

Тики и коморбидные расстройства детского возраста

Профессор В.П. Зыков¹, Э.А. Каширина², к.м.н. Ю.В. Наугольных²

¹ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва

²ГБУЗ «ДГП № 110» ДЗ г. Москвы

РЕЗЮМЕ

Тики являются доминирующей формой гиперкинезов детского возраста, диагностируются у 5–24% детей, чаще у мальчиков, хронические формы тиков наблюдаются у 1% детского населения.

Цель исследования: изучить коморбидные расстройства у больных тиковыми гиперкинезами детского возраста и оценить возможности медикаментозной коррекции.

Материал и методы: обследовано 165 детей и подростков в возрасте от 7 до 16 лет. Пациенты основной когорты (n=130) были разделены на 3 группы: группа 1 – с изолированными моторными тиками (n=21), группа 2 – с моторно-вокальными тиками (n=87), группа 3 – с синдромом Туретта (СТ) (n=22). Пациентам была назначена антитиковная терапия. Проводилась оценка тиковых гиперкинезов, личностной и ситуационной тревожности, нейропсихологическое исследование (в т. ч. исследование кратковременной слухоречевой памяти) при помощи различных шкал и опросников.

Результаты и обсуждение: максимальное количество моторных и вокальных тиков по методу подсчета тиков за 20 мин и наибольшие показатели YGTSS определялись в группе СТ. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) выявлялся у 42,8% больных с моторными тиками, у 50,6% – с моторно-вокальными тиками и у 86,4% – с СТ. Отмечалось достоверное снижение объема кратковременной слухоречевой памяти в сравнении с группой контроля, причем для больных СТ характерно достоверное уменьшение объема слухоречевой памяти в сравнении с больными моторными тиками. На фоне лечения наблюдали регресс проявлений СДВГ и тревожных расстройств у больных из группы моторных и моторно-вокальных тиков. У пациентов с СТ регистрировались устойчиво высокие показатели личностной тревожности и СДВГ до и после лечения. Увеличение объема кратковременной слухоречевой памяти было зарегистрировано во всех группах с тиками и СТ.

Ключевые слова: тиковые гиперкинезы, синдром Туретта, СДВГ, антитиковная терапия, кратковременная слухоречевая память.

Для цитирования: Зыков В.П., Каширина Э.А., Наугольных Ю.В. Тики и коморбидные расстройства детского возраста // РМЖ. 2017. № 21. С. 1581–1585.

ABSTRACT

Tics and comorbid disorders of the children's age

Zykov V.P.¹, Kashirina E.A.², Naugolnykh Yu.V.²

¹Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow

²Children's City Clinic No. 110, Moscow

Tics are the dominant form of children's hyperkinesia, which is diagnosed in 5% - 24% of children, more often in boys. Chronic tics are observed in 1% of children.

The aim of the research was to study comorbid disorders in children with tic hyperkinesia and to assess the possibilities of the drug correction.

Patients and Methods: 165 children and adolescents aged from 7 to 16 years were examined. Patients of the main group (n = 130) were divided into 3 groups: group 1 - motor tics (n = 21), group 2 - motor and vocal tics (n = 87), 3rd group - Tourette syndrome (TS) (n = 22). The patients were prescribed a tic therapy. An assessment of tic hyperkinesia, personal and situational anxiety was made, as well as a neuropsychological study (including the study of short-term auditory and verbal memory) with the use of various scales and questionnaires.

Results and discussion: the maximum number of motor and vocal tics according to the method of tic counting for 20 minutes and the highest YGTSS were determined in the TS group. ADHS was detected in 42.8% of patients with motor tics, in 50.6% of patients with motor and vocal tics and in 86.4% of patients with TS. There was a significant decrease in the volume of short-term auditory and verbal memory in comparison with the control group, and a significant decrease in the volume of the auditory memory was characteristic for the patients with TS as compared to the patients with motor tics. During the treatment, the regression of ADHS manifestations and anxiety disorders in patients with motor and motor-vocal tics was observed. In patients with TS, consistently high rates of personal anxiety and ADHS were registered before and after the treatment. An increase in the volume of short-term auditory and verbal memory was recorded in all groups with tics and TS.

Key words: tic hyperkinesia, Tourette syndrome, ADHS, tic therapy, short-term auditory memory.

For citation: Zykov V.P., Kashirina E.A., Naugolnykh Yu.V. Название статьи // RMJ. 2017. № 21. P. 1581–1585.

Актуальность проблемы

Тики являются доминирующей формой гиперкинезов детского возраста, диагностируются у 5–24% детей, чаще у мальчиков, хронические формы тиков наблюдаются у 1% детского населения [1, 2]. В России на примере Москов-

ского региона тики диагностируются у 6% детей, а синдром Туретта (СТ) у 0,1% [1]. В Европе СТ выявляется у 1% детей школьного возраста [3, 4]. В США на основе данных Национального обзора состояния здоровья детей диагноз СТ был выставлен у 3-х из 1000 детей в возрасте 6–17 лет [5].

Пик заболеваемости приходится на дошкольный и школьный возраст с максимальными проявлениями в 7–12 лет. В общем числе больных мальчики преобладают: среди больных тиками их больше в 3 раза, среди больных СТ – в 5–6 раз [1, 6–8].

В 80% случаев тикам и СТ сопутствуют коморбидные симптомы в виде синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), тревожные нарушения, снижение памяти [1, 2, 8–12].

При тиках СДВГ диагностируется у 20–50% пациентов, при СТ – у 80% [13, 14]. Молекулярно-генетические исследования обнаружили ассоциации СТ с СДВГ, алкоголизмом, азартными играми, наркоманией и вариациями в генах дофаминовых рецепторов (DRD4 7-аллель и DRD5 148bp-аллель) и генах транспортера дофамина (DAT1 10-аллель) [15]. Гены, регулирующие обмен нейромедиаторов дофамина и норадреналина, детерминируют предрасположенность к развитию СДВГ [15].

Дети с СДВГ часто имеют низкую самооценку, у них формируются эмоциональные и социальные трудности общения со сверстниками, часто снижена успеваемость в школе, отмечается склонность к правонарушениям, антиобщественному поведению [16]. Выраженность СДВГ зависит от тяжести тикозной симптоматики, длительности заболевания [1].

К другим видам коморбидных расстройств у пациентов с тиками можно отнести высокий уровень тревожности, выявляемый с помощью теста Спилберга [17]. Дети с тиками имели значительно большее количество случаев тревожных расстройств, чем дети без тиков (21% против 15%), простых фобий (29% против 19%), социальных фобий (28% против 18%) [15]. Обнаружена взаимосвязь между тяжестью тиков по YGTSS и уровнем депрессии и тревоги [16].

Помимо СДВГ было выявлено до 79% коморбидных с СТ симптомов: нарушения настроения и тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, расстройства аутистического спектра, проблемы контроля гнева, оппозиционное вызывающее, импульсивное, самоагрессивное и агрессивное поведение [7, 15, 18]. Сопутствующие тревога и депрессия имеют существенное влияние на качество жизни при СТ [17].

Коморбидные симптомы в большей степени, чем тики, могут нарушать жизнедеятельность пациентов, а без своевременной коррекции приводить к значительной социальной дезадаптации [1, 19–21].

Цель исследования: изучить коморбидные расстройства у больных тикозными гиперкинезами детского возраста и оценить возможности медикаментозной коррекции.

Материал и методы

Нами обследовано 165 детей и подростков в возрасте от 7 до 16 лет, из них группа контроля – 35 человек без признаков поражения нервной системы, сопоставимых по полу и возрасту с обследуемыми пациентами. Основную когорту составили 130 пациентов в возрасте от 7 до 16 лет, из них 94 (72,3%) мальчика и 36 (27,7%) девочек, которые находились на амбулаторном наблюдении в ДГП № 110 г. Москвы в период с 2014 по 2016 г.

Больные были разделены на 3 группы с учетом тяжести и семиотики заболевания: группа 1 – с изолированными моторными тиками (n=21), группа 2 – с моторно-вокальными тиками (n=87), группа 3 – с СТ (n=22). У обследованных пациентов была диагностирована возраст-зависимая стадия – стадия экспрессии симптомов, тикозный статус выявлялся у 59 (45,5%) пациентов.

Антигиперкинетическая терапия включала пантокальцин 50 мг/кг, тиаприд 100–300 мг/сут, топирамат 1–2 мг/кг. Гопантевую кислоту использовали у детей в возрасте 7–8 лет в стадии дебюта заболевания в дозе 75–150 мг.

Тикозные гиперкинезы оценивались согласно DSM-IV, (1994 г.), классификации В.П. Зыкова [1, 22]. Для уточнения диагноза СТ использовали диагностические критерии, разработанные в DSM-IV, а также критерии, предложенные специально созданной группой по изучению классификации тиков (Tourette Syndrome Classification Study Group – TSSG) [22, 23]. Клиническая регистрация тикозных гиперкинезов осуществлялась с помощью тестирования по Йельской шкале с определением совокупной и суммарной тяжести тиков (YGTSS) и с помощью метода подсчета тиков за 20 мин [1, 24].

Диагностические критерии СДВГ определены в DSM-IV, DSM-V, а также в МКБ-10 в критериях гиперкинетических расстройств [20, 22, 25]. Для уточнения степени тяжести СДВГ применяли версию шкалы Conners для родителей, заполняемую родителями, врачом, адаптированную для амбулаторного наблюдения [26]. Оценка личностной и ситуационной тревожности определялась с помощью теста Спилберга – Ханина [27].

Нейропсихологическое исследование включало исследование кратковременной слухоречевой памяти по методике, предложенной Л.И. Вассерманом и соавт. [28].

Результаты и обсуждение

Возраст обследуемых детей составил в среднем 9 лет, пациентов с СТ – 12 лет (табл. 1). Возраст дебюта тиков наблюдался от 4-х до 7 лет. Длительность заболевания на момент осмотра в группах 1 и 2 составила 4 года, в группе 3 – 7–8 лет. Наследственная предрасположенность к развитию тикозных гиперкинезов определялась у 91 (70%)

Таблица 1. Возрастные характеристики и наследственные факторы у пациентов с тиками

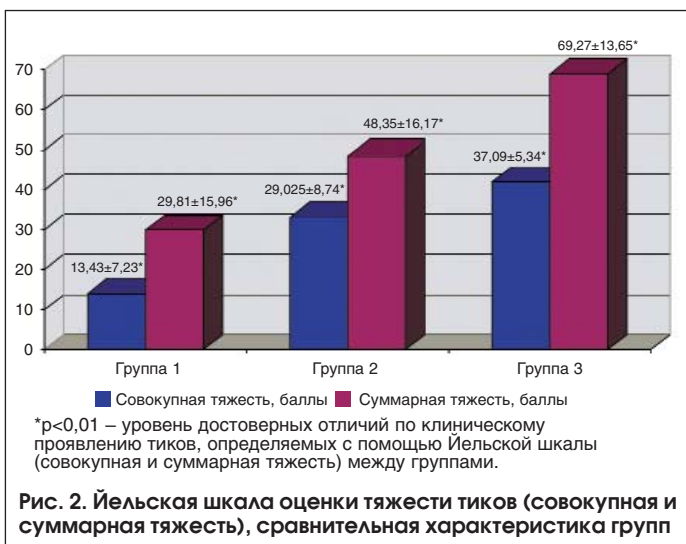
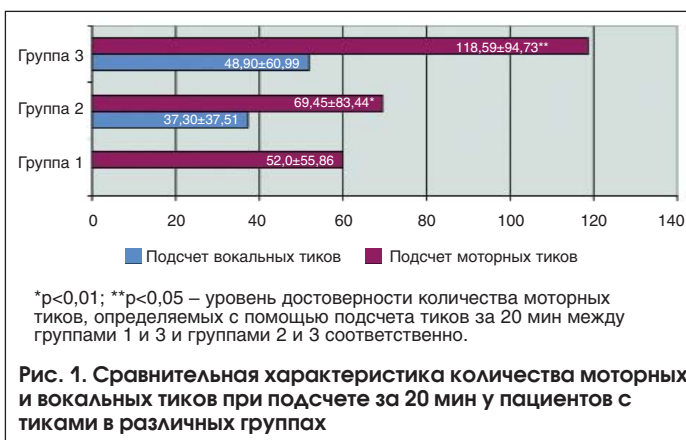
Признак	Группа 1 (моторные тики), n=21		Группа 2 (моторно-вокальные тики), n=87		Группа 3 (синдром Туретта), n=22	
	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики
Количество пациентов	9	12	24	63	4	18
Возраст, лет	9,0±2,57	10,27±2,54	9,6±2,62	9,96±2,1	12,0±2,49	12,0±1,62
Возраст дебюта, n	5,5±2,6	6,3±2,18	5,71±2,64	5,94±2,49	4,25±0,95	5,41±1,12
Наследственность отягощена, n	7 (33,3%)	8 (38%)	13 (14,9%)	48 (55%)	3 (13,6%)	13 (59%)
Спорадические случаи, n	2 (9,5%)	4 (19%)	11 (12,6%)	15 (17,2%)	1 (4,5%)	5 (22,7%)

пациентов и у мальчиков встречалась в 3 раза чаще, чем у девочек. У 39 (30%) пациентов наблюдались спорадические тикозные гиперкинезы.

Тики диагностировались у всех обследованных больных. Количество тиков фиксировали с помощью методики подсчета тиков за 20 мин (рис. 1). Максимальное количество моторных тиков за 20 мин – 118,59±94,73 эпизодов – было выявлено в группе СТ, в группе моторных тиков – 52,0±55,86 (p<0,01), в группе моторно-вокальных тиков – 69,45±83,44 (p<0,05). Значимых отличий по количеству вокальных тиков за 20 мин между группами моторно-вокальных тиков (37,30±37,5) и СТ (37,09±5,34) не выявлено.

Для определения тяжести клинических проявлений тиков у всех пациентов с гиперкинезами использовали Йельскую шкалу (рис. 2). Показатели совокупной (29,025±8,74 балла) и суммарной (48,25±16,17 балла) тяжести по Йельской шкале преобладали в группе моторно-вокальных тиков в сравнении с группой моторных тиков (p<0,01) – 13,43±7,23 балла и 29,81±15,9 балла соответственно. Максимальное число баллов совокупной (37,09±5,34 балла) и суммарной (69,27±13,65 балла) тяжести по Йельской шкале было зарегистрировано в группе СТ (p<0,01 в сравнении с группой моторных тиков и группой моторно-вокальных тиков).

Таким образом, максимальное количество моторных и вокальных тиков по методу подсчета тиков за 20 мин и наибольшие показатели YGTSS определялись в группе СТ. Подсчет тиков за 20 мин имеет прямую корреляцию с балльной оценкой тяжести заболевания по шкале YGTSS.



СДВГ выявлялся у 42,8% больных с моторными тиками, у 50,6% – с моторно-вокальными тиками и у 86,4% – с СТ.

СДВГ достоверно преобладал в группе СТ в сравнении с группой моторных тиков (p<0,01). Значимых отличий между группами 2 и 3 не определялось.

По результатам исследования когнитивных функций у пациентов с тиками (рис. 3) отмечалось достоверное снижение объема кратковременной слухоречевой памяти в сравнении с группой контроля (p<0,01), причем для больных СТ характерно достоверное уменьшение объема слухоречевой памяти в сравнении с больными моторными тиками (p<0,01).

У больных с тиками имелись жалобы на страх темноты, пустой квартиры, страх потери близких и разлуки с ними, возможной неуспеваемости в школе, плохих оценок, в связи с чем при клиническом осмотре использовался тест на тревожность (тест Спилберга – Ханина).

Одинаково высокий уровень ситуационной тревожности по тесту Спилберга – Ханина (рис. 4) выявлялся во всех группах пациентов без значимых отличий между группами.

Были проанализированы ответы детей с тиками на вопросы теста Спилберга – Ханина, определяющие уровень личностной и ситуационной тревожности. Личностную тревожность как черту характера у детей с тиками показывали ряд утверждений, подчеркивающих неуверенность в себе, слабость и повышенную истощаемость эмоционально-волевой сферы, повышенную восприимчивость и обидчивость, плохое настроение и перепады настроения, склонность к длительным переживаниям. Ситуационная тревожность определялась состояниями волнения, страха неуверенности перед сложившимися обстоятельствами.

Определялась прямая линейная корреляция между выраженностью личностной тревоги и выраженностью СДВГ у пациентов с СТ (p<0,05).

Сочетание тревожных расстройств и СДВГ выявлено у 42,8% детей с моторными тиками, 40,2% – с моторно-вокальными тиками и у 95,2% – с СТ (p<0,002, p<0,001 с группами тиков) (табл. 2).

Антиэпидемическая терапия включала пантокальцин 50 мг/кг, тиаприд 100–300 мг/сут, топирамат 1–2 мг/кг. На фоне снижения гиперкинезов наблюдался регресс проявлений СДВГ и тревожных расстройств у больных из группы моторных и моторно-вокальных тиков. У пациентов с СТ регистрировались устойчиво высокие показатели личностной тревожно-



сти и СДВГ до и после лечения. Увеличение объема кратковременной слухоречевой памяти было зарегистрировано во всех группах с тиками и СТ ($p < 0,05$).

Использование гопантевой кислоты у детей 7–8 лет в стадии дебюта заболевания в дозе 75–150 мг приводило к регрессу моторных и вокальных тиков ($p < 0,05$) с учетом показателей подсчета тиков за 20 мин и Йельской шкалы, улучшало показатели слухоречевой памяти ($p < 0,05$). На фоне приема гопантевой кислоты выявлялась значимая прямая линейная зависимость между тяжестью тиков и степенью выраженности СДВГ в группе мальчиков.

Топирамат в дозе 1–2 мг/кг уменьшал количество моторных тиков на стадии экспрессии симптомов ($p < 0,05$), снижал уровень личностной тревожности в сравнении с применением других препаратов ($p < 0,05$). Тиоприд в дозе 100–300 мг/сут в стадии экспрессии симптомов наряду с регрессом моторных и вокальных тиков ($p < 0,05$) оказывал влияние на уменьшение синдрома дефицита внимания и гиперактивности ($p < 0,05$).

Гомеострес (Sedatif PC) успешно применяется для лечения тревожных расстройств в 33 странах мира на протяжении 60 лет. Гомеострес® (ЛСР-006558/09) зарегистрирован в РФ с 2008 г. и успешно применяется для коррекции тревожных расстройств у детей старше 3-х лет. По данным нашего опыта и научных публикаций, для краткосрочного курса коррекции тревожности возможно использовать Гомеострес®, эффект которого сопоставим с фенибутом [29] и фабомотизола дигидрохлоридом [30]. Гомеострес® показан при тревожных расстройствах, беспокой-

стве и нарушении сна. Отличительной особенностью Гомеостреса является сравнительно быстрый эффект – значительное снижение выраженности тревоги и нормализация сна уже к 3-му дню. Гомеострес® снижает уровень тревожности вне зависимости от состояния: хронического или внезапного. При этом отмечается существенное улучшение качества и продолжительности сна (в 2 раза меньше ночных пробуждений). Эффект от лечения сохраняется на неизменном уровне в течение 4-х недель после 2-недельного курса терапии [31, 32], что позволяет снижать лекарственную нагрузку на пациента. Гомеострес® хорошо переносится, не вызывает сонливости, заторможенности днем и не влияет на способность к концентрации внимания. Гомеострес® не взаимодействует с другими лекарственными средствами и оптимально сочетается с приемом других препаратов. На сегодняшний день на фоне терапии Гомеостресом не зафиксировано случаев привыкания, синдром отмены отсутствует.

Выводы:

1. У больных тиковыми расстройствами коморбидные расстройства представлены синдромом дефицита внимания и гиперактивности (80%), снижением объема кратковременной слухоречевой памяти (90%), ситуационной и личностной тревожностью (85%), что может иметь патогенетическое взаимовлияние.

2. Степень тяжести СДВГ зависела от выраженности тиковых гиперкинезов: моторные тики (легкая степень) сочетались с легкой степенью СДВГ; моторно-вокальные тики (средняя степень тяжести) – с легкой и средней степенью СДВГ, СТ (тяжелая степень) – со средней и тяжелой степенью СДВГ.

3. Тревожные расстройства усиливали проявления СДВГ. Определялась прямая линейная корреляция между выраженностью личностной тревожности и выраженностью СДВГ у пациентов с СТ ($p < 0,05$).

4. Антитиковая терапия позволила уменьшить проявления СДВГ и тревожности в группах моторных и моторно-вокальных тиков.

5. Коррекция тиков на фоне лечения привела к достоверному увеличению объема кратковременной слухоречевой памяти во всех группах пациентов с тиками и СТ.

6. Для коррекции тревожности при тиках у детей с 3-х лет рекомендуется использовать Гомеострес®. Благодаря направленному действию природных компонентов Гомеострес значительно снижает тревожность днем, нормализует ночной сон и засыпание. Продолжительность лечения 14 дней, эффект от лечения сохраняется на неизменном уровне в течение 4-х недель после окончания курса терапии.

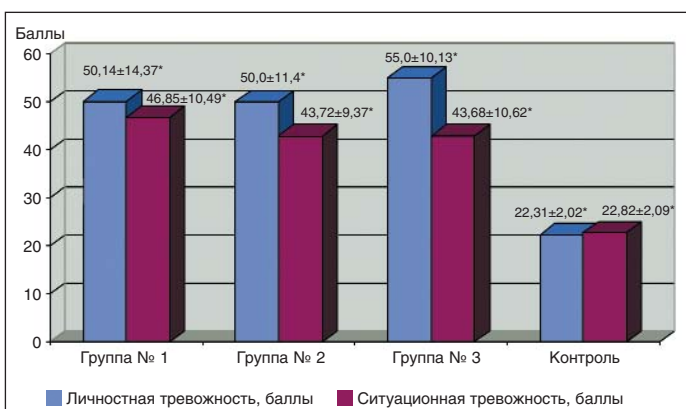


Рис. 4. Показатели ситуационной и личностной тревожности в группе пациентов с тиками и группе контроля, сравнительная характеристика

Таблица 2. Синдром дефицита внимания и тревожные расстройства у больных тиками

СДВГ и тревожность	Группа 1 (моторные тики), n=21		Группа 2 (моторно-вокальные тики), n=87		Группа 3 (синдром Туретта), n=22	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сочетание СДВГ с тревожными расстройствами, число пациентов	9**	42,8	35*	40,2	20	95,2%

* $p < 0,001$ – уровень достоверности между группами моторных тиков, моторно-вокальных тиков и группой СТ соответственно, ** $p < 0,002$.

Литература

- Зыков В.П. Лечение заболеваний нервной системы у детей. М.: Триада-Х. 2009. 414 с. [Zykov V.P. Lechenie zabolevanij nervnoj sistemy u detej. M.: Triada-H. 2009. 414 s. (in Russian)].
- Левин О.С., Московцева Ж.М. Тики и синдром Туретта в различные возрастные периоды // Аннотированные доклады по материалам II Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движения. М., 2011. С.244–246 [Levin O.S., Moskovceva Zh.M. Tiki i sindrom Turetta v razlichnye vozrastnye periody // Annotirovannye doklady po materialam II Nacional'nogo kongressa po bolezni Parkinsona i rasstrojstvam dvizhenija. M., 2011. S.244–246 (in Russian)].
- Robertson M.M. The prevalence and epidemiology of Gill de la Tourette syndrome. Part ii: tentative explanations for differing prevalence figures in GTS, including the possible effects of psychopathology, etiology, cultural differences and different phenotypes // J. Phsychosom. Res. 2008. Vol. 65 (5). P.473–486.

4. Mason A., Banerji S., Eapen V. et al. The prevalence of Tourette's syndrome in a mainstream school population // Development Medicine Child Neurology. 1998. Vol. 40 (5). P.292–296.
5. Center for Diseases Control and Prevention, Prevalence of diagnosed Tourette syndrome in person aged 6–17 years. United State, 2007 // MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009. Vol. 58. P.581–585.
6. Петрухин А.С. Неврология детского возраста. М.: Медицина, 2004. 792 с. [Petruhin A.S. Nevrologija detskogo vozrasta. M.: Medicina, 2004. 792 s. (in Russian)].
7. Freeman R.D., Fask D.K., Burd L. et al. An international perspective on Tourette syndrome: selected findings from 3,500 individuals in 22 countries // Dev Med Child Neurol. 2000. Vol. 42. P.436–447.
8. Danielle C.C., Hedderly T., Ludolph A.J. et al. European clinical guidelines for Tourette Syndrome and other tic disorders. Part I: assessment // Eur Child Adolesc Psychiatry. 2011. Vol. 20. P.155–171.
9. Kadesjo B., Cillberg C. Tourette's disorder: epidemiology, and comorbidity in primary school children // J Am Acad Adolesc Psychiatry. 2000. Vol. 39 (5). P.548–555.
10. Lombroso P.J., Scahill L. Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder // Brain Dev. 2008. Vol. 30(4). P. 231–237.
11. Mills S., Hedderly T. A Guide to Childhood Motor Stereotypes, Tic Disorders and the Tourette Spectrum for the Primary Care Practitioner // Ulster Med J. 2014. Vol. 83(1). P. 22–30.
12. Robertson M.M. Gill de la Tourette syndrome: the complexities of phenotype and treatment // Br. J Hosp Med (Lond). 2011. Vol. 72 (2). P.100–107.
13. Schuerholz L.J., Baumgardner T.L., Singer H.S. et al. Neuropsychological status of children with Tourette's syndrome with and without attention deficit hyperactivity disorders // Neurology. 1996. Vol. 46(4). P.958–965.
14. Robertson M.M. Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment // Brain. 2000. Vol. 123. P.425–462.
15. Table of contents for Handbook of Tourette's syndrome and related tic and behavioral disorders edited by Roger Kurlan. Library of Congress Subject Headings for this publication: Tourette syndrome, Tic disorders. Internet resource: catdir.loc.gov catdir/toc/fy053/2004304971.html
16. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: диагностика, патогенез, принципы лечения // Вопросы практической педиатрии. 2012. №1(8). С. 54–62 [Zavadenko N.N. Sindrom deficita vnimanija s giperaktivnost'ju: diagnostika, patogenez, principy lechenija // Zhurn. Voprosy prakticheskoj pediatrii. 2012. №1(8). S. 54–62 (in Russian)].
17. Modafferi S., Stornelli M., Chiarotti F. et al. Sleep, anxiety and psychiatric symptoms in children with Tourette syndrome and tic disorders // Eur J Paediatr Neurol. 2016. Vol. 20(5). P. 696–703.
18. Silvestri P.R., Chiarotti F., Baglioni V. et al. Health-related quality of life in patients with Gilles de la Tourette syndrome at the transition between adolescence and adulthood // Neurol Sci. 2016. Vol. 37(11). P.1857–1860.
19. Debes N., Hjalgrim H., Skov L. The presence of attention-deficit hyperactivity disorders (ADHD) and obsessive-compulsive disorder worsen psychosocial and education problems in Tourette syndrome // Journal of child neurology. 2010. Vol. 25(2). P.171–181.
20. Solanto M.Y., Wasserstein J., Mitchel K.J., Marks D.J. Diagnosis of ADHD in adults: what is the appropriate DSM-5 symptom threshold for hyperactivity – impulsivity // J. Atten. Disord. 2012. Vol. 16(8). P.631–634.
21. Dell'Osso B., Marazziti D., Albert U., Pallanti S. Parsing the phenotype of obsessive-compulsive tic disorder (OCTD): a multidisciplinary consensus // Int J Psychiatry Clin Pract. 2017. Vol. 21(2). P.156–159.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4 th ed. Washington. American Psychiatric Association. 1994.
23. Anonymous: Definitions and classification of tic disorders // The Tourette Syndrome Classification Study Group// Arch. Neurol. 1993. Vol. 50. P.1013–1016.
24. Leckman J.F., Riddle M.A., Hardin M.T. et al. The Yale Global Tic Severity Scale; initial testing of a clinical – rated scale of tic severity // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1989. Vol. 28. P. 66–573.
25. Овчарова В.К. Международная классификация болезней МКБ-10. Пер. на русский язык под ред. М.В. Максимовой. ВОЗ. Женева, 1989. С.388–389, 405 [Ovcharova V.K. Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej MKB-10, perevod na ruskij jazyk pod red. M.V. Maksimovoj. VOZ. Zheneva, 1989. S.388–389, 405 (in Russian)].
26. Зыков В.П. Шкала Conners для родителей для выявления признаков синдрома дефицита внимания и гиперактивности // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. №9. С. 31–34 [Zykov V.P. Shkala Conners dlja roditelej dlja vyjavlenija priznakov sindroma deficita vnimanija i giperaktivnosti // Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova. 2011. №9. S. 31–34 (in Russian)].
27. Шкала тревоги. Тест на тревожность Спилбергера – Ханина. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://psycabi.net/testy/179-test-na-trevozhnost-spilbergera-khanina> [Shkala trevogi. Test na trevozhnost' Spilbergera – Hanina. [Jelektronnyj] re-surs]. Rezhim dostupa: <http://psycabi.net/testy/179-test-na-trevozhnost-spilbergera-khanina> (in Russian)].
28. Вассерман Л.И., Дорофеева С.И., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. Практическое руководство. СПб.: Стройиздательство. 1997. 213 с. [Vasser-man L.I., Dorofeeva S.I., Meerson Ja.A. Metody nejropsihologicheskoi diagnostiki. Prakticheskoe rukovodstvo. SPb.: Strojdspeschat'. 1997. 213 s. (in Russian)].
29. Хачатрян Л.Г., Максимова М.С., Ожегова И.Ю., Белоусова Н.А. Терапия отдаленных последствий перинатального поражения нервной системы у детей // РМЖ. 2016. № 1. С. 1–4 [Hachatrjan L.G., Maksimova M.S., Ozhegova I.Ju., Belousova N.A. Terapija otdalennykh posledstvij perinatal'nogo porazhenija nervnoj sistemy u detej // RMZh. 2016. № 1. S. 1–4 (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Меньше стресса с Гомеостресом!

Не вызывает привыкания и сонливости!



- Способствует снижению тревожности
- Помогает засыпанию



BOIRON®

Детские страхи

Ночные кошмары

Нервозность

Замкнутость

Беспокойство

Агрессия

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Реклама