнью. Большинство авторов связывают начало подросткового периода с началом полового созревания, или пубертатным периодом, что у большинства детей происходит между 11 и 13 годами, и это считается самой ранней границей подросткового периода. Верхняя граница не столь определена: в среднем она соответствует 16–18 годам. Однако указанные сроки достаточно условны и индивидуальны для каждого человека.

Подростковый возраст обычно характеризуется как переходный, критический, трудный, возраст полового созревания. Действительно, важнейший факт физического развития в подростковом возрасте – начало функционирования половых желез. Активизация и сложное взаимодействие гормонов роста и половых гормонов вызывают интенсивное физическое и физиологическое развитие. В связи с этим возникают трудности функционирования сердца, легких, кровоснабжения головного мозга [26]. Поэтому для подростков характерны перепады сосудистого

и мышечного тонуса, которые вызывают быструю смену физического состояния и напряженную работу адаптационных систем организма. В результате этого физиологического напряжения и некоторых неблагоприятных внешних воздействий в пубертатном возрасте весьма часто наблюдаются вегетативные нарушения, лабильность психики и поведения. Ребенок вынужден приспосабливаться к физическим и физиологическим изменениям, происходящим в организме, переживать «гормональную бурю», что усиливает эмоциональную нестабильность.

Наблюдаемые в пубертатном периоде морфофункциональные изменения основных систем организма и перестройка регуляторных механизмов совпадают с новыми социальными нагрузками, такими как последний этап школьного образования, профессиональное самоопределение и обучение, ранний труд, изменение образа жизни и поведения, интеграция во взрослое общество и т. д. Школа требует от ребенка умения подчинить свою жизнь строгой организации, регламентации и режиму, формирование которого происходит в процессе обучения [27].

Одновременно с внешними, объективными признаками взросления возникает и чувство взрослости – отношение подростка к себе как взрослому, ощущение себя в какой-то мере взрослым человеком [13, 25]. Эта субъективная сторона взрослости считается центральным новообразованием подросткового возраста [10]. Чувство взрослости выражается и в стремлении к самостоятельности, желании оградить какие-то стороны своей жизни от вмешательства родителей. Кроме того, воз-

никают собственные вкусы, взгляды, оценки, собственная линия поведения. Подросток с жаром отстаивает их, даже несмотря на неодобрение окружающих.

Развитие на этом этапе идет быстрыми темпами, особенно много изменений наблюдается в плане формирования личности. И пожалуй, главная особенность подростка – личностная нестабильность, или так называемая «пубертатная нестабильность настроения» [18]. Противоречивые черты, стремления, тенденции сосуществуют и борются друг с другом, определяя противоречивость характера и поведения взрослеющего ребенка. К стрессовым ситуациям, специфичным для детского возраста, у подростков добавляются свои «собственные»: экзамены, неразделенное чувство, соперничество со сверстниками и усугубление споров с родителями. Детям, не научившимся адаптивным способам поведения, не способным справиться с кризисами (возможно, потому, что у их родителей тоже не было соответствующих навыков), трудно совладать с новыми стрессами подросткового возраста.

Следовательно, подростковый период – не только «мостик» между детством и взрослой жизнью; у этой стадии жизни свои собственные уникальные биологические и социальные характеристики, которые отражаются на состоянии эмоциональной и вегетативной сферы, провоцируя различного рода невротические нарушения, в особенности с преобладанием тревожно-фобического радикала. В большинстве научных обзоров тревожные расстройства рассматриваются как наиболее распространенный класс психических расстройств детского и подросткового возраста [35]. Примерно у 4–8% подростков имеются клинически выраженные тревожные расстройства [40].

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Тревожность является предметом многочисленных исследований. Проблемой этой интересовался З. Фрейд, в наше время интерес к ней значительно повысился. Особенностью современного подхода является представление о многофакторной природе тревоги, основанное на признании единства биологических, психологических и социальных составляющих ТР.

В определенном возрасте и в определенных ситуациях чувство тревоги является вполне закономерным и нормальным явлением: тревога разлучения с матерью у младенца, страх темноты у детей раннего возраста, тревога по поводу экзаменов у школьников и студентов. Тревога может оказать полезную услугу, помогая мобилизоваться перед важным событием и действовать более эффективно в угрожающих ситуациях [22]. Такая умеренная и временная реакция на стрессовые ситуации и называется нормальной, адекватной тревогой, возрастающей в условиях высокой субъективной значимости выбора, при недостатке информации и времени, внешней угрозе и помогающей адаптироваться к необычным ситуациям (табл. 1). Однако при ряде объективных и субъективных условий тревога становится избыточно выраженной, теряет свой адаптивный характер и рассматривается как патологическая [3, 4, 16, 41].

Повышение тревоги до оптимальных значений ведет к усилению концентрации внимания, эффективности мышления. Интенсивная тревога, напротив, нарушает способность к концентрации внимания, дезорганизует аналитическую деятельность [50]. Если рассмотреть вышесказанное в русле теории тревожных расстройств, то можно построить график зависимости эффективности функционирования от уровня тревоги (рис.).

Интенсивное переживание тревоги ведет к дезорганизации психической деятельности и существенно нарушает качество жизни [48]. Трансформируясь из нормальной в патологическую, тревога становится основой для формирования тревожных расстройств (ТР).

Рисунок. Зависимость эффективности функционирования от уровня тревоги. Кривая Йеркса – Додсона

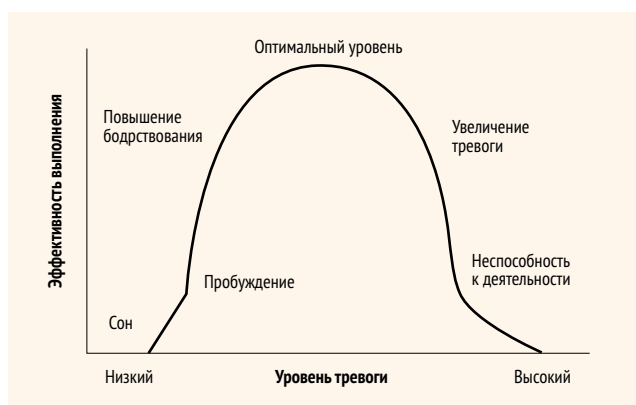


Таблица 1. Сравнительная характеристика нормальной и патологической тревоги

Тревога нормальная	Тревога патологическая
Связана с угрожающей ситуацией	Не связана с реальной угрозой
Усиливается при повышении ее значимости	Неадекватна значимости ситуации
Возрастает в условиях дефицита времени и информации	Не определяется дефицитом времени и информации
Реализуется	Активно вытесняется
Проявляется в виде напряженности, сомнений и неприятных предчувствий	Сопровождается чувством собственной беспомощности, ощущением надвигающейся катастрофы, напряженным и истощающим физическим ожиданием неприятностей, овладевающими сознанием озабоченностью и сомнениями
Существенно не нарушает качество жизни человека и его деятельность	Существенно нарушает качество жизни человека и его деятельность
Непродолжительна и не достигает чрезмерной силы	Продолжительна, сильно выражена
Обычно не проявляется в виде конкретных психопатологических синдромов	Обычно проявляется в виде конкретных психопатологических синдромов

Рассматривают биологические и психологические предпосылки формирования ТР [5]. Согласно биологическим теориям определение понятия ТР основывается на биологическом критерии, т. е. специфическом состоянии мозгового субстрата. В данной парадигме любые ТР рассматриваются как следствие церебральных патологических изменений, выявление которых связывается с дальнейшим совершенствованием диагностических технологий. Так, исследования биоэлектрической активности мозга пациентов с ТР показывают различия пространственно-частотных характеристик ЭЭГ у лиц с повышенным уровнем тревожности [7, 9]. Исследование церебрального метаболизма позволяет предполагать, что основой мозгового обеспечения реактивной тревожности является система, наиболее устойчивыми звеньями которой являются следующие церебральные структуры: верхнетеменная ассоциативная кора, парагиппокампальная извилина, таламус и хвостатое ядро, амигдаларный отдел мозга [5, 46].

Психологические аспекты этиопатогенеза представлены в рамках различных психологических теорий. В частности, психоаналитическая теория рассматривает тревогу как сигнал появления неприемлемой, запретной потребности или импульса, которые побуждают индивида бессознательно предотвращать их выражение. С позиций бихевиоризма, тревога, и в частности фобии, первоначально возникает как условно-рефлекторная реакция на болезненные или устрашающие стимулы. Когнитивная психология делает акцент на ошибочных и искаженных мыслительных образах, предшествующих появлению тревоги.

Карен Хорни считает, что у тревожного, не чувствующего безопасности ребенка или подростка развиваются разнообразные стратегии совладания с чувствами изоляции и беспомощности. Он может становиться враждебным, желать расплатиться с теми, кто его отвергал или дурно к нему относился, или сверхпопугливым, чтобы вернуть любовь, потерю которой он чувствует. Повышенная тревожность может дезорганизовать любую деятельность (особенно значимую), что, в свою очередь, приводит к низкой самооценке, неуверенности в себе [30]. У тревожного подростка нередко формируется идеализированный образ самого себя как способ компенсации чувства неполноценности. Он может добиваться любви, манипулируя другими, погрязнуть в жалости к себе, стремясь завоевать сочувствие, или искать власти над другими, не получив желаемой любви и внимания.

Тревожные подростки обычно не уверены в себе, имеют неустойчивую самооценку, зависимы от мнения окружающих. Постоянно испытываемое ими чувство страха перед неизвестным приводит к тому, что они крайне редко проявляют инициативу. Еще одной предпосылкой возникновения тревожности является повышенная чувствительность (сенситивность).

Однако не у каждого подростка с подобными личностными характеристиками развиваются тревожные расстройства. Особое значение в формировании тревожного стиля реагирования придают отношениям ребенка с родителями (или лицами, их заменяющими) [20, 33], где наиболее важную позицию занимает мать [22, 49]. Напри-

мер, высока вероятность воспитания тревожного ребенка родителями, осуществляющими воспитание по типу гиперпротекции (чрезмерная забота, мелочный контроль, большое количество ограничений и запретов, постоянное одергивание).

В этом случае общение взрослого с подростком носит авторитарный характер, ребенок теряет уверенность в себе и в своих собственных силах, постоянно боится отрицательной оценки, беспокоится, что делает что-то не так, то есть, испытывает чувство тревоги, которое может закрепиться и перерасти в стабильное личностное образование – тревожность [19].

Усилению у подростка тревожности могут способствовать такие факторы, как завышенные требования со стороны родителей, так как они вызывают ситуацию хронической неуспешности. Сталкиваясь с постоянными расхождениями между своими реальными возможностями и тем высоким уровнем достижений, которого ждут от него взрослые, ребенок испытывает беспокойство, которое легко перерастает в тревожность. Еще один фактор, способствующий формированию тревожности, – частые упреки, вызывающие чувство вины («Ты так плохо вел себя, что у меня заболела голова», «Из-за твоего поведения мы с мамой часто ссоримся»). В этом случае подросток постоянно боится оказаться виноватым перед родителями.

Помимо перечисленных факторов, страхи возникают и в результате фиксации в эмоциональной памяти сильных испугов при встрече со всем, что олицетворяет опасность или представляет непосредственную угрозу для жизни, включая нападение, несчастный случай, операцию или тяжелую болезнь [22].

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

В группу ТР входят несколько заболеваний, связанных одним общим признаком – высоким уровнем тревоги, которая носит стойкий характер, может ограничиваться или не ограничиваться какими-либо определенными обстоятельствами (фиксированная или нефиксированная, личностная и ситуативная). Клинически ТР проявляются психическими и соматическими (вегетативными) симптомами, важной отличительной чертой которых является полисистемность (табл. 2). Симптомы тревоги проявляются за счет взаимодействия трех связанных систем реагирования: физической (вегетативной) системы, когнитивной системы и системы поведения.

Тревожность имеет выраженную возрастную специфику, обнаруживающуюся в содержании, формах проявления компенсации и защиты. Для каждого возрастного периода существуют определенные области, которые вызывают повышенную тревогу вне зависимости от наличия реальной угрозы или тревожности как устойчивого образования. Эти «возрастные пики» тревожности являются отражением наиболее значимых социогенных потребностей, особенностей ведущей деятельности, основных психических новообразований подростка.

Проявление тревожности в подростковом возрасте имеет свои особенности:

- Преобладание обсессивно-фобических расстройств.
- Более выраженная соматизация тревоги.
- Выраженные поведенческие нарушения: ограничение контактов, суетливость, двигательное беспокойство, агрессивность, реакции гиперкомпенсации.
- Неуверенность в себе, заниженная самооценка.
- Постоянная необходимость в поддержке взрослых.
- Возможность развития тревожных расстройств, как характерных для взрослых, так и специфичных для детского возраста.

Интенсивность переживания тревоги, уровень тревожности у мальчиков и девочек различны, и эти различия усугубляются с возрастом. Девочки чаще связывают свою тревогу с другими людьми (друзья, родные, учителя), боятся так называемых опасных людей (пьяниц, хулиганов, бандитов). Мальчики же опасаются физических травм, несчастных случаев, а также наказаний, которые можно ожидать от родителей или вне семьи (учителей, директора школы).

Тревожные расстройства приводят к формированию или усилению невротических черт личности: неуверенности в себе, пессимистического взгляда на жизнь, когда она представляется преисполненной угроз и опасностей. Неуверенность порождает тревожность и нерешительность, а они, в свою очередь, формируют соответствующий характер. Неуверенный, тревожный подросток всегда мнителен, а мнительность порождает недоверие к другим. Такой ребенок опасается других, ждет нападения, насмешки, обиды. Он не справляется с порученным ему делом. Это, в свою очередь, способствует образованию защитной реакции в виде агрессии, направленной как на себя, так и на других. Так, один из самых известных способов, который часто выбирают тревожные подростки, основан на простом умозаключении: «чтобы ничего не бояться, нужно сделать так, чтобы боялись меня». Маска агрессии тщательно скрывает тревогу не только от окружающих, но и от самого ребенка. Тем не менее в глубине души у него – все та же тревожность, растерянность и неуверенность, отсутствие твердой опоры. Реакция психологической защиты может выражаться также в отказе от

общения и избегании лиц, от которых исходит «угроза». Такой подросток одинок, замкнут, малоактивен [29].

Подростки с тревожным расстройством слишком озабочены своими недостатками и формируют отношения с другими, только если уверены, что не будут отвергнуты. Потеря и отвержение настолько болезненны, что эти подростки выбирают одиночество, вместо того чтобы рисковать и как-то контактировать с людьми [1, 2]. Таким образом, можно выделить следующие ведущие эмоционально-поведенческие особенности тревожных подростков: страх отвержения или неодобрения; избегание межличностных взаимоотношений; чувство собственной неадекватности; сниженная самооценка; недоверие к окружающим; самоизоляция от общества; крайняя степень стыдливости/робости; чрезмерная застенчивость; самокритичность по поводу проблем в отношениях с окружающими; гиперчувствительность к критике; чувство одиночества; чувство «второсортности» по сравнению с окружающими.

Таким образом, специфика возникновения и проявления тревожности в подростковом возрасте заключается в страхе быть не собой как реакции на угрозу изменения, отторжения и потери «я». Ведущая линия в нем – аффективно переживаемая невозможность быть собой вследствие прогрессирующих невротических изменений личности и болезненных реакций на навязываемый родителями образ «я», несовместимый с самосознанием и способностью развития [12].

В связи с промежуточной позицией подросткового возраста – между детством и взрослой жизнью – у подростков могут встречаться все «взрослые» варианты тревожных расстройств, к которым добавляются некоторые формы, специфичные для детского возраста.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ВАРИАНТОВ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Среди различных форм тревожных расстройств у подростков наиболее часто встречается фобическое тревожное расстройство (F40), которое клинически проявляется как страхи сверхценного содержания, не оправдывающи-

Таблица 2. Проявление тревожности у подростков на различных уровнях реагирования

Вегетативные проявления	Когнитивные проявления	Поведенческие проявления
Учащенный пульс	Мысли о том, что тебя напугают или причинят тебе вред	Суетливость
Утомляемость	Самоуничижительные или самокритичные мысли	Избегание зрительного контакта
Учащенное дыхание	Мысли о собственной некомпетентности или несоответствии требованиям	Избегание общения
Тошнота, понос, боли в животе	Мысли о том, что будешь выглядеть глупо	Плач
Головокружение	Мысли о болезни	Навязчивые действия
Туман перед глазами	Мысли о какой-либо угрозе и опасности	Ритуалы
Сухость во рту	Мысли о том, что сходишь с ума	Робость, неуверенность в себе
Мышечное напряжение	Образы близких людей, испытывающих боль	Застенчивость
Гипергидроз	Забывчивость	Сжатие челюстей, кулаков
Прилив крови к лицу	Трудность концентрации внимания	Изменение позы («сжатие в комок»)
Ощущение нехватки воздуха	Негативные мысли о будущем	Нетерпеливость, неспособность ждать

еся конкретной угрозой или не соответствующие ей по степени значимости.

Ниже перечислены характерные свойства фобий:

1. Выраженный и устойчивый или неразумный страх, связанный с наличием или ожиданием специфического объекта или ситуации.

2. Немедленная фобическая реакция на тревожный стимул.

3. Осознание пациентом чрезмерности и неразумности страха.

4. Избегание фобических ситуаций.

5. Выраженный дистресс, связанный с осознанием фобии.

Для агорафобии (F 40.0) специфичен страх оказаться в людской толпе, в общественном месте, в поездке, особенно самостоятельной. Как было сказано ранее, агорафобия может сопровождать панические атаки, но может возникать и без них.

Очень характерна для подросткового возраста социальная фобия (F40.1) – выраженный страх оказаться в центре внимания или страх повести себя так, что это вызовет смущение или унижение в определенных ситуациях, таких как общение или прием пищи в общественных местах, публичные выступления, случайная встреча знакомых лиц на публике, посещение общественных туалетов, пребывание в небольших группах (например, на вечеринках, собраниях, в классной комнате) и т.д. Социофобии возникают у 1–3% детей и подростков, несколько чаще у девочек, чем у мальчиков. Дети с социофобией боятся стать объектом пристального внимания или подвергнуться оценке со стороны окружающих; они опасаются совершить нечто такое, что может вызвать насмешку у других людей.

Определяющим критерием специфических (изолированных) фобий (F 40.2) является страх в рамках строго ограниченной ситуации или строго определенных объектов (высоты, змей, пауков, полетов на самолете и т.д.). Как и при социальных фобиях, избегание значимых ситуаций в ряде случаев помогает больным достаточно успешно приспособиться к повседневной жизни. Около 2–4% детей и подростков переживают специфические фобии в какой-то период своей жизни [37].

Тематика фобий разнообразна. Среди различных вариантов фобий у подростков на первый план выступает страх перед авторитарными личностями (учителем и директором), социальные страхи (страх не соответствовать стандартам или субкультуре референтной группы), страх не соответствовать высоким требованиям. Отмечают зависимость страхов детей от страхов их родителей и стиля взаимоотношений в семье (гиперопека, симбиоз между матерью и ребенком) [17]. У подростков, склонных к размышлениям о жизни, появляются экзистенциальные страхи. У школьников распространены школьные фобии, которые проявляются как страх оценки знаний, несоответствия оценке и требованиям окружающих, перехода в другую школу и др. [6]. Школьные фобии – постоянный спутник обучения. Для таких страхов характерно уклонение от посещения школы и выполнения общественных обязанностей, привязанность к одному из близких людей. Подросток избегает

ситуации школьной неуспеваемости путем переключения на способы поведения, доставляющие удовольствие.

Обсессивно-компульсивное расстройство (F42) встречается у подростков довольно часто и включает навязчивости, которые нередко приводят к формированию навязчивых действий и ритуалов (компульсии). Навязчивости (обсессии) – упорно и неотступно преследующие человека идеи, мысли или импульсы, которые воспринимаются как болезненные и неприятные, например богохульные мысли, мысли об убийстве или сексе. Для них характерны следующие признаки:

- Воспринимаются как навязчивые и неуместные.

- Не являются результатом чрезмерного беспокойства о реальных проблемах.

- Сопровождаются безуспешным стремлением подавлять, избегать, игнорировать их или нейтрализовывать другими мыслями или действиями.

- Осознаются пациентом как продукт его собственной психики.

Компульсивность – повторяющееся, целенаправленное и намеренное поведение, возникающее как реакция на навязчивости с целью нейтрализовать или предотвратить психологический дискомфорт.

Обсессивно-компульсивное расстройство встречается у 2–3% детей и подростков [44]. Дети с обсессивно-компульсивным расстройством могут жаловаться на то, что постоянно «слышат» возникающие в голове стихи или песни или боятся заболеть опасной болезнью (например, раком), или же опасаются, что на них нападет злоумышленник. Наиболее распространенные обсессии у детей и подростков связаны с боязнью заражения, боязнью причинить вред себе или другим, а также с сексуальной, соматической и религиозной озабоченностью [38]. Поскольку эти и другие обсессии создают значительную тревогу и причиняют страдания, дети с обсессивно-компульсивными расстройствами прилагают большие усилия, пытаясь нейтрализовать их с помощью навязчивых действий, так называемых компульсий.

Нередки у подростков и т. н. контрастные навязчивости. Их отличает то, что тема навязчивых мыслей чудовищна для самого человека, сопоставима с грехом. Примерами являются мысли о причинении вреда близкому человеку или самому себе, а также хульные (богохульные, аморальные, извращенные) мысли, которые сопровождаются интенсивным чувством страха и/или вины и чрезвычайно тягостны для подростка.

Генерализованное тревожное расстройство (F41.1) характеризуется тревогой, которая носит генерализованный и стойкий характер, не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (т. е. является «нефиксированной»).

Для постановки диагноза первичные симптомы тревоги должны присутствовать у больного в течение как минимум 6 недель. Наиболее часто в этом качестве выступают:

1) беспокойство, суетливость или нетерпеливость,

2) быстрая утомляемость,

- 3) расстройство концентрации внимания и памяти,
- 4) раздражительность,
- 5) мышечное напряжение,
- 6) нарушение сна.

Генерализованное тревожное расстройство возникает у 3–6% всех детей и подростков. Подростки с генерализованным тревожным расстройством испытывают беспокойство почти по любому поводу, склонны выискивать любые пугающие события в книге, фильме или в новостях, фиксировать на них свое внимание и связывать их с собственной жизнью, чрезмерно волнуются даже по поводу повседневных мелочей, например, какую одежду надеть на себя или что посмотреть по телевизору.

Диагностические критерии для ГТР менее четкие, чем для других вариантов ТР, и построены скорее по принципу исключения.

Подростковый период – очень подходящее время для начала панического расстройства (F 41.0) – периодически повторяющихся приступов паники, возникающих спонтанно, внезапно, без видимой связи с внешними раздражителями (как гром среди ясного неба), длящихся 5–30 мин и сопровождающихся такими симптомами, как одышка, сердцебиение, головокружение, удушье, боль в груди, дрожь, усиленное потоотделение и страх умереть или сойти с ума. Приступы часто возникают в ситуации, когда больные стеснены в свободе передвижения или находятся в помещении, откуда они не сумеют выбраться и где не смогут получить помощь.

Паническому расстройству часто сопутствует агорафобия. В настоящее время этот термин трактуется шире, чем раньше, и включает страх не только открытых пространств, но и любых ситуаций, из которых нет возможности немедленно выбраться и вернуться в безопасное место. Хотя агорафобия считается отдельным расстройством, она часто служит механизмом защиты при паническом расстройстве: оставаясь дома или покидая его только с сопровождающими, больные тем самым избегают стресса, снижая вероятность приступа.

Приступы паники довольно часто встречаются у подростков. Мысли о том, что будешь выглядеть глупо, часты в этом возрасте (у 35–65%), однако паническое расстройство куда менее распространено и возникает у 1–5% подростков [42]. Симптомы панических атак у подростков мало чем отличаются от симптомов, характерных для взрослых, но переживаются крайне тяжело в связи со склонностью к катастрофизации, ощущением беспомощности и выраженной сенситивности, свойственным для переживания любых стрессовых ситуаций подростками.

Постстрессовая тревога в рамках посттравматического стрессового расстройства (F43.1) развивается после угрожающих жизни ситуаций или катастрофы (военные действия, авария на АЭС, автомобильная катастрофа, пожар, наводнение, изнасилование). Характерны стойкие болезненные воспоминания, повышенная возбудимость, раздражительность и вспышки гнева, нарушения сна и кошмары, включающие картины пережитой ситуации, чувство одиночества и недоверия, ощущение

собственной неполноценности, избегание общения и любых видов деятельности, которые могут напомнить произошедшие события. Для детей и подростков повторяющиеся ночные кошмары, воскрешающие в памяти травматическое событие, значительно более характерны, чем повторяющиеся яркие образы.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2) диагностируется в тех случаях, когда у больного присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни те ни другие по отдельности не являются доминирующими или выраженными.

В рамках специфических расстройств личности (F 60) (следует помнить, что выраженные расстройства личности – это привычные для русскоязычного читателя психопатии) относительно недавно появилось (впервые лишь в DSM-III) тревожное («уклоняющееся», «избегающее») расстройство личности (F 60.6). В какой-то мере оно напоминает сенситивный тип психопатии, не всегда выделявшийся в российских классификациях. Пациентов уже с раннего детства характеризуют как робких, застенчивых людей с заниженной самооценкой. Гипертрофированный страх вызвать к себе даже незначительное критическое отношение приводит их к избегающему поведению.

Очень близко по клинической картине к тревожному типу зависимое расстройство личности (F 60.7). Оно также заимствовано из DSM и в классической российской и немецкой психиатрии отсутствовало. Неуверенность в себе, опасение проявления каких-либо заметных реакций (особенно сексуальных и агрессивных) объединяется выраженной тревогой, страхом быть покинутым значимым человеком.

Специфическим для детей вариантом тревожных расстройств, которые могут проявляться и в подростковом возрасте, является тревожное расстройство, связанное с разлукой (F93.0). У таких детей не формируются навыки самостоятельного поведения и страх разлуки приобретает гипертрофированные размеры. Тревога у ребенка может приобретать формы:

- стойкого, нереалистического опасения несчастья, которое может произойти с главным лицом ближайшего окружения, или страха, что родители оставят его и не вернуться;
- нереалистического опасения, что какой-либо неблагоприятный случай разлучит ребенка с лицом, к которому испытывается большая привязанность;
- отказа идти спать одному или вне дома из-за опасения потерять значимое лицо;
- повторяющихся ночных кошмаров о разлуке;
- повторного появления соматических расстройств в ситуациях, связанных с расставанием;
- рецидивирующего дистресса (тревога, плач, раздражение, апатия, уход в себя и т. д.).

У подростков могут возникать специфические фантазии, в которых фигурируют болезнь, несчастные случаи, похищение или получение телесных повреждений. Им тяжело оставаться в одиночестве даже дома, они не любят засыпать так, чтобы никого не было рядом, им трудно

выполнять поручения родителей, когда для этого нужно выйти на улицу, часто отказываются посещать школу [35].

ПОСЛЕДСТВИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Тревожность отражается на всех сферах жизни подростка, заметно ухудшая его самочувствие.

Все виды тревожного расстройства снижают работоспособность, потому что беспокойство не поддается контролю [19]. Сосредоточившись на источнике тревоги, подросток не может уделить внимание качественному выполнению учебных заданий, что приводит к снижению успеваемости. Тревожность у подростков может отрицательно сказаться на формировании дивергентного, т. е. креативного, творческого, мышления, для которого естественны такие личностные черты, как отсутствие страха перед новым, неизвестным [22].

У подростков с тревожными расстройствами повышается риск развития депрессии, нарушаются взаимоотношения в семье и обществе, нарастает социальная изоляция [12, 28, 47].

События и переживания, приводящие к фиксации тревоги в детском возрасте, находя свое отраже-

ние в поведенческих и личностных реакциях взрослых, предопределяют определенный личностный стиль эмоционально-поведенческой реактивности, а нелеченные тревожные расстройства подростков осложняются нарушениями психической адаптации в зрелом возрасте [43].

ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Опыт работы с пациентами, страдающими ТР, неизбежно приводит клиницистов к заключению о максимальной эффективности комплексного подхода, сочетающего психотерапию, психофармакотерапию и социально-средовое воздействие (табл. 3).

Особую роль в терапии ТР играет *психофармакотерапия*. Несмотря на то что существует широкий спектр препаратов, рекомендуемых для лечения тревожных расстройств (табл. 3), большинство из них в подростковом возрасте применяются редко в связи со значительной частотой и выраженностью побочных эффектов [24, 32, 36].

В связи с этим в структуре методов лечения подростков с тревожными расстройствами предпочтение следует отдавать лекарственным средствам, обладающим поливалентным действием, с минимальными побочными эффектами, соблюдая правило монотерапии [32].

Таковыми свойствами обладают травяные, гомеопатические метаболитические и некоторые мягко действующие синтетические препараты, широко используемые для лечения тревожных расстройств у детей и подростков (табл. 4).

Особый интерес специалистов вызывает препарат Тенотен детский, который обладает мягким анксиолитическим, вегетотропным, ноотропным, нейропротективным действием [15].

Тенотен детский, созданный на основе антител (АТ) к мозгоспецифическому белку S100, модулирует активность этого белка. В свою очередь, белок S100 обеспечивает функциональный гомеостаз клеток мозга путем сопряжения и интеграции разноплановых процессов ЦНС: нормализует синаптические и метаболитические процессы, нейрональную пластичность. Успешность применения Тенотена детского при СВД определяется его способностью оптимизировать вегетативный гомеостаз, уменьшать чрезмерное эмоциональное реагирование на стресс, защищать клетки головного мозга от гипоксического повреждения.

Широкий спектр фармакологической активности Тенотена детского объясняется воздействием на основные медиаторные системы: ГАМК-ергическую, серотонинергическую, NDMA-рецепторную систему глицинового сайта, а также сигма 1-рецептор, что подтверждено многочисленными экспериментальными исследованиями. Изучение механизма действия препарата показало, что релиз-активные антитела к белку S100 (ATS100), входящие в состав Тенотена детского, влияют на синаптическую пластичность и электрические характеристики мембраны изолированных нейронов [8, 34]; обладают ГАМК-А- и ГАМК-Б-модулирующим действием, а также оказывают влияние на серотонинергическую систему [31].

Способность Тенотена детского обеспечивать нормальный ответ стресс-лимитирующей системы организма и

Таблица 3. Основные группы препаратов, применяющихся для лечения тревожных расстройств

Группа	Препараты
Бензодиазепиновые анксиолитики	Алпразолам (ксанакс) мепробамат (мепротан) Хлордiazепоксид (элениум) Диазепам (реланиум, седуксен, сибазон, валиум) Медазепам (мезапам, рудотель) Клоназепам
Небензодиазепиновые анксиолитики	Мебикар (мебикар) Буспирон (шпитомин) Афобазол
Трициклические антидепрессанты	Амитриптилин Имипрамин (мелипрамин) Кломипрамин (клофранил, анафранил)
Ингибиторы МАО	Моклобемид Ниаламид
Ингибиторы обратного захвата серотонина	Сертралин (золофт, стимулотон, торин) Циталопрам (ципрамил) Флуоксетин (флуоксетин-акри, профлузак, фрамекс) Флувоксамин (феварин) Пароксетин (паксил)
Нейролептики	Сонапакс Эглонил Тералиджен Флюанксол
Бета-адреноблокаторы	Пропранолол Атенолол
Блокаторы гистаминовых H1-рецепторов	Гидроксизин (атаракс) Тофизопам (грандаксин)
Ноотропные препараты	Ноотропил Аминалон Пантогам

Таблица 4. Основные группы препаратов, применяющихся для лечения тревожных расстройств у подростков

Фитопрепараты	Гомеопатические препараты	Метаболические препараты	Синтетические психотропные препараты
Фиточай Санасон-лек Персен Дормиплант Ново-пассит Нотта	Нервохель Нотта Валериана-хель Эпам 1000 Алора Нервосед	Глицин Бромиды Элтацин Фенибут Пантогам	Тенотен детский Адаптол Атаракс Грандаксин

способствовать адаптации детей, находящихся в условиях воздействия стрессогенных факторов, была продемонстрирована исследованием Е.Г. Кондюриной и соавт. [14].

У подростков с СВД применение Тенотена детского в течение 3 месяцев позволило привести высокие и умеренные показатели тревоги к верхней границе нормы ($p < 0,05$) (по шкале Спилбелгера) [21]. В работе Т.М. Радаева [23] показан клинический эффект от лечения Тенотеном детским, который выражался в снижении степени тревожно-фобических расстройств по шкале тревожности и личностной реактивности, уменьшении алгических проявлений по ВАШ, тенденции к снижению нарушений сна, что было подтверждено мониторингом.

Многоцентровое двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности и безопасности применения препарата Тенотен детский, проведенное в группе детей и подростков 8–15 лет с использованием шкал оценки тревожности, показало выраженный противотревожный эффект препарата как по результатам самооценки пациентов, так и по отчетам родителей, при отсутствии нежелательных явлений [11].

Выбор психотропного препарата зависит от характеристик ТР:

- степени выраженности уровня тревоги;
- длительности заболевания (острое, хроническое);
- типа течения (пароксизмальные или перманентные нарушения).

По мере усложнения клинической картины и хронизации тревоги приоритет отдается синтетическим препаратам, а в тяжелых случаях антидепрессантам (чаще СИОЗС) или комбинированной терапии.

Основным методом в сложном терапевтическом комплексе при ТР является психотерапия [16]. В настоящее время в распоряжении психотерапевта имеется большой арсенал средств, от простых, которые решают задачи симптоматического улучшения, до сложных, направленных на разрешение внутренних конфликтов пациента. Большинство схем психотерапии основано на предположении, что тревога обусловлена преувеличенной оценкой угрозы или неверной трактовкой собственного состояния повышенной активации. При этом либо переоценивается внешняя опасность, либо недооценивается собственная способность справиться с ней. Возникают тревожные опасения и чувство беспомощности, при которых повышенное внимание уделяется своему внутреннему состоянию. Повышенная настороженность приводит к сужению внимания и снижению его концентрации, а также к нарушениям самоконтроля и правильного реагирования. Важнейшая цель психотерапии – поэтапное

приведение пациентов к осознанию сути своего психологического конфликта и далее к постепенной модификации прежних неадекватных схем и установок и в итоге к выработке новой, более гармоничной и гибкой системы взглядов и отношений, более зрелых механизмов адаптации, восстановлению самоконтроля и адекватного реагирования.

Все вышеперечисленные методы в равной степени эффективны при различных вариантах ТР, однако стоит отметить, что определенные техники предпочтительны и в определенном смысле специфичны при конкретных формах ТР. Наиболее эффективные методы лечения тревожных расстройств у детей и подростков используют технику столкновения с ситуациями, объектами или событиями, которые вызывают тревогу у пациента. Участие семьи в лечении тревожных расстройств может дать более сильный и продолжительный эффект, чем терапия, направленная только на ребенка [39, 45].

В настоящее время в мировой клинической практике накапливается материал, свидетельствующий о том, что специально подобранные «афферентные (сенсорные) притоки» способствуют оптимизации вегетативной регуляции при различных патологических состояниях, в частности при ТР. Для решения данных задач используются акустические (музыка), обонятельные (запахи), зрительные и другие сенсорные притоки, а также комбинированные формы психосенсорного воздействия в комплексной терапии ТР. В комплексе терапии ТР используются также другие методы, основанные на физиогенном воздействии: рефлексотерапия, массаж.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социальные, экономические, демографические, экологические проблемы приводят к нарастанию негативных тенденций в становлении личности представителя подрастающего поколения. Среди них особое место занимают тревожные расстройства. Тревожность отражается на всех сферах жизни подростка, заметно ухудшая его самочувствие, взаимоотношения в семье и обществе, снижая школьную успеваемость. В этой ситуации важно повышение информированности специалистов широкого профиля об особенностях диагностики и терапии тревожных расстройств у подростков. Лечение ТР сегодня строится на интегративном подходе, сочетающем психотерапию, психофармакотерапию, семейную психотерапию и социально-средовое воздействие.



Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астапов В.Н. Функциональный подход к изучению состояния тревоги. *Психологический журнал*, 1992, 5: 111-117. /Astapov VN. Functional approach to anxiety disorders research. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 1992, 5: 111-117.
2. Атаманов А.А. Психопрофилактика формирования специфических механизмов психологической защиты в рамках генерализованного тревожного и панического расстройств. *В мире научных открытий*, 2011, 9(1): 434-449. /Atamanov AA. Psychoprophylaxis of specific psychological defence mechanisms in the framework of generalized anxiety and panic disorder. *V Mire Nauchnykh Otkrytiy*, 2011, 9 (1): 434-449.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 270 с. /Berezin FB. Psychic and psychophysiological adaptation of the individual: L.: Science, 1988, 270 p.
4. Бобров А.Е. Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия. *РМЖ*, 2006, 4: 328-332. /Bobrov AE. Anxiety disorders: systematics, diagnosis and pharmacotherapy. *RMJ*, 2006, 4: 328-332.
5. Будик А.М., Корабельникова Е.А. Тревога как клинично-психофизиологический феномен. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*, 2009, 4: 73-75. /Budik AM, Korabelnikova EA. Anxiety as clinical-psychophysiological phenomenon. *Obzrenie Psikhiiatrii i Meditsinskoy Psikhologii*, 2009, 4: 73-75
6. Вачков И. Тревожность, тревога, страх: различение понятий. *Школьный психолог*, 2004, 8: 9. /Vachkov I. Anxiety, tension, fear: differentiation of concepts. *Shkolny Psikholog*, 2004, 8: 9.
7. Вербицкий Е.В. Психофизиология тревожности. Ростов н/Д: Изд-во Рост. ун-та, 2003. /Verbitsky EV. Psychophysiology of anxiety. Rostov n/D: Rostov University Publishing House. 2003.
8. Воронина Т.А., Молодавкин Г.М., Сергеева С.А., Эпштейн О.И. ГАМК-ергическая система в реализации анксиолитического действия «Пропотена»: экспериментальное исследование. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*, 2003, Приложение 1: 37-39. /Voronina TA, Molodavkin GM, Sergeeva SA, Epstein OI. The GABAergic system contributes to the anxiolytic effect of Propoten: an experimental study. *Byulleten Eksperimental'noy Biologii i Meditsiny*, 2003, App. 1: 37-39.
9. Гордеев С.А. Изменения спонтанной и вызванной электрической активности мозга при тревожно-фобических расстройствах. *Неврологический вестник*, 2008, XL(1): 81-87. /Gordeev SA. Changes in spontaneous and induced electrical brain activity in anxiety and phobic disorders. *Nevrologichesky Vestnik*, 2008, XL (1): 81-87.
10. Дубровина И.В., Прихожан А.М., Зацепин В.В. Возрастная и педагогическая психология. Хрестоматия: Учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2001. 368 с. /Dubrovina IV, Prikhozhan AM, Zatsepin VV. Developmental and pedagogical psychology. Anthology: Textbook. A guide for students of higher educational institutions. M.: Academy Publishing Center, 2001. 368 p.
11. Заваденко Н.Н., Симашкова Н.В., Вакула И.Н., Суворинова Н.Ю., Балакирева Е.Е., Лобачева М.В. Современные возможности фармакотерапии тревожных расстройств у детей и подростков. *Журнал неврологии и психиатрии*, 2015, 115(11): 33-39. /Zavadenko NN, Simashkova NV, Vakula IN, Suvorinova NYu, Balakireva EE, Lobacheva MV. Modern possibilities of pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii*, 2015, 115 (11): 33-39.
12. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. Анамнез, этиология и патогенез. Л.: Медицина, 1988. 174 с. /Zakharov AI. Neurosis in children and adolescents. Anamnesis, etiology and pathogenesis. L.: Medicine, 1988. 174 p.
13. Истратова О.Н., Эсакусто Т.В. Справочник психолога средней школы. Изд.: Феникс, 2006. 511 с. /Istratova ON, Exakusto TV. High school psychologist guide. Publ.: Phoenix, 2006. 511 p.
14. Кондюрина Е.Г., Зеленская В.В., Елкина Т.Н. и др. Профилактика и коррекция вегетативных нарушений у детей. *Лечащий врач*, 2010, 6: 83-85. /Kondyurina EG, Zelenskaya VV, Elkina TN, et al. Prevention and correction of autonomic disorders in children. *Lechashchy Vrach*, 2010, 6: 83-85.
15. Корабельникова Е.А. Опыт применения препарата Тенотен детский для коррекции вегетативных нарушений у детей: обзор результатов клинических исследований. *Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского*, 2014, 93(6): 163-170. /Korabelnikova EA. Experience in using Tenoten Kid to correct autonomic disorders in children: a review of results of clinical studies. *Pediatr. Zhurnal Imeni G.N. Speranskogo*, 2014, 93 (6): 163-170
16. Корабельникова Е.А., Будик А.М. Клинико-патогенетические и терапевтические аспекты тревожных расстройств. *Лечащий врач*, 2009, 9: 36-42. /Korabelnikova EA, Budik AM. Clinical, pathogenetic and therapeutic aspects of anxiety disorders. *Lechashchy Vrach*, 2009, 9: 36-42.
17. Кочубей Б.И., Новикова Е.В. Лики и маски тревоги. *Воспитание школьника*, 1990, 6: 34-41. /Kochubey BI, Novikova EV. Faces and masks of anxiety. *Vospitanie Shkolnika*, 1990, 6: 34-41.
18. Кулагина И.Ю. Возрастная психология: развитие ребенка от рождения до 17 лет. М.: Изд-во УРАО, 1999. /Kulagina IYu. Developmental psychology: development of a child from birth to 17 years. M.: URAO Publishing House, 1999.
19. Макшанцева Л.В. Тревожность и возможности ее снижения у детей. *Психологическая наука и образование*, 1998, 2: 15. /Makshantseva LV. Anxiety and possibility of its reduction in children. *Psikhologicheskaya Nauka i Obrazovanie*, 1998, 2:15.
20. Николаева Е.И., Япарова О.Г. Специфика представлений о наказании и поощрении детей у родителей в приемных и кровных семьях. *Вестник Новосибирского государственного университета*, 2007, 1 (Вып. 1): 58-65. /Nikolaeva EI, Yaparova OG. The specificity of ideas about the rewards and punishment of children by their parents in foster and birth families. *Vestnik Novosibirskogo Gosudarstvennogo Universiteta*, 2007, 1 (Issue 1): 58-65.
21. Остроухова И.П., Zubov E.B. Эффективность препарата Тенотен детский в терапии лабильной артериальной гипертензии у детей. *Эффективная фармакотерапия*, 2014, 16: 12-20. /Ostroukhova IP, Zubov EV. The effectiveness of Tenoten Kid in the treatment of labile hypertension in children. *Effektivnaya Farmakoterapiya*, 2014, 16: 12-20.
22. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: Питер, 2007. 192 с. /Prikhozhan AM. Anxiety in children and adolescents: psychological nature and developmental dynamics. M.: Piter, 2007. 192 p.
23. Радаева Т.М., Ганеев К.Г., Данильцева Г.М. и др. Опыт комбинированного применения феварина и тенотена в терапии межприступного периода пароксизмальных вегетативных дисфункций. XVIII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». М., 2011: 340-341. /Radaeva TM, Ganeev KG, Daniltseva GM. Experience of combined administration of fevarin and tenoten in the treatment of attack-free interval of paroxysmal autonomic dysfunctions. The 18th Russian National Congress "Man and Medicines". M., 2011: 340-341.
24. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. Пер. с нем. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 624 с. /Remschmidt H. Child and adolescent psychiatry. Translated from German. M.: EKSMO-Press, 2001. 624 p.
25. Рождественская Н.А. Как понять подростка: Учебное пособие для студентов факультетов психологии высших учебных заведений по специальностям 52100 и 020400. «Психология». 2-е изд. М.: Российское психологическое общество, 1998. С. 18. /Rozhdestvenskaya NA. How to understand a teenager: A guide for students of psychology departments of higher educational institutions majoring in the specialties 52100 and 020400. Psychology. 2nd ed. M.: Russian Psychological Society, 1998. p. 18
26. Семчук Л.А., Янкий А.И. Возрастная психология. Гродно: ГрГУ, 2006. 303 с. /Semchuk LA, Yankiy AI. Developmental psychology. Grodno: GrGU, 2006. 303 p.
27. Сердюковская Г.Н. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1983: 14-40. /Serdyukovskaya GN. A guide for practitioners. M.: Medicine, 1983: 14-40.
28. Старшина И.В. Психолого-педагогическая поддержка подростков с повышенным уровнем тревожности. Дисс. канд. пед. наук. М., 2007. 159 с. /Starshina IV. Psychological and pedagogical support of adolescents with elevated levels of anxiety. Extended abstract of PhD (Ped.) Dissertation. M., 2007. 159 p.
29. Фильдштейн Д. Психология современного подростка. М., 1991. /Fieldstein D. Psychology of modern teenager. M., 1991.
30. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М.: Прогресс-Универс, 1993. /Horney K. The neurotic personality of our time. Self-analysis. M.: Progress-Univers, 1993.
31. Хейфец И.А., Молодавкин Г.М., Воронина Т.А. и др. Участие ГАМК-В системы в механизме действия антител к белку S-100 в сверхмалых дозах. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*, 2008, 145(5): 552-554. /Heifetz IA, Molodavkin GM, Voronina TA, et al. GABA-B system in the mechanism of action of ultra-low dose antibodies to S100 protein. *Byulleten Eksperimental'noy Biologii i Meditsiny*, 2008, 145 (5): 552-554.
32. Чутко Л.С. Тревожные расстройства в общей врачебной практике. СПб.: ЭЛБИ, 2010. /Chutko LS. Anxiety disorders in general practice. SPb.: ELBI, 2010.
33. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. СПб.: Питер, 2008. /Eidemiller EG, Justices V. Psychology and psychotherapy of the family. 4th ed. SPb.: Peter, 2008.
34. Эпштейн О.И., Береговой Н.А., Сорокина Н.С. и др. Влияние различных разведений потенцированных антител к мозгоспецифическому белку S-100 на динамику посттетанической потенциации в переживающих срезах гиппокампа. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*, 1999, 127(3): 317-320. /Epstein O, Beregovoy NA, Sorokina NS, et al. Effect of various potentiated antibody dilutions to brain-specific S-100 protein on the dynamics of posttetanic potentiation in hippocampal sections. *Byulletin Eksperimental'noy Biologii i Meditsiny*, 1999, 127 (3): 317-320.
35. Albano AM, Chorpita BF, Barlow DH. Childhood anxiety disorders. In: E. J. Mash, R. A. Barkley (Eds.). Child psychopathology. New York: Guilford Press, 2003: 196-241.
36. Creswell C, Waite P, Cooper PJ. Assessment and management of anxiety disorders in children

- and adolescents. *Arch Dis Child*, 2014, 99: 674-678. doi: 10.1136/archdischild-2013-303768.
37. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Psychology, health and medicine*, 2000, 4(2): 169-180.
 38. Geller D, Biederman J, Griffin S, Jones J, Lerkowits T. Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35: 1637-1646.
 39. Ginsberg S. Family wisdom: The 2000 most important things ever said about parenting, children, and family life. New York: Columbia University Press, 1996.
 40. Klein RG, Pine DS. Anxiety Disorders. In: Rutter M, Taylor E. (Eds.). *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, 2005: 486-509.
 41. Klein E, Koren D, Aron I. Sleep complaints are not corroborated by objective sleep measures in post-traumatic stress disorder: a 1-eta prospective study in survivors of motor vehicles crashes. *J Sleep Res*, 2003, 12: 35-41.
 42. Ollendick TH, Mattis SN, King NJ. Panic in children and adolescents: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 1994, 35: 113-134.
 43. Ollendick TH, King NJ, Yule W (Eds.). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum Press, 1994.
 44. Piacentini J, Graae F. Childhood OCD. In: E. Hollander, D. Stein (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Diagnosis, etiology and treatment*. New York: Marsel Dekker, 1997: 23-46.
 45. Silverman WK, Kurtines WM. *Anxiety and phobic disorders: A pragmatic approach*. New York: Plenum, 1996.
 46. Sotres-Bayon F, David EAE, LeDoux. Interactions in Fear Extinction. *Emotional Perseveration: An Update on Prefrontal-Amygdala*. *Learn Mem*, 2004, 11: 525-535.
 47. Strauss CC, Lease CA, Kazdin AE, Dulcan MK, Last CG. Multimethod assessment of the social competence of children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1989, 18: 184-189.
 48. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMed) project. *Acta Psychiatr Scand*, 2004, 109(420): 38-46.
 49. Van der Bergh B. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev*, 2005, 29(2): 237-258.
 50. Yerkes R, Dodson J. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *J Comp Neurol Psychol*, 1908, 18: 459-482.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Корабельникова Елена Александровна – д.м.н., профессор кафедры нервных болезней ИПО Первого МГМУ

им. И.М. Сеченова Минздрава России

www.remedium-journal.ru

ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ ЖУРНАЛА

- УДОБНЫЙ АРХИВ НОМЕРОВ ЗА ВСЕ ГОДЫ ВЫПУСКА ЖУРНАЛА (с 2002 ГОДА)
- АКТУАЛЬНЫЕ НОВОСТИ ФАРМРЫНКА
- ВОЗМОЖНОСТЬ ПОДПИСАТЬСЯ НА ЭЛЕКТРОННУЮ ВЕРСИЮ СВЕЖЕГО НОМЕРА (ДОСТУП ИЗ ЛИЧНОГО КАБИНЕТА)

Заполнив форму заказа на подписку на сайте, вы получите скидку **10%** на любой подписной комплект

Реклама

105082,
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425
факс: 8 495 780 3426
remedium@remedium.ru