

Фармакологические подходы к ведению подростков с фобическими расстройствами

А.Г. Головина

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, 115522, Москва, Каширское ш., д. 34

Изложены подходы к психофармакологическому лечению подростков с фобическими расстройствами на основе анализа терапии 330 пациентов 15–17 лет (265 юношей, 65 девушек). При выборе терапии автор предлагает учитывать предложенную им типологию фобий (доминирующий, акцессорный и изолированный типы). В работе подробно обсуждаются все основные группы препаратов, использовавшихся при курации больных (антидепрессанты, анксиолитики, нейрорепетики, нормотимики, ноотропы и др.), с учетом физиологических возрастных особенностей подростков.

Ключевые слова: подростки, фобические расстройства, фармакотерапия.

Единый подход к терапии фобических расстройств у подростков, несмотря на значимость проблемы, на которую указывают как отечественные, так и зарубежные авторы [1, 3, 10], до настоящего времени отсутствует. Поиск «золотого стандарта» для лечения подобных нарушений, какими признаются СИОЗС и другие препараты современных поколений для взрослых пациентов, продолжается. Сложность связана, во-первых, с отсутствием нормативных документов, допускающих применение значительной части этих средств в данной возрастной группе. В частности, в недавно опубликованном обзоре S. Dhillon et al. [23], посвященном использованию эсциталопрама при тревожных расстройствах (несмотря на доказанную безопасность препарата, благоприятный профиль переносимости, отсутствие синдрома отмены), прямо указывается, что этот СИОЗС не рекомендован для применения в детском возрасте. Кроме того, исследования эффективности и безопасности современных психотропных средств, проведенные в соответствии со стандартами FDA на детско-подростковом материале, весьма немногочисленны и свидетельствуют о том, что закономерности, выявленные на взрослых когортах, могут лишь отчасти экстраполироваться на пациентов детско-подросткового возраста. Во-вторых, значительная часть имеющихся исследований, как например, работа Гордеевой Е.А., Казанцевой Э.Л. [8], являются краткосрочными, проводятся в условиях стационара и на ограниченных контингентах больных с использованием монотерапии, что существенно ограничивает информативность полученных данных. Данное исследование имеет целью частично восполнить существующие пробелы.

Работа основана на клинико-катамнестическом изучении 330 пациентов (265 юношей, 65 девушек) 15–17 лет, обращавшихся за лечебно-консультативной помощью в подростковый кабинет психоневрологического диспансера № 21 и подростковое консультативно-лечебно-реабилитационное отделение ПБ № 15 в 2004–2009 гг. и обнаруживавших на момент обследования фобические расстройства. Критериями включения было наличие у больных злокачественной формы психических болезней («ядерной» шизофрении, органических поражений ЦНС / эпилепсии с грубой интеллектуально-мнестической недостаточностью); тяжелой сомато-неврологической патологии; умственной отсталости умеренной/тяжелой сте-

пеней; невозможности получения достоверных анамнестических сведений.

Данные о распределении больных по полу в соответствии с принадлежностью к диагностическим рубрикам МКБ-10 представлены в табл. 1.

Таким образом, видно, что в большинстве случаев (31,6 %) фобии возникали в рамках расстройств шизофренического спектра, органических непсихотических расстройств (31,3 %); также примерно в равных долях они регистрировались в структуре аффективной (12,4 %) и собственно невротической патологии (12,7 %), доля которой была сравнительно невелика. Фобическая симптоматика при других психических расстройствах выявлялась значительно реже.

Соотношение юношей и девушек в настоящем исследовании составило 4,5:1, что расходится с имеющимися данными литературы о большей подверженности фобиям лиц женского пола. Это соотносится с результатами проведенных в последние годы скрининговых исследований, свидетельствующих о том, что мальчики/юноши являются более уязвимым в отношении развития психических нарушений в детско-подростковом возрасте (включая фобические расстройства) контингентом [16, 25, 28]. Эти результаты также согласуются с приводимыми в классической детской психиатрии, опирающейся на клинический опыт, указаниями Г.Е. Сухаревой [17] и Н. Stutte [29], на то, что фобические расстройства реализуются преимущественно у мальчиков. Кроме того, не исключено также, что столь значительное преобладание в материале настоящего исследования подростков мужского пола связано не только с клиническими факторами, но и с фактором обращаемости в учреждения государственной системы здравоохранения, где среди пациентов зафиксирована высокая кратность юношей в сравнении с девушками.

Роль, которую фобические нарушения играли в общей психопатологической картине у обследованных, была неодинакова. Фобии являлись доминирующими

Таблица 1. Распределение подростков изученной выборки (n = 330) по полу и рубрикам МКБ-10

Диагноз и шифр по МКБ-10	Число больных		Пол	
	абс.	%	М	Ж
Органические непсихотические расстройства F06.68, F 06.828, F06.78, F07.08, F07.88	100	30,3	88	12
Аффективные расстройства F31.3, F 32.0, F32.1, F33.0, F33.1, F34.8	41	12,4	28	13
Шизоидное расстройство личности F60.1	17	5,2	17	0
Шизотипическое расстройство личности F21.8	48	14,6	43	5
Шизофрения F20.0, F20.5, F20.8, 21.3, F21.4, F25.2	39	11,8	32	7
Формирующиеся расстройства личности F60.3, F60.4, F60.6, F60.8, F61.0	38	11,5	33	5
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F40.00, F40.01, F40.8, F42.2, F43.0, F43.1, F43.2	42	12,7	24	18
Расстройства пищевого поведения (нервная анорексия) F50.0	5	1,5	0	5
Итого	330	100	265	65

в клинической картине у 50 больных (15 %) – доминирующий тип, были аксессуарным симптомокомплексом в 211 случаях (64 %) – аксессуарный тип, существовали автономно, независимо от других расстройств – в 69 (21 %) – изолированный тип.

Остановимся на общих принципах лечения фобических состояний в детско-подростковом возрасте.

Терапия на этапе взросления всегда проводится с учетом вклада возрастного фактора в развитие расстройств [11, 12]. В программе курации важным элементом являются психогигиенические мероприятия, включая оптимизацию режима дня подростка, использование тонизирующих физических нагрузок (занятия ЛФК, плавание, прогулки), рационального питания. Рекомендуются специализированные подвижные игры, считающиеся неспецифическим фактором повышения стрессоустойчивости у подростков [14], применение витаминно-минеральных комплексов, адаптогенов, актопротекторов и др.

Физиологический уровень фобических расстройств, на котором основные нарушения проявляются преимущественно массивной соматической симптоматикой, требует включения в лечебный план, помимо других терапевтических приемов, методик физиологического контроля (в том числе простого замера частоты сердечных сокращений и дыхательных движений), дыхательных упражнений, специально подобранных комплексов физических нагрузок, позволяющих добиться снижения патологически повышенной реактивности вегетативной нервной системы, регистрирующейся в таких случаях.

Медикаментозная терапия у подростков с фобическими расстройствами с учетом высокого уровня органической стигматизации и частоты астенических нарушений предусматривает применение наряду с купирующей психопатологическую симптоматику психофармакотерапией назначение (вне зависимости от нозологической природы фобических расстройств) ноотропных, сосудистых, мочегонных, антиастенических средств.

Практически всегда в схеме лечения используются ноотропы сбалансированного действия, позволяющие улучшить когнитивно-мнестические функции, повысить витальный тонус больных, их толерантность к нагрузкам, устранить повышенную истощаемость, диссомнии, уменьшить выраженность цефалгий, метеопатий.

Кроме того, для нормализации нейроциркуляторных нарушений требуются сосудистые препараты (Кавинтон). Дисбаланс вегетативной нервной системы, обнаруживаемый у большинства обследованных, диктует необходимость назначения таким подросткам вегетокорректоров, стресс-протекторов. Наличие клинических проявлений внутричерепной гипертензии определяет необходимость регулярного назначения курсов мочегонных, предпочтительно – Диакарба, учитывая его позитивное влияние на нормализацию внутричерепного давления.

В тех случаях, когда фобический синдром оказывается основным, требуется его специальная терапия в соответствии со следующими принципами.

При выборе препаратов необходимо учитывать:

- 1) физиологические особенности подросткового возраста:
 - особое соотношение белковой/жировой тканей,
 - отличный от взрослых водно-солевой баланс,
 - кризовый характер и неравномерность созревания организма, в частности незрелость нейромедиаторных систем с неравномерностью созревания серотонинергических, норадренергических и дофаминергическими структур;
- 2) высокий уровень органической стигматизированности пациентов.

В связи с первостепенно значимой для подростков необходимостью продолжать учебу (максимально активно и на высоком уровне требований к усвоению знаний) предпочтение отдается препаратам с минимальной «поведенческой токсичностью», не вызывающим дневной сонливости, вялости, позволяющим пациенту сохранять или формировать новые познавательные навыки и расширять сферу интересов.

Остановимся на обсуждении отдельных групп препаратов, применявшихся при терапии фобий, в частности антидепрессантов. Мета-анализ работ, проведенных на детско-подростковых контингентах, показал более высокую эффективность их в сравнении с плацебо при высокой переносимости и безопасности первых [22].

Серотонинергические антидепрессанты (флувоксамин, сертралин), судя по приводимой информации, рассматриваются как препараты выбора при терапии тревожных расстройств у детей и подростков [4]. Имеются также данные о сравнительной эффективности трициклических антидепрессантов (кломипрамин, имипрамин) и препаратов групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – СИОЗС (флувоксамин, флуоксетин, сертралин, пароксетин). Считается, что по выраженности терапевтического эффекта эти средства могут ранжироваться в последовательности: кломипрамин – СИОЗС – имипрамин [27].

СИОЗС демонстрируют высокую эффективность, хорошую переносимость, не провоцируют усиления симптоматики тревоги и страхов. Клинические исследования эффективности антидепрессантов различных групп СИОЗС (пароксетин, флувоксамин, сертралин), ОИМАОА (пиразидол), проведенные на подростковых выборках, показали их сопоставимую эффективность при социальной фобии и ее эквивалентах, ПТСР и расстройствах адаптации, в структуре которых выступают фобические нарушения [5, 6, 30]. Однако оказалось, что при их применении доля нонреспондеров с резистентностью к лекарственным воздействиям оказалась выше, чем у взрослых.

В последние годы для коррекции тревожно-фобических расстройств (вне спектра шизофрении) обсуждается обоснованность применения атипичных нейролептиков. Их эффективность в этих случаях связана с тем, что мишенью воздействия антипсихотиков нового поколения являются области и нейромедиаторные системы, участвующие в формировании аффектов тревоги и депрессии. Атипичные нейролептики (в сравнении с традиционными) воздействуют на большее количество нейрональных структур и обеспечивают их пластическую перестройку, поскольку locus их действия включает области, участвующие в формировании тревоги и депрессии [26].

Полученные нами данные показали, что именно СИОЗС являются препаратами выбора при терапии фобических расстройств. Чаще всего использовались флувоксамин (Феварин) и сертралин (Золофт), чуть реже – флуоксетин (Прозак), пароксетин (Паксил). Они демонстрировали высокую эффективность, хорошую переносимость, не вызывая серьезных нежелательных эффектов даже при длительном применении, не усиливая даже на начальных этапах терапии проявления тревоги и страхов. Полученные результаты соотносились с теми, что были получены подростковыми психиатрами о результативности применения СИОЗС [5, 6, 9, 13].

Помимо средств, относящихся к данной группе, у обследованных пациентов применялись и препараты, принадлежащие к группе ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСнН), в частности милнаципрам (Иксел).

Принято считать, что трициклические антидепрессанты (ТЦА) при терапии фобий у подростков не

только менее эффективны, чем у взрослых (такие исследователи, как Bostic J.Q. et al. [21] объясняют это общей незрелостью структур головного мозга, на которые направлено действие ТЦА), но и провоцируют излишнюю седацию, нежелательную при амбулаторном ведении больного.

Из трициклических антидепрессантов наиболее результативным при наличии развернутой фобической симптоматики оказалось применение кломипрамина (Анафранил), особенно его пролонгированной формы (Анафранил СР), позволяющей снизить кратность и избежать приема дневной дозы, пропуски которой характерны для пациентов, не достигших взрослого возраста.

Несмотря на относительно быструю редукцию симптоматики, такие присущие подросткам особенности, как импульсивность, выраженность аффекта тревоги и страха, не позволяют полностью отказаться от использования средств с быстрым и выраженным седативным эффектом. Поэтому не потеряли актуальность в терапии обсуждаемых нарушений анксиолитики, включая и бензодиазепиновые производные (Альпразолам, Клоназепам). Потенциальная возможность быстрого формирования лекарственной зависимости в обсуждаемой возрастной категории определяет краткосрочность таких вмешательств. В связи с этим и для предотвращения синдрома отмены прием бензодиазепинов завершался максимум через две недели постепенным снижением дозы вплоть до полной отмены. Наряду с препаратами бензодиазепинового ряда при лечении преобладавших в обсуждаемом контингенте тревожно-фобических образований легкого регистра в подростковых когортах хорошо зарекомендовал себя также гидроксизин (Атаракс). К его достоинствам можно отнести сочетание отсутствия зависимости и привыкания, с одной стороны, с быстрым наступлением эффекта – с другой.

У больных шизофренией с учетом высокого удельного веса в клинической картине апато-абулических и астено-депрессивных проявлений, а также расстройств с падением продуктивности умственной деятельности предпочтительным оказался выбор средств с активирующим эффектом. Сложность ведения подобных пациентов определяется тем, что традиционные нейролептики по механизму действия не вполне соответствуют синдрому «мишеням» и нередко обладают высокой «поведенческой токсичностью». Кроме того, у части больных, несмотря на прием невысоких доз этих средств (от 1/2 до 2/3 от среднетерапевтических, рекомендованных для взрослых пациентов), быстро развиваются симптомы нейролепсии. Наиболее эффективными и безопасными оказались Трифтазин, Тералиджен, при ипохондрических фобиях – Эглониал.

Сложные психопатологические структуры, включающие наряду с другими позитивными расстройствами фобическую симптоматику и негативные симптомы, лучше поддавались воздействию атипичных антипсихотиков, в частности Рисполепта. Вероятно, их эффективность во многом обусловлена тем, что мишенью воздействия этой группы препаратов являются мозговые структуры и нейромедиаторные системы, участвующие в формировании аффектов тревоги и депрессии. Предполагается, что анксиолитический эффект данных средств связан с антагонизмом к 5НТ-2 рецепторам (серотониновым рецепторам второго типа). Выбор препаратов лимитировался тем, что подавляющее большинство из них официально не рекомендовано для применения в подростковом возрасте. Это, в частности, вызвано потенциальной возможностью развития при их приеме ряда серьезных побочных эффектов, выявленных на взрослых контингентах [7]. Кроме того, высокая стоимость ле-

Таблица 2. Психофармакологические препараты, использовавшиеся при терапии подростков с фобическими расстройствами

Класс	Название (торговое)	Максимальная доза (мг/сут)	
Нейролептики	Аминазин	150	
	Тизерцин	25	
	Тералиджен	15	
	Неулептил	10	
	Сонапакс	50	
	Этаперазин	10	
	Трифтазин	15	
	Азалептин	75	
	Галоперидол	4,5	
	Эглониал	200	
	Клопиксол	30	
Анксиолитики	Рисполепт	4	
	Грандаксин	5	
	Атаракс	10	
	Феназепам	0,5	
	Клоназепам	5	
Антидепрессанты	Альпразолам	1	
	Транксен	10	
	ТЦА	Амитриптилин	75
		Анафранил	50
		Людиомил	75
СИОЗС	Паксил	20	
	Прозак	20	
	Феварин	50	
	Золофт	50	
Нормотимики	Иксел	50	
	Лития карбонат	900	
Корректоры	Финлепсин	600	
	Циклодол	6	

карств и ограниченные финансовые возможности родных больного в части случаев делало невозможным их применение в амбулаторных условиях.

Атипичные нейролептики, также использовавшиеся в невысоких дозах, оказались не только эффективными при купировании фобических нарушений, но и в значительно меньшей степени по сравнению с традиционными подавляли активность пациентов и не вызывали экстрапирамидных расстройств. Однако при их применении (особенно длительном) обнаруживались такие редко встречающиеся у взрослых больных нежелательные явления, как общетоксические (панкреатит) и эндокринные (резкое увеличение массы тела, повышение уровня глюкозы в крови, нарушения менструального цикла, гиперпролактинемия, сопровождающаяся галактореей, гинекомастией). Данные особенности, вероятно, определяются незрелостью nigro-стриато-префронтальной тормозной системы и нестабильностью гормонального статуса подростков.

Для достижения более выраженного, быстрого и гармоничного воздействия на эмоциональную и соматовегетативную симптоматику, превенцию усугубления тревоги, редукции диссомнических расстройств использовались также нормотимики (Финлепсин, соли лития).

Психофармакологические препараты, применявшиеся при терапии подростков с фобическими расстройствами, представлены в табл. 2.

Для пациентов подросткового возраста нам представляется правильным рекомендовать проведение психотерапии, дифференцированной в соответствии с приведенной в настоящем исследовании типологией фобических состояний.

Фобии, относящиеся к изолированному типу (преимущественно простые, например акрофобия, батеофобия) и представляющие собой автономные феномены (они составляют более 20 % от всех выявленных

Таблица 3. Основные препараты ноотропного действия, применявшиеся у подростков с фобическими расстройствами

Фармакологическая группа	Название препарата
Производные пирролидона (рацетамы)	Пирацетам
Препараты, усиливающие холинергические процессы	Глиатилин
ГАМК-ергические препараты	Гамма-аминомасляная кислота, пантогам, пикамилон, фенибут, натрия оксibuтират
Глутаматергические препараты	Глицин
Нейропептиды и их аналоги	Семакс, церебролизин
Антиоксиданты и мембранопротекторы	Мексидол
Препараты гинкго билоба	Билобил, танакан, мемоплант
Блокаторы кальциевых каналов	Циннаризин
Церебральные вазодилататоры	Винпоцетин (кавинтон)

фобий), не требуют специального вмешательства¹. Такие фобии несущественно сказываются на повседневном функционировании пациентов, кроме того, часть из них (канеофобия) самостоятельно регрессируют по мере взросления. В отношении данной категории больных терапевтическое вмешательство ограничивалось краткосрочными психообразовательными и превентивно-общеукрепляющими воздействиями.

Фобии, существующие в качестве акцессорной симптоматики в структуре других сложных психопатологических образований (например, депрессий), не нуждаются в специальной терапии, поскольку они подвержены постепенному обратному развитию по мере исчезновения основной симптоматики. У таких пациентов лечебные воздействия ограничиваются курацией основного расстройства, но с учетом (при выборе конкретных препаратов) наличия фобического составляющей в структуре наблюдаемого состояния.

Учитывая высокий уровень органической стигматизированности (выявлен у 75 % пациентов), а также частоту астенических нарушений (более 88 % больных), практически все обследованные подростки с фобиями (независимо от нозологической и типологической принадлежности состояния) получали ноотропную терапию.

Основные препараты ноотропного действия (истинные ноотропы и ноотропоподобные препараты), применявшиеся у изученных подростков, представлены в табл. 3.

В обсуждаемых случаях, как правило, речь шла не о монотерапии, а о комбинации препаратов со спектром психотропной активности, включающим легкие активизирующие/гармонизирующие и анксиолитические эффекты (из числа разрешенных к применению в подростковом возрасте).

В данной работе практически не обсуждено использование фитотерапевтических препаратов при фобиях в подростковом возрасте – эта тема требует отдельного исследования и подробно отражена, в частности, в монографии Ю.Ф. Антропова [2]. В нашем исследовании оказалось, что наиболее оправдано применение Ново-Пассита, сочетающего отсутствие нежелательных эффектов с высокой анксиолитической активностью, дающей возможность устранить все составляющие тревоги, включая вегетативную (расстройства сна, напряжение мышц, цефалгии), астенические проявления.

В качестве стресс-протектора оптимален Тенотен, в состав которого входят антитела к белку S-100, содержащемуся в отделах головного мозга, ответственных за адекватное эмоциональное реагирование [15]. Механизм действия этого препарата основан на восстановлении ГАМКергической нейротрансмиссии. При этом удается добиться не только редукции тревожно-фобических проявлений, но и улучшения когнитивных функций подростка.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ФОБИЙ У ПОДРОСТКОВ

На трудности применения психофармакотерапии в детско-подростковом возрасте указывают многие зарубежные и отечественные исследователи. Так, противники активного использования СИОЗС у подростков ссылаются на нежелательные последствия в виде серотонинового синдрома [20], синдрома лобной доли [24], проявлений гипомании, усиления обсессивно-компульсивной симптоматики [31], аффективных и поведенческих нарушений.

Характерными для периода полового созревания и часто встречающимися в этом возрасте считаются нарушения сердечного ритма (включая удлинение интервала QT), возникающие в отсутствие очевидной структурной патологии сердечно-сосудистой системы [19]. В их генезе принимают участие изменения, присущие пубертату (возрастные особенности клеточного метаболизма, вегетативной регуляции сердечного ритма, стресс-лимитирующих и нейромедиаторных систем). Кроме того, в этот период отмечается тенденция к малодифференцированному сверхсильному ответу на стрессовые воздействия, т. е. на включение в невротические реакции тревоги, страха потенциально опасной (вплоть до летального исхода) кардиологической симптоматики. На фоне недостаточной зрелости морфофункциональных структур и механизмов обратной связи часто отмечаются эпизоды перевозбуждения гипоталамо-гипофизарных и других структур головного мозга, отвечающих за возникновение транзиторной гипертензии, сосудистые дистонии (чаще – в виде гипотонических нарушений), резкие колебания массы тела, неустойчивость активности, работоспособности [18]. Тем не менее имеются данные о том, что при правильном ведении больных подросткового возраста применение данных препаратов вполне оправдано даже при наличии подтвержденной сердечно-сосудистой и другой нетяжелой соматической патологии [4].

Именно указанные особенности создают определенные трудности использования некоторых атипичных нейролептиков последнего поколения, способных вызвать удлинение интервала QT и обладающих нейроэндокринной активностью.

В завершение представляется важным отметить, что использование растительных препаратов у пациентов подросткового возраста также не свободно от риска возникновения побочных эффектов, в частности это относится к средствам, содержащим зверобой, способным провоцировать нарушения сердечного ритма.

Потенциально возможный риск развития перечисленных осложнений требует особого внимания при назначении и проведении психофармакотерапии на этапе пубертата (включая проведение регулярных параклинических исследований), но никоим образом не отменяет ее насущной необходимости и не преуменьшает значения, а свидетельствует о сложности терапевтических задач в сфере подростковой психиатрии и необходимости дальнейших исследований в этой области.

Литература

1. Александрова Н.В. Фармакотерапия нервно-психических расстройств у детей и подростков / Детская психиатрия / под ред. проф. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2005. – С. 713–794.
2. Антропов Ю. Ф. Фитотерапия психических расстройств. – М: Дели принт, 2009. – 468 с.
3. Арана Дж., Розенбаум Дж. Фармакотерапия психических расстройств. – М: Бино, 2004. – 416 с.
4. Бикшаева Я.Б., Марценковский И.А. Применение ципрамила для лечения депрессивных и тревожно-фобических расстройств у подростков с

¹Наличие у пациента иной психопатологической симптоматики, требующей вмешательства психиатра, остается вне рамок данного обсуждения.

- функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы // Архив психиатрии. 2002. № 1. С. 90–94.
5. Волошин В.М. Опыт применения коаксила в подростковой психиатрической практике // Российский психиатрический журнал. 2003. № 1. С. 60–63.
 6. Волошин В.М. Применение флувоксамина (феварина) при терапии обсессивно-компульсивных расстройств в детско-подростковой практике // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 4. С. 70–74.
 7. Горобец Л.Н. Нейроэндокринные дисфункции и нейролептическая терапия. – М.: Медпрактика, 2007. – 312 с.
 8. Гордеева Е.А., Казанцева Э.Л. Эффективность стационарной терапии фобических расстройств у детей и подростков / Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 186–187.
 9. Киреева И.П., Данилова Л.Ю. Алгоритм лечения хронического обсессивно-компульсивного расстройства (у больных подростково-юношеского возраста) / Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 202.
 10. Клиническая фармакология по Гудману и Гилману / под ред. А.Г. Гилмана. – М.: Практика, 2006. – 1850 с.
 11. Козловская Г.В., Калинина М.А., Проселкова М.Е., Голубева М.И. Психотропная фармакология в микропсихиатрии // Педиатрия. 2009. № 3. С. 106–108.
 12. Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е., Иванова Е.И. Депрессивные расстройства в подростковом возрасте и особенности их терапии // Современная терапия психических расстройств. 2008. № 2. С. 23–28.
 13. Марченко А.М., Волошин В.М. Феварин (флувоксамин) в лечении ипохондрических расстройств в детско-подростковой психиатрической практике / Современные принципы терапии и реабилитации психически больных. – М., 2006. – С. 231–232.
 14. Подростковая медицина: руководство / под ред. Левиной Л.И., Куликова А.М. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2007. – 544 с.
 15. Попов Ю.В. Лечение обсессивно-компульсивного расстройства у детей и подростков // Психиатрия и психофармакотерапия. 1999. Т. 1. № 2. С. 24–25.
 16. Слободская Е.Р., Ахметова О.А., Кузнецова В.Б., Рябиченко Т.И. Социальные и семейные факторы психического здоровья детей и подростков // Психиатрия. 2008. № 1. С. 16–23.
 17. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – Т.2. – М., 1959. – 406 с.
 18. Физиология развития ребенка (теоретические и прикладные аспекты) / под ред. М.М. Безруких, Д.А. Фарбер. – М.: Образование от А до Я, 2000. – 319 с.
 19. Школьникова М.А. Нарушения сердечного ритма, внезапная сердечная смерть и половое созревание: вопросы, на которые предстоит ответить // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005. № 5. С. 73–78.
 20. Benzick J.M. Serotonin syndrome preceding pseudoseizures in an adolescent // Psychosomatics. 2001. № 42. P. 441–442.
 21. Bostic J.Q., Rubin D.H., Prince J., Schlozman S. Treatment of depression in children and adolescents // J Psychiatr. Pract. 2005. V. 11. P. 141–154.
 22. Brige J.A., Salary C.B., Birmacher B., Asare A.G., Brent D.A. The risks and benefits of antidepressant treatment for youth depression // Ann. Med. 2005. V. 37. P. 404–414.
 23. Dhillon S., Scott L.J., Ploster G.L. Эсциталопрам. Обзор по применению препарата при лечении тревожных расстройств (часть I) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2007. № 3. P. 12–17.
 24. Garland E.J., Baerg E.A. Amotivational syndrome associated with selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents // J. Child and Adolesc. Psychopharmacology. 2001. № 2. P. 181–186.
 25. Goodman R., Slobodskaya H.R., Knyazev G.G. Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors // Eur. Child Adolesc. Psych. 2005. V. 14. P. 28–33.
 26. Konradi C., Heckers S. Antipsychotic drugs and neuroplasticity: Insights into the treatment and neurobiology of schizophrenia // Biol. Psych. 2001. V. 50. P. 729–742.
 27. Pato M.T., Pato C.N., Gunn S.A. Biological treatments for obsessive-compulsive disorder: Clinical applications. In: Obsessive-compulsive disorder: Theory research, and treatment (R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, M.A. Richter (eds.)). – NY: Guilford Press, 1998. – P. 327–348.
 28. Simpson G.A., Bloom B., Cohen R.A. et al. Children with emotional and behavioral difficulties: Data from the 2001, 2002 and 2003 National Health Interview Surveys // Advance data from vital and health statistics; № 360, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2005. V. 23 (360). P. 1–13.
 29. Stutte H. Die prognose der schizophrenien des Kindes und jugendalters // In: 2nd International Congress of Psychiatry. – Zurich, 1959, V. 1. P. 328–330.
 30. Wagner K.D., Emslie G.J., Birmaher B. A double-blind, a randomized, placebo-controlled trial of oxcarbazepine in the treatment of bipolar disorder in children and adolescents // Am. J. Psychiatry. 2006. V. 163. P. 1179–1186.
 31. Weintrob A. Paroxetine in adolescent major depression (Letter to the Editor) // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2002. V. 41. № 4. P. 353.

Pharmacological approaches to the management of adolescents with phobic disorders

A.G. Golovina

FGBU «Mental Health Research Center», Academy of Medical Sciences, 115522, Moscow, Kashirskoye shosse, 34

Summary of the article: The article describes the approaches to the psychopharmacological treatment of adolescents with phobic disorders by analyzing the treatment of 330 patients aged 15–17 years (265 male, 65 female). When choosing a therapy, the author proposes to consider his proposed typology of phobias (dominant, accessory and isolated type). This paper discusses in detail all the main groups of drugs used in the supervision of patients (antidepressants, anxiolytics, antipsychotics, mood stabilizers, nootropics, etc.), taking into account the physiological age characteristics of adolescents.

Key words: adolescents, phobic disorders, pharmacotherapy.