



СЕРІЯ
Психологія
Психіатрія
Психотерапія

СИНОПСИС

ДІАГНОСТИЧНИХ КРИТЕРІЇВ *DSM-V* ТА ПРОТОКОЛІВ *NICE*

ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОСНОВНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ



ВИДАВНИЦТВО
УКРАЇНСЬКОГО КАТОЛИЦЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ

ЛЬВІВ 2014

Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. (Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»). Львів: Видавництво Українського католицького університету, 2014. 112 с.

«Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків» – це сучасний poradnik з дитячої психіатрії, який містить діагностичні критерії посібника з діагностики та статистики психічних розладів DSM-V (2013) Американської асоціації психіатрів, а також клінічні протоколи Національного інституту здоров'я і якості медичної допомоги Великобританії (NICE), викладені в одному загальному огляді в стислій формі.

Посібник рекомендований для фахівців сфери охорони психічного здоров'я дітей та підлітків: дитячих психіатрів, психотерапевтів, психологів, соціальних працівників, медичних сестер, а також студентів цих спеціальностей.

Посібник видано в рамках спільного проекту
«Створення моделі покращення доступності, ефективності
та якості послуг у сфері охорони психічного здоров'я
дітей і підлітків в Україні на прикладі міста Львова»



Інституту психічного здоров'я
Українського католицького університету,



Українського інституту
когнітивно-поведінкової терапії



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Швейцарського бюро
співробітництва в Україні
(Swiss Cooperation Office Ukraine)

Зміст

Передмова	5–7
Вступне слово від упорядника	9–10
Розлади спектру аутизму	11–20
Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги	21–27
Тікові розлади	28–35
Шизофренія	36–45
Біполярний розлад	46–53
Великий депресивний розлад	54–60
Розлад соціальної тривоги (Соціальна фобія)	61–64
Генералізований тривожний розлад Панічний розлад	65–75
Обсесивно-компульсивний розлад Дизморфофобічний розлад	76–84
Посттравматичний стресовий розлад	85–91
Розлади харчової поведінки	92–102
Розлад поведінки Опозиційно-викличний розлад	103–111

Припинення лікування СІЗЗС та клоніпраміном у дітей та підлітків

Рекомендовано:

- припиняти лікування препаратами, якщо досягнуто ремісії (симптоми не спостерігаються, а пацієнт повноцінно функціонує в різних сферах), яка зберігається впродовж щонайменше 6 місяців, а пацієнт погоджується відмовитися від препаратів;
- зменшувати дозу антидепресантів, особливо СІЗЗС, поступово, впродовж кількох тижнів, відповідно до потреб пацієнта, щоб звести до мінімуму симптоми відміни препарату;
- не припиняти психотерапевтичне лікування впродовж періоду відміни медикаментів, щоб зменшити ризик рецидиву.

Посттравматичний стресовий розлад

Діагностичні критерії 309.81 (F43.10)

Примітка: наступні критерії застосовуються для дорослих, підлітків та дітей віком понад 6 років.

A. Піддавання ризику реальної смерті або її загрози, серйозних травм або сексуального насильства, як охарактеризовано в одному (або більше) з наступних пунктів:

- 1 Безпосереднє переживання травматичної події / подій.
- 2 Людина особисто була свідком події / подій, які відбувалися з іншими.
- 3 Травматична подія / події відбулися з близькими членами сім'ї чи близьким другом. У випадках смерті або загрози смерті члена сім'ї або друга подія / події були насильницькими або випадковими.
- 4 Переживання неодноразового, надмірного впливу подробиць травматичної ситуації, які викликають відразу (наприклад, у служб екстреного реагування, що збирають людські останки; в офіцерів поліції, які неодноразово перебувають під впливом подробиць щодо насильства дітей).

Примітка: критерій А4 не поширюється на експозицію за допомогою електронних медіа, телебачення, фільмів та фотографій, крім випадків, які стосуються роботи.

В. Присутність одного (чи більше) з наведених нижче інтрузивних симптомів, пов'язаних з травматичною подією/подіями, які виникають після того, як подія відбулася:

1 Періодичні, мимовільні, інтрузивні, болючі спогади про травматичну подію/подію.

Примітка: у дітей, що мають більше як 6 років, може виникати повторювана гра, в якій відображається основна тема або аспекти травматичної ситуації/ситуацій.

2 Періодичні тривожні сни, зміст яких і/або емоційна реакція на які пов'язані з травматичною подією/подіями.

Примітка: у дітей можуть бути моторошні сни без розпізнаваного змісту.

3 Дисоціативні реакції (флеш-беки), у яких людина відчувається або діє так, ніби травматична подія/подія відбувається знову (такі реакції можуть доходити аж до повної втрати усвідомлення того, що діється навколо в даний момент).

Примітка: у дітей під час гри може виникати специфічна реконструкція травми.

4 Інтенсивне чи тривале психологічне страждання через вплив внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспекти травматичної події/подій.

5 Виражені фізіологічні реакції на внутрішні чи зовнішні сигнали, що символізують або нагадують аспекти травматичної події/подій.

С. Постійне уникання пов'язаних з травматичною подією подразників, які з'являються після події. Про це свідчить зазначене в одному чи обох наступних пунктах:

1 Уникання або намагання уникнути болісних спогадів, думок про травматичну подію/подію чи почуттів щодо неї або думок і почуттів, тісно пов'язаних з цією подією/подіями.

2 Уникання або намагання уникнути зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, дій, об'єктів, ситуацій), які викликають болісні спогади, думки про травматичну подію/подію чи почуття щодо неї або тісно пов'язані з нею/ними.

Д. Негативні зміни у думках і настрої, пов'язані з травматичною подією, які починаються або погіршуються після події, про що свідчать два чи більше з наступних виявів:

1 Нездатність згадати важливий аспект травматичної події/подій (через дисоціативну амнезію, але не через травму голови, алкоголь чи медикаменти).

2 Постійні і перебільшені негативні переконання та очікування щодо себе, інших і щодо світу (наприклад, «я поганий», «нікому не можна довіряти», «світ повністю небезпечний», «моя нервова система назавжди зруйнована»).

3 Постійні спотворені думки про причини або наслідки травматичної події, які призводять до того, що особа звинувачує себе або інших.

4 Постійний негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, почуття провини або сорому).

5 Помітне зменшення інтересу до важливих заходів або до участі у них.

6 Почуття відокремленості або відчуженості щодо інших.

7 Постійна нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення, любов).

Е. Помітні зміни в активності та здатності реагувати, які з'являються або погіршуються після травматичної події/подій. Про це свідчать два (або більше) з наступних виявів:

1 Дратівлива поведінка та спалахи гніву (з найменшим провокуванням чи без), що, зазвичай, проявляється як словесна або фізична агресія щодо людей чи об'єктів.

2 Ризикована або самоушкоджуюча поведінка.

3 Надмірна пильність.

4 Перебільшена реакція здригання.

5 Проблеми із зосередженістю.

6 Порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням, неміцний або неспокійний сон).

Ф. Тривалість розладу (критерії В, С, D, E) понад 1 місяць.

Г. Розлад викликає значне страждання чи порушення функціонування у соціальній, професійній або інших сферах.

Н. Порушення не зумовлене фізіологічним наслідком дії речовин (наприклад, ліків, алкоголю) чи іншим клінічним станом.

Синопис рекомендацій NICE

Виявлення

Симптоми та проблеми, які зазвичай пов'язують із ПТСР:

- **Повторне переживання:** флешбеки, нічні жахи, повторювані і болісні, інтрузивні образи або чуттєві враження. У дітей ці симптоми можуть містити реконструкцію пережитого досвіду, постійно повторювану гру або страшні сни без розпізнаваного змісту.
- **Уникнення:** уникання людей, ситуацій або обставин, що пов'язані з подією або нагадують її.
- **Перезбудження:** надмірна пильність, перебільшена реакція здригання, порушення сну, дратівливість і труднощі зі зосередженістю.
- **Емоційне оніміння:** відсутність здатності переживати почуття, почуття відокремленості від інших людей, відмова від дій, які раніше були важливі, амнезія щодо важливих моментів події.
- **Депресія.**
- **Зловживання алкоголем або наркотиками.**
- **Гнів.**
- **Фізичні симптоми, які повторюються і не мають жодного пояснення.**

Специфічні проблеми виявлення у дітей та молоді

- При будь-якому обстеженні на ПТСР не слід керуватись інформацією виключно від батьків чи опікунів, необхідно окремо розпитати саму дитину чи молоду особу про симптоми ПТСР.
- Слід також запитати дітей і/або їхніх батьків/опікунів про порушення або значні зміни сну.

Діти у відділеннях невідкладної допомоги

Необхідно:

- інформувати батьків/опікунів, що у дітей, які були учасниками травматичної події, може розвинути ПТСР;
- коротко описувати батькам/опікунам можливі симптоми (наприклад, порушення сну, нічні жахи, труднощі з концентрацією уваги і дратівливість);
- рекомендувати батькам/опікунам звернутись до лікаря дитини, якщо симптоми триватимуть більше 1 місяця.

Втручання у перший місяць після травми.

- Слід запропонувати травмофокусовану КПТ для старших дітей з важкими посттравматичними симптомами або з важким ПТСР.

Втручання після трьох або більше місяців після травми

- Необхідно запропонувати дітям і молодим людям курс травмофокусованої КПТ, яка адаптована до їхнього віку, обставин і рівня розвитку (також такий курс потрібно запропонувати тим, хто зазнав сексуального насильства).
- Для хронічного ПТСР у дітей та молодих людей, що є наслідком однієї події, слід розглянути можливість 8-12 сесій травмофокусованого психологічного лікування. Коли обговорюється травма, як правило, потрібні триваліші терапевтичні сесії (90 хвилин).
- Психологічна допомога має бути регулярною і безперервною (зазвичай, щонайменше один тиждень), її повинна надавати одна особа.
- Не слід брати за правило призначати медикаментозне лікування для дітей і молодих осіб з ПТСР.
- Для лікування дітей та молодих осіб рекомендовано залучати сім'ї, коли це доречно, але слід пам'ятати, що лікування, яке включає лише залучення батьків, не матиме вагомої користі для симптомів ПТСР.
- Необхідно інформувати батьків (коли доречно – дітей і молодих осіб), що, окрім як для травмофокусованого психологічного втручання, немає вагомих доказів ефективності лікування іншими формами, такими як: ігрова терапія, арт-терапія і сімейна терапія.