



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

Передмова

У цей важливий час, коли Україна ставить собі за мету рухатися у напрямку європейських цінностей та стандартів життя, важливою частиною євроінтеграції є зміна існуючих в Україні систем послуг – зокрема, надзвичайно важливими є зміни у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків. Психологічне здоров'я молодого покоління є великою цінністю. З цього приводу влучно висловився президент Всесвітньої асоціації психіатрів Ахмед Окаша: «Майбутнє наших суспільств залежить від того, яку увагу ми приділяємо психічному здоров'ю наших дітей сьогодні». З огляду на велику поширеність проблем психічного здоров'я у дітей і підлітків (за оцінками експертів щонайменше 13% осіб у віці до 15 років та 43% у віці між 13-18 років мають проблеми з психічним здоров'ям), їх значний вплив на якість життя та розвиток, самореалізацію дитини та підлітка, тенденцію до хронічного перебігу, інвалідизуючий потенціал та летальність (смерть від суїциду є однією з провідних причин смерті підлітків) ефективна система охорони психічного здоров'я дітей і підлітків є надзвичайно важливою.

Існуюча в Україні система має свої сильні сторони, але, на жаль, і ряд суттєвих недоліків; ми розуміємо, що часто запропонована допомога не відповідає європейським протоколам допомоги дітям з тим чи іншим розладом психіки. Ми свідомі того, що змінити ситуацію непросто, бо вона вимагає ґрунтовних заходів, націлених на реформу самої системи з орієнтацією на розвиток мультидисциплінарних біопсихосоціальних програм допомоги, навчання фахівців, розвиток дитячої психотерапії,

просвіти громадськості та, зокрема, батьків, мережевої співпраці, ефективного соціального захисту дітей та багатьох інших змін. І дорогу до цих змін прокладати нам усім разом – фахівцям, батькам, політикам, громаді...

Кожна дорога складається з маленьких кроків. Видання цього синопсису сучасних стандартів діагностики та допомоги дітям і підліткам з найбільш поширеними психіатричними розладами є одним з таких важливих кроків. Ми вибрали саме критерії Американської асоціації психіатрів (DSM-V, APA, 2013) та британського Національного інституту здоров'я і якості медичної допомоги Великобританії (NICE), оскільки вони є найбільш поширеними і мають великий авторитет у західному світі, адже за їх розробкою стоять авторитетні групи фахівців та ретельні наукові дослідження. У сучасну еру доказової медицини розробка таких протоколів рекомендованих втручань є дуже важливим завданням, оскільки, протокол допомагає зорієнтуватися як фахівцям, так і користувачам послуг, які саме методи втручань, серед пропонованого їх розмаїття мають науково доведену ефективність та найвищу імовірність бути помічними при тій чи іншій проблемі. Вимога доказовості має великий вплив і на розвиток самих послуг, адже критична перевірка теоретичних моделей та пропонованих втручань допомагає робити втручання усе більш безпечними та ефективними, заощаджує час і кошти як користувачів послуг, так і держави, системи страхової медицини і т. д.

Отже, для нас усіх зараз важливо є ознайомитися з цими протоколами, осмислити їх у контексті українських реалій. Звісно, не всі послуги і втручання нам вдасться одразу реалізувати в Україні, – але усвідомлення того, чого нам не вистачає для втілення найкращих на даний час науковообґрунтованих стандартів допомоги, споді-

ваємося, покаже нам дорогу і стане імпульсом до руху в напрямку цих стандартів, кінцевою метою яких, зрештою, є здоров'я і повноцінна самореалізація дітей та підлітків – і майбутнього наших суспільств...

Олег Романчук

дитячий та підлітковий психіатр,
директор Інституту психічного здоров'я
Українського католицького університету

Вступне слово від упорядника

Кожна дитина унікальна. Кожна дитина має свої біологічні та генетичні задатки, особливості розвитку. З плином часу діти переживають багато фізичних, психічних та емоційних змін, навчаючись, як впоратися з проблемами, як адаптуватися і ставитися до світу, що оточує їх.

За даними ВООЗ 50% психічних розладів, що спостерігаються протягом життя, починаються у віці до 14 років. Виявлення та діагностування психічних розладів у дітей та підлітків є вагомим проблемою у роботі фахівців психічного здоров'я, а тому існує велика потреба у забезпеченні спеціалістів інформацією про найкращі інноваційні, науковообґрунтовані методи лікування, які враховують унікальні особливості дитини чи підлітка.

Науковообґрунтовані методи мають значні переваги, адже доказова медицина дозволяє зменшити небажані явища (наприклад, неправильне діагностування, застарілі або ризиковані випробування чи методи, призначення надмірної кількості ліків), сприяє покращенню співпраці між лікарями, фахівцями інших сфер і пацієнтами, дозволяє використовувати новітні методи обстеження та лікування.

Дана книжка 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). З часу свого заснування NICE набув репутації об'єктивної та незалежної інституції, високі стандарти якості якої забезпечують

найкращі позитивні результати для людей, що користуються послугами охорони здоров'я. Стандарти якості розробляються у співпраці з фахівцями охорони здоров'я та громадськістю, соціальними працівниками, партнерами Інституту та користувачами послуг. Високий рівень успішності NICE забезпечується, зокрема, шляхом створення протоколів та рекомендацій для здоров'я на основі наукових доказів ефективності.

Цей посібник є першим, скороченим виданням діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE українською мовою, викладених в одному загальному огляді в стислій формі. Дані клінічні протоколи є рекомендаціями NICE для належного лікування та догляду дітей і підлітків. Вони спрямовані на покращення якості медичної допомоги, зокрема можуть використовуватися в навчанні та підготовці фахівців в галузі охорони здоров'я, допомагати пацієнтам приймати обґрунтовані рішення, сприяти взаєморозумінню між пацієнтом і медичним працівником.

Виняток становить протокол для лікування синдрому Туретта та інших тікових розладів, створений Європейською асоціацією дослідження синдрому Туретта (ESSTS).

Для зручності користування даним посібником на кожен розділ, який включає діагностичні критерії та протокол, обрано інший колір на берегах книги.

Сподіваємось, що це видання буде важливою допомогою фахівцям у їх нелегкій праці та сприятиме дітям і молоді із розладами психіки в тому, щоб вони мали повноцінне, якісне життя в гармонії із собою і суспільством.

Леся Підлісецька

дитячий та підлітковий психіатр,
психотерапевт

Розлади спектру аутизму

Діагностичні критерії 299.00 (F 84.0)

A. Стійкий дефіцит соціальної комунікації та соціальної взаємодії у багатьох ситуаціях в даний час або в минулому, про що свідчить наступне (приклади є ілюстративними, але не вичерпними):

- 1 Дефіцит соціально-емоційної взаємодії, починаючи, наприклад, від відхилення у соціальному вмінні зблизитись та неспроможності вести нормальну розмову до зниження вміння ділитись інтересами, емоціями, афектами та до неспроможності ініціювати чи відповідати на соціальну взаємодію.
- 2 Дефіцит невербальної комунікації, яка використовується у соціальній взаємодії, починаючи, наприклад, від недостатньої цілісності вербальної і невербальної комунікації до порушень зорового контакту і мови тіла або до дефіциту у розумінні і використанні жестів та до повної відсутності міміки і невербальної комунікації.
- 3 Дефіцит вміння розвивати, підтримувати та розуміти стосунки, починаючи, наприклад, від труднощів у регулюванні поведінки в різних соціальних ситуаціях до труднощів у спільних іграх на уяву і зав'язуванні стосунків та до відсутності інтересу до однолітків.

B. Обмежені, повторювані зразки поведінки, інтереси чи діяльність в даний час або в минулому, про що свідчать щонайменше дві з наступних ознак (приклади є ілюстративними, але не вичерпними):

1. Стереотипні або повторювані моторні рухи, стереотипне використання речей чи мовлення (наприклад, прості моторні стереотипії, викладання іграшок в ряд чи постукування предметами, ехололія, ідіосинкратичні фрази).
2. Наполягання на подібності, негнучкість у дотриманні певного режиму, ритуалізовані зразки вербальної та невербальної поведінки (наприклад, засмученість через незначні зміни, труднощі з перемінами, стійкі стереотипи мислення, потреба ходити однаковим маршрутом і їсти однакову їжу щодня).
3. Надзвичайно обмежені, зациклені інтереси, ненормальні з точки зору інтенсивності чи зосередженості (наприклад, сильна прив'язаність або захоплення незвичними об'єктами, надмірно обмежені чи стійкі інтереси).
4. Гіпер- або гіпочутливість до отриманої сенсорної інформації, незвичайний інтерес до сенсорних особливостей навколишнього середовища (наприклад, очевидна байдужість до болю/температури, негативна реакція на конкретні звуки чи текстури, надмірне обнюхування чи обмацування об'єктів, захоплення спогляданням світла чи рухів).

C. Симптоми мають бути присутні на ранніх етапах розвитку (але можуть не повністю проявлятися до того моменту, поки соціальні вимоги не починають перевищувати обмежені можливості, або можуть маскуватися у подальшому житті за допомогою вивчених стратегій).

D. Симптоми призводять до істотних порушень у соціальній, професійній та інших важливих сферах функціонування.

E. Ці порушення не пояснюються інтелектуальною неповносправністю (розумовою відсталістю) чи загальною затримкою розвитку. Інтелектуальна неповносправність і розлад спектру аутизму часто співіснують. Щоб діагностувати коморбідність розладу спектру аутизму і розумової відсталості, рівень соціальної комунікації має бути нижчим за загальний рівень розвитку.

Синопис рекомендацій NICE

Обстеження

Рекомендовано проводити діагностичне обстеження впродовж трьох місяців з моменту скерування.

Кожне діагностичне обстеження має охоплювати:

- детальні запитання про те, що непокоїть батьків чи опікунів (і, якщо доречно, – про занепокоєння дитини чи молоді особи);
- деталі про побут, навчання та соціальний догляд дитини чи молоді особи;
- історію розвитку, зосереджену на особливостях розвитку та поведінки відповідно до критеріїв ICD-10 або DSM-V (для того, щоб зібрати цю інформацію, слід розглянути можливість використання спеціальних методик для дослідження аутизму);

- обстеження (через взаємодію і спостереження за дитиною чи молодою особою) соціальних та комунікативних навичок і поведінки, з приділенням пильної уваги особливостям відповідно до критеріїв ICD-10 або DSM-V (для того, щоб зібрати цю інформацію, слід розглянути можливість використання спеціальних методик для дослідження аутизму);
- історію хвороби включно з пренатальною, перинатальною і сімейною історією, а також стан здоров'я в минулому і тепер;
- диференційну діагностику;
- системне обстеження станів, які можуть співіснувати з аутизмом;
- відомості про сильні сторони, вміння, порушення і потреби дитини чи молодої особи. Ці дані можуть бути використані для створення плану втручання на основі потреб дитини з урахуванням сімейного та освітнього контексту;
- обговорення результатів обстеження з батьками / опікунами і, якщо доречно, з дітьми чи молодими особами.

Будь-які медичні обстеження становлять лише частину діагностичного оцінювання аутизму; необхідно розглядати індивідуальний стан на основі фізичного огляду, клінічної оцінки та даних про дитину чи молоду особу, а також взяти до уваги:

- генетичні тести, якщо є видимі стигми дизембріогенезу, вроджені аномалії і/або доказ розумової відсталості;
- електроенцефалографію, якщо є підозра на епілепсію.

Не слід виключати аутизм у дитини, навіть якщо:

- існує зоровий контакт, усмішка і вияв прихильності до членів сім'ї;
- є здатність до сюжетно-рольової гри та нормальні передумови до розвитку мови;
- попереднє обстеження встановило відсутність аутизму, але з'явилась нова інформація.

Діагностика

Необхідно використовувати інформацію з усіх джерел, враховуючи клінічну оцінку для діагностування аутизму на основі критеріїв ICD-10 або DSM-V.

Щоб встановити діагноз, не слід покладатись лише на одну методику оцінювання аутизму.

Потрібно бути готовим до непевності в діагностуванні аутизму у деяких дітей та молодих людей, особливо у:

- дітей до двох років;
- дітей, рівень розвитку яких не сягає рівня розвитку 18-місячних;
- дітей чи молодих людей, які мають недостатньо інформації про перші роки свого життя (наприклад, всиновлені діти або діти з дитячих будинків);
- підлітків старшого віку;
- дітей чи молодих людей з важкими супутніми розладами психіки (наприклад, розлад поведінки, розлад прив'язаності та інші), сенсорними порушеннями (важка патологія слуху та зору) або моторними порушеннями (церебральний параліч).

Слід знати, що деякі діти і молоді люди можуть мати особливості поведінки, які спостерігаються при РСА, але їх вираженість не досягає рівня, необхідного для встановлення заключного діагнозу згідно з ICD-10 або DSM-V.

Слід знати, що для розпізнання ймовірності аутизму у дітей та молодих людей під час збору інформації про ознаки і симптоми аутизму корисно застосовувати структуровані методики. Але вони не є основними і не повинні бути використані для встановлення чи виключення діагнозу «аутизм». Також необхідно знати, що:

- позитивний показник при використанні цих методик може бути не лише на користь діагнозу «аутизм», але й іншого діагнозу;
- негативний показник не виключає аутизму.

Втручання, націлені на основні симптоми аутизму

Психосоціальні втручання

Слід розглянути конкретні соціально-комунікативні втручання для основних симптомів аутизму у дітей та молодих людей: стратегії на основі гри з батьками, опікунами і вчителями для розвитку здатності дітей чи молодих осіб зосереджуватися на спільних діях, брати в них участь і спілкуватися, залучення та спілкування дітей чи молодих осіб. Стратегії повинні:

- бути пристосованими до рівня розвитку дитини чи молоді особи;
- бути спрямовані на підвищення розуміння, чутливості та здатності батьків, опікунів, вчителів

і однолітків реагувати на зразки комунікації і взаємодії дитини чи молоді особи;

- включати техніки моделювання ситуацій терапевтом та відеоінтерактивний зворотний зв'язок;
- включати техніки розширення комунікації, інтерактивної гри та соціальної рутини дитини чи молоді особи. Втручання має впроваджувати спеціально підготований фахівець. Для дітей дошкільного віку доцільно залучати батьків, опікунів чи вчителів; для дітей шкільного віку – ровесників.

Застосування медикаментів та дієти

Не слід використовувати описані нижче втручання для подолання основних симптомів аутизму у дітей та молодих людей:

- нейролептики;
- антидепресанти;
- протисудомні препарати;
- дієти (наприклад, безглутеїнова чи безказеїнова).

Втручання, націлені на проблемну поведінку:

Запобігання проблемній поведінці

- 1 При рутинному обстеженні та плануванні догляду за дітьми та молодими людьми з аутизмом необхідно оцінити фактори, що можуть підвищувати ризик проблемної поведінки. Слід врахувати:

- порушення комунікації, що може бути наслідком труднощів із розумінням ситуацій та вираженням потреб і бажань;
 - супутні фізичні розлади, наприклад, шлунково-кишкові;
 - супутні розлади психіки, наприклад, тривожність, депресія, ГРДУ;
 - фізичне середовище, наприклад, рівень шуму та освітлення;
 - соціальне середовище, включно з діяльністю вдома, в школі, на дозвіллі;
 - зміни заведеного порядку чи особистих обставин;
 - зміни, пов'язані з розвитком, включаючи пубертатний період;
 - випадки експлуатації або насильства;
 - ненавмисне заохочення проблемної поведінки;
 - відсутність передбачуваності та структурованості.
- 2 Слід разом з дитиною або молодою людиною та батьками чи опікунами розробити план допомоги, у якому потрібно наголосити на заходах, необхідних для усунення факторів, що можуть провокувати проблемну поведінку. У план необхідно включити:
- лікування супутніх фізичних, розумових та поведінкових проблем;
 - підтримку сімей чи опікунів;
 - необхідні коригування, наприклад, підвищення структурованості та зменшення непередбачуваності.

Психосоціальні втручання, націлені на проблемну поведінку

- Якщо супутні розлади психіки, фізичні розлади та проблеми довкілля й оточення не були визначені як такі, що спричиняють чи підтримують проблемну поведінку, рекомендовано запропонувати дитині чи молодій особі психосоціальне втручання як втручання першого вибору.

Фармакологічні втручання, націлені на проблемну поведінку

Якщо психосоціальні чи інші втручання недостатні або не можуть здійснюватися через важкість поведінки дітей або молодих осіб з аутизмом, то необхідно розглянути призначення антипсихотичних медикаментів як спосіб управління проблемною поведінкою. Антипсихотичні медикаменти має виписувати психіатр або педіатр, який повинен:

- визначити проблемну поведінку, на яку націлене втручання;
- визначити відповідну дозу та спостерігати за ефективністю, у тому числі за частотою і важкістю поведінкових порушень і загальним впливом;
- переглядати ефективність та наявність побічних дій медикаментів після 3-4 тижнів;
- припинити лікування, якщо немає ознак клінічного покращення після 6 тижнів.

Якщо призначено антипсихотичні препарати, рекомендовано:

- розпочати з малих доз;
- використовувати мінімальну ефективну дозу;
- регулярно оцінювати ефективність антипсихотичних препаратів, а також будь-які побічні дії.

Втручання, які не слід застосовувати при аутизмі:

- нейронний зворотний зв'язок (neurofeedback) для подолання проблем мови і мовлення у дітей та молодих осіб з аутизмом;
- тренування на аудіальну сенсорну інтеграцію для подолання проблем мови і мовлення у дітей та молодих осіб з аутизмом;
- омега-3 жирні кислоти для подолання проблем зі сном у дітей та молодих осіб з аутизмом.

Допомога у повсякденному житті

Дітям та молодим особам з аутизмом необхідно запропонувати:

- підтримку у розвитку стратегій подолання проблем;
- полегшення доступу до суспільних можливостей, включаючи розвиток навичок у користуванні громадським транспортом;
- сприяння у працевлаштуванні та проведенні дозвілля.

Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (ГРДУ)

Діагностичні критерії

A. Стійка неухважність і/або імпульсивність/гіперактивність, що перешкоджає функціонуванню або розвитку, як охарактеризовано в пунктах (1) і/або (2):

- 1 Шість (чи більше) з наступних симптомів тривають щонайменше 6 місяців у ступені, що не узгоджується з рівнем розвитку, і негативно впливають на соціальну та академічну/професійну діяльність:

Примітка: симптоми не є проявом опозиційної поведінки, демонстративної непокори, ворожості або нерозуміння завдань та інструкцій. Для старших підлітків і дорослих (17 років і старших) потрібно, щонайменше, 5 ознак.

- a часто приділяє недостатньо пильну увагу до деталей або робить помилки через неухважність на заняттях у школі, на роботі, під час інших видів діяльності (наприклад, не помічає або пропускає деталі, робота є неакuratною);
- b часто має труднощі з утриманням уваги на завданнях або під час гри (наприклад, має труднощі з концентрацією уваги під час лекцій, розмов або тривалого читання);

- c** часто здається, що не слухає при безпосередньому зверненні (наприклад, складається враження, що блукає думками в іншому місці, навіть за відсутності будь-яких очевидних відволікань);
- d** часто не виконує вказівок і не в змозі завершити шкільне завдання, повсякденні домашні справи або обов'язки на робочому місці (наприклад, починає завдання, але швидко втрачає зосередженість і легко відволікається);
- e** часто має проблеми із організацією завдань та заходів (наприклад, труднощі з опануванням послідовних завдань та із зберіганням речей в порядку; неохайна, неорганізована робота, недостатнє управління часом, неможливість завершити роботу в термін);
- f** часто уникає, не любить або неохоче займається завданнями, які вимагають постійних розумових зусиль (наприклад, шкільні або домашні завдання, для підлітків старшого віку і дорослих – підготовка звітів, заповнення форм, перегляд великої кількості паперів);
- g** часто губить речі, необхідні для виконання завдань чи роботи (наприклад, шкільне приладдя, олівці, книжки, інструменти, гаманці, ключі, окуляри, документи, мобільні телефони);
- h** легко відволікається на сторонні подразники (старші підлітки і дорослі – на не пов'язані між собою думки);
- i** часто забудькуватий/а у повсякденній діяльності (наприклад, у виконанні домашніх справ, доручень; старші підлітки і дорослі – в оплаті рахунків, відповідях на телефонні дзвінки, дотриманні домовленостей про зустрічі).

- 2** Гіперактивність та імпульсивність. Шість (чи більше) з наступних симптомів тривають щонайменше 6 місяців у ступені, що не узгоджується з рівнем розвитку, і негативно впливають безпосередньо на соціальну і академічну/ професійну діяльність:

Примітка: симптоми не є проявом опозиційної поведінки, демонстративної непокори, ворожості або нерозуміння завдань та інструкцій. Для старших підлітків і дорослих (17 років і старших) потрібно, щонайменше, 5 ознак.

- a** часто непосидючий/а, стукає руками чи ногами або крутиться на місці;
- b** часто покидає своє місце, коли необхідно залишатись (наприклад, встає зі свого місця в класі, офісі або в інших ситуаціях, котрі вимагають сидіти на місці);
- c** часто рухається від місця до місця, встає в ситуаціях, коли це недоречно;

Примітка: у підлітків та дорослих може бути обмежене відчуття невгамовності.
- d** часто не може спокійно гратись або брати участь у дозвіллі;
- e** часто «в русі», поводить, як «заведений/а» (наприклад, почувується некомфортно, коли треба сидіти впродовж тривалого часу, наприклад, у ресторанах, на зустрічах; збоку виглядає, як неспокійний/а або такий/а, якому/ій важко себе стримувати);
- f** часто говорить надміру;
- g** часто «випалює» відповідь ще до того, як питання було завершено (наприклад, завершує речення іншої людини, не може дочекатися своєї черги у розмові);

h часто має труднощі із дотриманням своєї черги (наприклад, коли стоїть у черзі);

i часто перебиває або втручається у діяльність інших (наприклад, втручається у розмови, ігри чи іншу діяльність; може брати чужі речі, не питаючи і не чекаючи дозволу; дорослі та підлітки можуть безцеремонно втручатися у справи інших).

В. Деякі симптоми неухважності або імпульсивності/гіперактивності спостерігалися у віці до 12 років.

С. Декілька симптомів неухважності або імпульсивності/гіперактивності присутні у двох або більше випадках (наприклад, вдома, в школі, на роботі, з друзями чи родичами, в іншій діяльності).

Д. Існує чітке свідчення того, що симптоми заважають або знижують якість соціального, академічного і професійного функціонування.

Е. Симптоми не є проявом шизофренії чи іншого психічного розладу і не пояснюються іншими клінічними розладами (наприклад, розладами настрою, тривожними розладами, розладами особистості, інтоксикацією різними речовинами або синдромом відміни).

Ступені важкості

Легкий: декілька симптомів, результатом яких є незначні порушення в соціальній і професійній діяльності.

Помірний: симптоми чи функціональні порушення знаходяться в діапазоні між «легким» і «важким» ступенями.

Важкий: кількість симптомів є істотно більшою від необхідної для встановлення діагнозу, або симптоми призводять до помітного порушення у соціальній та професійній сферах.

Синопис рекомендацій NICE

Діагностика

Діагноз ГРДУ повинен встановлювати лише психіатр, педіатр або інший кваліфікований лікар з підготовкою і досвідом у діагностиці ГРДУ.

Для діагностики ГРДУ симптоми імпульсивності/гіперактивності і/або неухважності мають:

- відповідати діагностичним критеріям DSM-V чи ICD-10 (гіперкінетичний розлад);
- бути пов'язаними з, щонайменше, помірним психологічним, соціальним і/або навчальним порушенням та базуватись на інтерв'ю або прямому спостереженні у різних ситуаціях;
- бути поширеними у двох або більше важливих середовищах, включаючи соціальне, сімейне та освітнє.

Лікування дітей та молоді

Лікування дітей дошкільного віку

- 1 Тренінги/навчальні програми для батьків є втручаннями першого вибору у лікуванні.
- 2 Медикаментозне лікування не рекомендоване для дітей дошкільного віку з ГРДУ.

Лікування дітей шкільного віку і молодих людей з ГРДУ помірного ступеня важкості

1 Групові тренінги / навчальні програми для батьків є втручаннями першого вибору.

2 Для дітей молодшого шкільного віку можна включити групову психологічну допомогу (когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) або тренінг соціальних навичок).

Для дітей старшого шкільного віку індивідуальне психологічне лікування може бути більш прийнятним, якщо групові поведінкові чи психологічні підходи не були ефективні або були відкинуті.

Використовуючи групову терапію (КПТ або тренінг соціальних навичок) для дитини чи молоді особи в поєднанні з батьківською навчальною програмою, слід звернути особливу увагу на соціальні навички у стосунках з однолітками, вирішення проблем, самоконтроль, навички слухання та вміння висловлювати почуття. Потрібно використовувати стратегії активного навчання і давати винагороди за досягнення ключових моментів у навчанні.

3 Надалі можна пробувати медикаментозне лікування дітей і молоді з ГРДУ з помірним ступенем важкості.

Лікування школярів та молодих людей з ГРДУ важкого ступеня (гіперкінетичний розлад)

1 Медикаментозне лікування є лікуванням першого вибору для школярів з важкою формою ГРДУ (гіперкінетична форма). Батькам необхідно запропонувати групові тренінги / навчання.

2 Якщо дитина чи молода людина і/або батьки / опікуни відмовляються від ліків, можна пробувати

психологічне втручання, але слід пам'ятати, що медикаментозне лікування переважає інші методи лікування для цієї групи пацієнтів.

3 Вчителі, які пройшли тренінг з ГРДУ, повинні забезпечити поведінкові втручання в класі, щоб допомогти дітям з ГРДУ.

Вибір медикаментів

Залежно від наявності супутніх захворювань, побічних ефектів і вибору пацієнта, дитині чи молодій особі можуть бути запропоновані метилфенідат, атомоксетин або дексамфетамін.

Рекомендовано розглянути:

- метилфенідат для ГРДУ без істотних супутніх захворювань або із супутнім розладом поведінки;
- метилфенідат або атомоксетин, коли є тіки, синдром Туретта, тривожний розлад, зловживання стимулянтами;
- атомоксетин, якщо метилфенідат використовувався, але не дав очікуваного ефекту в максимально допустимій дозі або дитина чи молода особа нечутлива до низьких чи помірних доз метилфенідату;
- дексамфетамін слід розглядати для дітей і молодих людей, ГРДУ яких не відповідає на максимально допустимі дози метилфенідату або атомоксетину.

Антипсихотичні препарати не рекомендуються для лікування ГРДУ у дітей і молодих людей.

Тікові розлади

Примітка: тік – це мимовільний, швидкий, повторюваний неритмічний рух або звук.

Діагностичні критерії

Розлад Туретта (синдром Туретта)

307.23 (F 95.2)

A. Множинні моторні тіки або один чи більше вокальних тіків, які спостерігаються під час захворювання, але не обов'язково одночасно.

B. Тіки можуть збільшуватися і зменшуватися за частотою, але повинні тривати більше, ніж 1 рік від першого прояву.

C. Перший прояв хвороби з'являється до 18 років.

D. Розлад не зумовлений фізіологічним наслідком вживання речовин (наприклад, кокаїну) або іншими клінічними станами (наприклад, хворобою Гантігтона, поствірусним енцефалітом).

Тривалий (хронічний) моторний або вокальний тіковий розлад

307.22 (F 95.1)

A. Одиничні чи множинні моторні або вокальні тіки виникають під час захворювання (хоча вокальні та моторні тіки не є одночасно присутні).

B. Тіки можуть виникати частіше чи рідше, але повинні тривати понад 1 рік від першого прояву.

C. Перший прояв хвороби з'являється до 18 років.

D. Розлад не зумовлений фізіологічним наслідком вживання речовин (наприклад, кокаїну) або іншими клінічними станами (наприклад, хворобою Гантігтона, поствірусним енцефалітом).

E. Критерії не відповідають синдрому Туретта (розладу Туретта).

Транзиторний тіковий розлад

307.21 (F 95.0)

A. Одиничні чи множинні моторні і/або вокальні тіки.

B. Тривалість тіків менше 1 року від першого прояву.

C. Перший прояв хвороби з'являється до 18 років.

D. Розлад не зумовлений фізіологічним наслідком вживання речовин (наприклад, кокаїну) або іншими клінічними станами (наприклад, хворобою Гантігтона, поствірусним енцефалітом).

E. Критерії не відповідають синдрому Туретта (розладу Туретта) чи тривалому (хронічному) моторному або вокальному тіковому розладу.

Синопис Європейського клінічного протоколу ESSTS

- У поданих нижче рекомендаціях ми використовуємо термін СТ (синдром Туретта), хоча інформація може бути застосована і до інших хронічних тікових розладів.
- Тіки можна діагностувати згідно з критеріями міжнародної класифікації ICD-10 або критеріями DSM-V. Оцінюючи тіки, рекомендується використовувати інформаційні дані з багатьох джерел, поєднувати з безпосереднім спостереженням (як у домашньому, так і в шкільному/робочому середовищі) та історією хвороби і, за можливості, зібрати відеоматеріали в клінічних умовах, коли пацієнт сам вдома, або в обох ситуаціях. Додатковий відеомоніторинг тіків дасть змогу краще охопити весь спектр тіків пацієнта.
- Доцільною методикою для системного оцінювання історії хвороби у випадку тіків є Індекс діагностичної впевненості (Diagnostic Confidence Index). Це найпоширеніші переліки характеристик та інтенсивності тіків. Переліки містять як компонент спостереження, так і історію хвороби, отриману від самого пацієнта, його батьків чи чоловіка / дружини, включаючи YGTSS, Шкалу синдрому Туретта Шапіро (STSSS), а також Шкалу моторних та вокальних тіків Гопкінса.
- Порушення функціонування є наслідком довготривалості розладу, викликає значний дистрес, а також перешкоджає в основних сферах щоденного життя

дітей та дорослих, таких як школа, робота, соціальні стосунки.

- Рівень порушення можна достовірно оцінити різноманітними методиками, включаючи питання про порушення за шкалою YGTSS. Альтернативним методом визначення порушення є Глобальна оцінка функціонування; у версії для дітей – C-GAS. Ще одним методом і для дітей, і для дорослих є Глобальна клінічна шкала вражень (CGI-S). Нещодавно була розроблена Шкала якості життя спеціально для пацієнтів з тіковими розладами.
- Психоедукація рекомендується у всіх (як легких, так і важких) випадках. Психоедукація є важливим компонентом у наданні підтримки та вирішенні непорозумінь, у випадках невизначеності та в ситуаціях стигматизації пацієнтів з СТ. Інформація про звичайний перебіг СТ і допомога дитині та її оточенню у визначенні сильних сторін часто допомагає зменшити тривожність. Пропонується подавати дитині відповідну інформацію про її стан. Це допоможе виробити стратегію подолання, сприятиме вірі у власні сили та забезпечить дитину необхідними навиками для пояснення навколишнім (особливо вчителям та одноліткам) свого розладу.

Лікування

- СТ невиліковний, проте метою лікування є зменшення інтенсивності та частоти тіків. Часто найважливішим завданням є подолання супутніх станів для того, щоб покращити психосоціальне функціонування та розвиток пацієнта.

- Ми рекомендуємо лікування тіків, особливо якщо вони не припиняються певну кількість днів, за наступних умов:
 - тіки є причиною суб'єктивного дискомфорту (наприклад, болю);
 - тіки є причиною постійних соціальних проблем у пацієнта (наприклад, соціальної ізоляції чи знущання);
 - тіки є причиною емоційних проблем у пацієнта (наприклад, реактивних депресивних симптомів);
 - тіки впливають на функціонування (наприклад, зниження академічної успішності).
- Базуючись на клінічних доказах, фармакологічних експериментах та рекомендаціях експертів, рісперидон може бути рекомендований як препарат першого вибору при лікуванні тіків. Проте набирання ваги та седативний ефект рісперидону обмежують його використання.
- Інші лікарські препарати також можуть бути рекомендовані при лікуванні тіків. Наприклад, пімозид характеризується досить переконливими доказами ефективності та меншими побічними діями, ніж галоперидол. Тіаприд та сульпирид можуть бути рекомендовані на основі широкого клінічного досвіду та помірних побічних дій, однак для цього препарату необхідно більше клінічних досліджень. Аріпіпазол має великий потенціал, особливо при лікуванні рефракторних випадків, та дає менший ризик набирання ваги. Нарешті, можна рекомендувати клонідин, особливо при коморбідному гіперактивному розладі з дефіцитом уваги. Всі інші препарати, такі як, тетрабеназин, зіпрасідон, квентіапін, тетрагідро-

канабінол, ботуліну токсин, тіорідазин, гуанфацин, атомoksetин, окскарбазепін можуть розглядатися як альтернативні. У випадку супутнього діагнозу ОКР препаратом першого вибору вважається рісперидон, що базується на клінічних випробуваннях. Рісперидон можна поєднувати з інгібітором зворотного захоплення серотоніну. Коморбідний СДУГ можна лікувати атомoksetином чи клонідином. Ці препарати можна поєднувати з антипсихотичними ліками від тіків.

- Інші заходи підтримки (співпраця зі школою, групова терапія, тренінг соціальних навичок) рекомендуються в індивідуальних випадках, залежно від специфічних потреб дитини та її оточення.
- Тренінг зміни звичок та техніка експозиції з попередженням реакції – це техніки поведінкової терапії, які слід рекомендувати як втручання першого вибору для пацієнтів, що хочуть зменшити тіки. Допмагаючи дитині чи дорослому (та його сім'ї) у виборі першочергового лікування, слід надати їм інформацію про обидва способи.
- **Тренінг зміни звичок** є одним із найбільш досліджуваних поведінкових способів лікування тіків. Цей спосіб пропонує цілий ряд технік, які допомагають пацієнтові спершу усвідомити наявність тіків, а згодом, завдяки так званому тренінгу конкурентних реакцій, зупиняти або пригнічувати їх. Тренінг зміни звичок може також включати релаксаційний тренінг, управління наслідками та тренінг перенесення навиків у щоденне життя. Усвідомлення тіків відбувається завдяки виявленню реакції, опису її, процедурі раннього запобігання та завдяки тренінгу усвідомлення ситуації. З тренінгом конкурентних реакцій пацієнт вчиться ініціювати у себе

на 1-3 хвилини відповідну реакцію, яка дає змогу зменшити інтенсивність тіку або ж узагалі запобігти його виникненню. Дослідження доводять, що тренінг зміни звичок є ефективним як для рухових, так і для вокальних тіків, для дітей та дорослих, для пацієнтів, які отримують ліки від синдрому Туретта, і для тих, хто цього не робить. Тренінг допомагає зменшити як інтенсивність, так і частоту тіків.

- Застосування **техніки експозиції з попередженням реакції** для зменшення тіків базується на взаємодії неприємних попередніх відчуттів з руховими чи вокальними тіками, які ці відчуття послаблюють. У навчальній термінології тіки можуть розглядатися як зумовлені попередніми внутрішніми стимулами реакції. Якщо такі стимули повторюються протягом тривалого часу, то сила взаємодії між відчуттями і тіками збільшується. Техніка експозиції з попередженням реакції має на меті переривання цієї взаємодії, а отже, запобігає виникненню тіків. Конфронтуючи протягом тривалого часу з відчуттями (експозиція) та не піддаючись тікам (попередження реакції), пацієнти можуть навчитися толерувати неприємні відчуття (габітуація). Габітуація зменшить бажання та потребу вдаватися до тіків, що перейде у зменшення тікових реакцій. Попередні результати вказують на те, що техніка експозиції з попередженням реакції є ефективною для зменшення вокальних та рухових тіків, їх інтенсивності та частоти і у дітей, і у дорослих. При використуванні цієї техніки не зафіксовано симптомів зворотного ефекту. Оскільки маленькі діти менш усвідомлюють сенсомоторні феномени, які передують тікам, слід уточнити, чи є вікові обмеження у використанні техніки експозиції з попередженням реакції та тренінгу зміни звичок.

- **Управління наслідками (СМ)/Втручання, що базуються на функціональному аналізі поведінки (FBI).** СМ полягає на управлінні наслідками таким чином, щоб позитивно підкріпити вільні від тіків інтервали, а тікову поведінку зігнорувати.
- **Релаксаційний тренінг (RT).** Використання релаксаційного тренінгу у лікуванні тіків базується на спостереженнях, коли збільшення стресових та тривожних відчуттів супроводжується посиленням тікових реакцій. Викорінення чи послаблення тікових реакцій у релаксаційному тренінгу відбувається безпосередньо через зменшення стресу. Релаксація допоможе зменшити м'язову напругу. Тренінг включає глибоке дихання, поступовий тренінг м'язів та роботу з уявою. Цей метод зазвичай використовується як частина багатокомпонентного лікування.
- Ми рекомендуємо оцінити результати лікування після 10 сесій та продовжити лікування, якщо є частковий результат, або розпочати альтернативне лікування, якщо результату взагалі нема, та розглянути медикаментозне лікування, якщо обидві техніки не дали результату у зменненні тікових реакцій. При важких симптомах рекомендується розглянути поєднання поведінкової терапії з медикаментозною або ж розпочати з медикаментів, поступово долучаючи психотерапевтичне лікування. Якщо поєднане лікування є ефективним, рекомендується розглянути поступове припинення застосування ліків. Якщо втручання першого вибору не є достатньо ефективними, в окремих випадках рекомендуються втручання другого вибору, такі як: техніки управління наслідками, втручання, що базуються на функціональному аналізі поведінки, та релаксаційний тренінг.

Діагностичні критерії 295.90 (F 20.9)

A. Два (чи більше) з наступних критеріїв, кожен з яких триває значну частину часу протягом 1 місяця (або ж менше, якщо лікування успішне). Щонайменше має бути (1), (2) або (3):

- 1 маячіння;
- 2 галюцинації;
- 3 дезорганізованість мовлення (наприклад, часті «зісковзування» та незв'язаність мовлення);
- 4 надмірно дезорганізована або кататонічна поведінка;
- 5 негативні симптоми (тобто зменшення прояву емоцій та відсутність мотивації).

B. Значну частину часу після виникнення порушення рівень функціонування в одній або більше основних сферах, таких як робота, міжособистісні стосунки та догляд за собою, є помітно нижчим, ніж рівень, здобутий перед дебютом хвороби (у випадку початку в дитячому чи підлітковому віці, є неспроможність у досягненні очікуваного рівня в міжособистісній, навчальній чи професійній сферах).

C. Безперервні ознаки порушення зберігаються протягом 6 місяців. Протягом цього часу принаймні місяць (або ж менше, якщо лікування успішне) мають бути наявними симптоми, що відповідають критерію A (тобто симптоми активної фази). Ці 6 місяців можуть включати

періоди продромальної чи резидуальної симптоматики. Під час цих продромальних чи резидуальних періодів ознаки розладу можуть проявлятися тільки негативними симптомами або ж двома і більше симптомами, переліченими у критерії A та вираженими менш інтенсивно (наприклад, дивні переконання, незвичний перцептивний досвід).

D. Шизоафективний, депресивний чи біполярний розлад з психотичними ознаками був виключений, тому що:

- 1 великий депресивний та маніакальний епізоди не трапляються одночасно з симптомами активної фази або
- 2 епізоди настрою виникають протягом активної фази і присутні меншу кількість часу, ніж загальна тривалість активного чи резидуального періодів захворювання.

E. Порушення не зумовлене фізіологічним наслідком дії речовин (наприклад, зловживанням наркотиками, медикаментами) чи іншими клінічними станами.

F. Якщо в історії хвороби є розлад спектру аутизму, діагноз шизофренії може бути додатково встановлений тільки при вираженому маячінні та галюцинаціях у поєднанні з іншими обов'язковими симптомами шизофренії, які присутні щонайменше 1 місяць (або ж менше, якщо лікування успішне).

Синопис рекомендацій NICE

Обстеження

Якщо дитина чи молода людина має досвід короткочасних чи слабовиражених психотичних симптомів або ж досвід, який дозволяє припустити у неї можливий психоз, слід негайно провести обстеження у психіатра.

Інформування

Слід забезпечити дітей і молодих людей з психозом або шизофренією та їх батьків чи опікунів вичерпною письмовою інформацією про:

- особливості психозу і шизофренії та втручання щодо них (у тому числі біомедичні та психо-соціальні концепції причин і лікування) доступною мовою;
- групи підтримки, в тому числі у благодійних організаціях.

Лікування антипсихотичними медикаментами:

- Лікування антипсихотичними медикаментами слід розглядати як певний індивідуальний терапевтичний процес.
- На початку лікування необхідно давати дозу, меншу за нижню межу допустимого діапазону для дорослих, якщо препарати не ліцензовані для дітей та молоді,

і в межах нижньої межі, коли медикаменти ліцензовані для дітей та молоді; збільшувати дозу у встановленому діапазоні застосування слід повільно.

- Потрібно випробовувати медикаменти до оптимального дозування протягом 4-6 тижнів.

Не слід використовувати «ударної» дози антипсихотичних медикаментів (так званої «швидкої нейрорептизації»).

Не слід ініціювати постійного комбінування антипсихотичних медикаментів, за винятком коротких періодів (наприклад, при заміні медикаментів).

Варіанти лікування симптомів, недостатніх для встановлення діагнозу психозу чи шизофренії

- 1 При короткочасних або слабовиражених психотичних симптомах чи інших змінах психічного стану, які призвели до дистресу, порушення функціонування або звернення по допомогу, але є недостатніми для діагностування психозу чи шизофренії:
 - необхідно розглянути індивідуальну когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) із сімейними втручаннями або без них;
 - потрібно запропонувати способи лікування, рекомендовані для дітей та молоді з тим чи іншим тривожним розладом, депресією, розладом особистості, який формується, а також при зловживанні психоактивними речовинами.

2 Не слід пропонувати антипсихотичні медикаменти:

- при змінах психічного стану та психотичних симптомах, недостатніх для встановлення діагнозу психозу чи шизофренії, або ж
- з метою зменшити ризик виникнення психозу.

Перший епізод психозу

Для дітей та молоді з першим епізодом психозу слід запропонувати:

- оральні антипсихотичні медикаменти в поєднанні з
- психологічними втручаннями (сімейні втручання з індивідуальною КПТ).

Якщо дитина чи молода людина та її батьки чи опікуни бажають спробувати тільки психологічні втручання (сімейні втручання з індивідуальною КПТ) без антипсихотичних медикаментів, необхідно наголосити, що психологічні втручання у поєднанні з антипсихотичними медикаментами є найбільш ефективними. Якщо ж дитина чи молода людина та її батьки чи опікуни все ще бажають випробувати лише психологічні втручання, слід запропонувати сімейні втручання та індивідуальну КПТ. Необхідно узгодити часовий ліміт (1 місяць чи менше) для перегляду варіантів лікування, включаючи призначення антипсихотичних медикаментів. Потрібно продовжувати регулярно контролювати симптоми, рівень дистресу та порушеного функціонування, включаючи навчальні обов'язки та досягнення.

Сімейні втручання мають:

- передбачати участь дитини чи підлітка з психозом або шизофренією, якщо це доцільно;

- здійснюватися від 3 місяців до 1 року;
- включати щонайменше 10 запланованих сесій;
- враховувати стосунки між батьками чи опікунами та дитиною або молодією особою з психозом чи шизофренією;
- мати особливі підтримуючі, освітні або лікувальні функції та включати навички вирішення проблем чи управління у кризових ситуаціях.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

КПТ має відбуватись в індивідуальному порядку, складатися з щонайменше 16 запланованих сесій (хоча може знадобитися більше) і:

- 1 дотримуватись терапевтичних принципів таким чином, щоб:
 - діти і молоді люди могли встановити зв'язки між своїми думками, почуттями, діями та поточними чи минулими симптомами і/або їх функціонуванням;
 - діти і молоді люди виявили для себе, що їх сприйняття, переконання чи міркування є пов'язані з цільовими симптомами;
- 2 включати щонайменше один з таких компонентів:
 - нормалізація, що веде до розуміння і прийнятності їх досвіду;
 - моніторинг своїх думок, почуттів або поведінки з визнанням симптомів або рецидиву симптомів;
 - сприяння альтернативним способам подолання цільових симптомів;
 - зменшення рівня стресу;
 - покращення функціонування.

Будь-які наступні гострі епізоди

Для дітей і молодих людей у стадії загострення або рецидиву психозу чи шизофренії слід запропонувати:

- оральні антипсихотичні медикаменти в поєднанні з
- психологічними втручаннями (сімейні втручання з індивідуальною КПТ).

Фармакологічні втручання

- Для дітей і молодих людей у стадії загострення, рецидиву психозу чи шизофренії необхідно запропонувати оральні антипсихотичні медикаменти або переглянути препарати, які використовуються на даний момент. Вибір медикаментів має базуватись на основі тих самих критеріїв, що рекомендовані для початку лікування. Слід взяти до уваги та контролювати клінічну ефективність та побічні дії, які пов'язані з прийомом теперішніх та попередніх медикаментів.
- Аріпіпразол є рекомендованим для лікування шизофренії у молодих людей віком 15-17 років, які не переносять рісперидон, або рісперидон є протипоказаний, або ж шизофренія у цих людей не може адекватно контролюватись рісперидоном.

Психологічні втручання

Сімейні втручання

Необхідно пропонувати сімейні втручання для дітей і молодих людей з психозами чи шизофренією, особливо для запобігання рецидивам та зменшення їх кількості. Ці втручання можна розпочати або під час гострої фази, або пізніше, в тому числі в умовах стаціонару.

КПТ

Слід запропонувати КПТ для усіх дітей та молодих людей з психозами чи шизофренією, особливо для зменшення симптомів. КПТ можна розпочати або під час гострої фази, або пізніше, в тому числі в умовах стаціонару.

Терапія творчими методами

Необхідно розглянути терапію творчими методами (наприклад, танцюрову терапію, психодраму, музикотерапію або арт-терапію) для усіх дітей і молодих людей з психозами та шизофренією, особливо для зменшення негативних симптомів. Ці втручання можна розпочати або під час гострої фази, або пізніше, в тому числі в умовах стаціонару.

Якщо вирішено обрати терапію творчими методами, її повинен проводити арт-терапевт, який внесений у реєстр і має досвід роботи з дітьми та молоддю з психозами чи шизофренією. Втручання повинні здійснюватись в групах, якщо немає протипоказань для групової терапії. Арт-терапевти повинні поєднувати психотерапевтичні техніки з діяльністю, спрямованою на заохочення до творчого вираження, яке зазвичай неструктуроване і кероване дитиною чи молодою особою. Мета терапії творчими методами повинна включати:

- можливість для дітей та молоді з психозами чи шизофренією випробовувати себе різними способами та розвивати нові шляхи стосунків з іншими;
- допомогу дітям та молоді у вмінні виражати себе та організувати свій досвід у прийнятну естетичну форму;
- допомогу дітям і молоді у прийнятті та розумінні почуттів, які, можливо, виникли протягом творчого процесу (у деяких випадках і в розумінні того, як з'явилися ці почуття).

Етап відновлення

Психологічні втручання

Слід запропонувати сімейне втручання для дітей і молоді з психозами чи шизофренією.

Особливо необхідно розглядати сімейне втручання для дітей та молоді з психозами чи шизофренією, які мають:

- епізод недавнього рецидиву або ризик рецидиву;
- безперервні симптоми.

Слід запропонувати КПТ як допомогу на етапі відновлення для дітей та молоді зі стійкими позитивними й негативними симптомами, а також для тих, хто в ремісії.

Необхідно розглянути терапію творчими методами для допомоги на етапі відновлення, особливо дітям та молоді з негативними симптомами.

Фармакологічні втручання

Вибір медикаментів має базуватись на основі тих самих критеріїв, які рекомендовані для початку лікування.

Не слід використовувати за правило цілеспрямоване переривчасте дозування як підтримуючу стратегію. Проте необхідно розглянути його для дітей та молоді з психозами чи шизофренією, які не схильні дотримуватись безперервного прийому медикаментів або мають інші протипокази до підтримуючої терапії, такі як чутливість до побічної дії.

Коли психоз чи шизофренія не піддаються адекватно лікуванню

Для дітей та молоді з шизофренією, якщо захворювання не піддається адекватно фармакологічному лікуванню, незважаючи на послідовне застосування адекватних доз щонайменше двох різних антипсихотичних медикаментів, кожен по 6-8 тижнів, слід запропонувати клозапін.

5 Біполярний розлад

Діагностичні критерії

Біполярний розлад I типу

A. Мають бути присутні критерії щонайменше одного епізоду манії.

B. Виникнення епізоду манії та великого депресивного епізоду/ епізодів не пояснюється шизоафективним розладом, шизофренією, шизофренофорним розладом, маячним розладом або іншим специфічним чи неспецифічним спектром шизофренії та іншим психотичним розладом.

Біполярний розлад II типу

A. Мають бути присутні критерії щонайменше одного епізоду гіпоманії та щонайменше одного великого депресивного епізоду.

B. Відсутність епізодів манії.

C. Виникнення епізоду/ епізодів гіпоманії і великого депресивного епізоду/ епізодів не пояснюється шизоафективним розладом, шизофренією, шизофренофорним розладом, маячним розладом або іншим специфічним чи неспецифічним спектром шизофренії та іншим психотичним розладом.

D. Симптоми депресії або непередбачуваність, викликає частим чергуванням періодів депресії і гіпоманії, викликає значний клінічний дистрес або порушення функціонування у соціальній, професійній та інших важливих сферах діяльності.

Синопис рекомендацій NICE

Діагностика

Біполярний розлад I типу

- **Діти молодшого шкільного віку:** використовувати ті ж критерії, що й для дорослих, за винятком таких:
 - наявність манії;
 - наявність ейфорії у більшості днів протягом тривалого часу (7 днів);
 - дратівливість не виступає основним діагностичним критерієм.

Не слід поспішати встановлювати діагноз виключно на основі великого депресивного епізоду у дитини з сімейною історією біполярного розладу, однак необхідно обстежувати таких дітей ретельніше.

- **Підлітки:** слід використовувати ті ж критерії, що й для дорослих, за винятком таких:
 - наявність манії;
 - наявність ейфорії у більшості днів протягом тривалого часу (7 днів);
 - дратівливість може бути допоміжним критерієм, якщо є епізодичною, важкою, порушує функціонування і не є рисою характеру, однак не повинна бути основним діагностичним критерієм.

Не слід поспішати встановлювати діагноз виключно на основі великого депресивного епізоду у підлітка з сімейною історією біполярного розладу, однак необхідно обстежувати таких підлітків ретельніше.

- **Старші та більш розвинені підлітки:** необхідно використовувати ті ж діагностичні критерії, що й для дорослих.

Біполярний розлад II типу

- Діти і підлітки: діагностичні критерії не встановлені, зазвичай не діагностується.
- Старші та більш розвинені підлітки: слід використовувати ті ж діагностичні критерії, що й для дорослих.

Диференційна діагностика

Супутні захворювання часто зустрічаються у дітей та підлітків.

При встановленні діагнозу біполярного розладу слід врахувати, що:

- наявність чітких епізодів піднесеного настрою, грандіозності, циклічності настрою допоможуть відрізнити біполярний розлад від гіперактивного розладу з дефіцитом уваги та розладу поведінки;
- наявність циклічності настрою також допоможе відрізнити біполярний розлад від шизофренії;
- можуть бути інші пояснення, такі як:
 - сексуальне, емоційне та фізичне насильство, якщо вони проявляються у розгальмуванні, надмірній настороженості чи гіперсексуальності;
 - зловживання наркотиками/алкоголем, які можуть бути причиною маніакально-подібних симптомів; діагноз біполярного розладу слід розглядати

лише після 7 днів утримання від алкоголю та наркотиків;

- недіагностовані труднощі в навчанні;
- органічні причини, такі як стани затьмареної свідомості у дітей з епілепсією та акатизія у разі застосування нейролептиків.

Обстеження дітей та підлітків

Встановлення діагнозу біполярного розладу у дітей та підлітків здійснює дитячий психіатр.

Обстеження повинно включати:

- детальне обстеження психічного стану пацієнта, зроблене на основі індивідуальної бесіди;
- медичне обстеження пацієнта для виключення органічних причин розладу;
- додаткове нейропсихологічне та неврологічне обстеження за необхідності;
- повідомлення дитини, батьків чи опікунів та інших дорослих, таких як вчителі;
- історію розвитку, що охоплює народження, розвиток мовлення, поведінкові проблеми, поведінку прив'язаності та історію будь-якого насильства.

Спеціалізовані діагностичні методики та опитувальники, заповнені батьками чи опікунами, також можуть використовуватись, однак не повинні замінювати повне клінічне інтерв'ю.

Гостра манія і депресія у дітей та підлітків

Гостра манія

- Слід дотримуватись рекомендацій щодо лікування гострих маній у дорослих, але починати давати медикаменти з менших доз та при перших проявах:
 - необхідно регулярно перевіряти зріст та вагу;
 - визначати рівень пролактину;
 - враховувати, що з прийомом рїсперидону буде збільшуватись рівень пролактину, а оланзапїну – вага.
- Якщо ж реакція на антипсихотичні засоби є невідповідною, слід розглянути додавання літїю або вальпроату, але у більшості випадків необхідно уникати призначення вальпроату дївчатам.

Депресія

- Слід здійснювати щотижневий моніторинг, якщо симптоми слабовиражені та не потребують негайного лікування, і запропонувати додатковий супровід удома та в школі.
- За необхідності лікування потрібно дотримуватись рекомендацій, як і для дорослих, проте слід розглянути структуровану психологічну терапію у поєднанні з профілактичними медикаментами.
- Якщо немає відповідної реакції на лікування медикаментами після 4 тижнів, необхідно розглянути:
 - додавання флуокситину, починаючи з 10 мг на день, і збільшення до 20 мг на день в разі потреби;

– використання різноманїтних селективних інгібіторів зворотного захоплення серотонїну (серталїн чи циталопрам), якщо немає відповідної реакції на флуоксетин.

- Для більш розвинених підлітків потрібно дотримуватись рекомендацій щодо лікування депресїї у дорослих.

Довготривале лікування дітей та підлітків

- Лікування таке ж, як і для дорослих, але необхідно:
 - розглядати як препарат першого вибору такий атиповий антипсихотичний засіб, прийом якого не буде супроводжуватись збільшенням ваги чи зростанням рівня пролактину;
 - розглядати як препарат другого вибору літїю – дївчатам та літїю або вальпроат – хлопцям;
 - надавати батькам та опїкунам підтримку для того, щоб допомогти пацієнтам вести звичайний спосіб життя;
 - давати поради в школі чи коледжі (з дозволу пацієнта і батьків або опїкунів) щодо того, як справлятися із біполярним розладом пацієнта.

Стаціонарна допомога дїтям та підліткам

- Для пацієнтів з ризиком суїциду чи інших серйозних ушкоджень необхідно розглянути стаціонарне перебування в спеціалізованому відділенні для дїтей та підлітків, або перебування у денному стаціонарі, або більш інтенсивне лікування за місцем проживання.

- Важкі поведінкові порушення лікуються так, як і в дорослих, за винятком швидкої транквілізації галоперидолом, що не рекомендується через підвищений ризик екстрапірамідних побічних дій.

Короткий опис тактики лікування епізодів манії, гіпоманії та депресивних симптомів у дорослих

Пацієнти з епізодами манії

- Слід розглянути з урахуванням побічних дій та майбутньої профілактики:
 - нейролептик (зазвичай оланзапін, кветіапін або рісперидон), особливо, якщо симптоми важкі або порушена поведінка;
 - вальпроат, якщо у відповідь на нього симптоми зменшувались (але уникайте у жінок дітородного віку);
 - літій, якщо симптоми не є важкими і зменшувались у відповідь на нього.
- Можна додати бензодіазепіни на короткий час (наприклад, лоразепам) при поведінкових розладах або агітації.
- Не слід використовувати карбамазепін в плановому порядку для гострої манії.
- Габапентин, ламотриджин і топірамат не рекомендується для гострої манії.

Пацієнти з депресивними симптомами помірного ступеня

- Необхідно організувати додаткове обстеження протягом 2 тижнів, якщо:
 - попередні епізоди пацієнта з депресією легкого ступеня не переросли у хронічну чи більш важку депресію або
 - більш важка депресія не є ймовірною.
- Якщо симптоматика не покращилася, слід дотримуватись рекомендацій щодо депресії помірного або важкого ступеня.

Пацієнти з депресивними симптомами помірного або важкого ступеня

- Необхідно розглянути:
 - призначення ІЗСС (але не пароксетин для вагітних жінок) або
 - додавання кветіапіну, якщо пацієнт вже приймає медикаменти від манії, але не антипсихотичний засіб.
- При депресії помірного ступеня без істотного покращення після адекватного випробування препаратів рекомендовано розглянути структуровану психотерапію, зосереджену на депресивних симптомах, навиках вирішення проблем, покращенні соціального функціонування і узгоджену з пацієнтом щодо медикаментів.

6 Великий депресивний розлад

Діагностичні критерії

A. П'ять (чи більше) наступних симптомів тривають впродовж двотижневого періоду і відображають зміну попереднього функціонування у хоча б одному: (1) пригніченому настрої або (2) втраті інтересу чи задоволення.

Примітка: не слід включати сюди симптоми, що чітко пов'язані з іншими клінічними станами.

1 Пригнічений настрій протягом більшої частини дня, майже кожного дня, як зазначає або сама особа (наприклад, відчуття суму, порожнечі, безнадії), або за спостереженнями інших (наприклад, особа виглядає так, ніби готова розплакатися).

Примітка: у дітей та підлітків може бути дратівливий настрій.

2 Помітне зниження інтересу або задоволення загалом чи майже загалом, активності протягом дня, майже кожного дня (як зазначає сама особа чи за спостереженнями інших).

3 Значна втрата ваги тіла без дотримання дієти чи набирання ваги (наприклад, зміна ваги більш, ніж на 5 % протягом місяця) або зростання чи зниження апетиту майже кожного дня.

Примітка: у дітей слід розглянути можливість недостатнього набирання потрібної ваги.

4 Безсоння чи надмірна сонливість майже кожного дня.

5 Психомоторне збудження чи загальмованість майже кожного дня (помітні іншим, а не лише за суб'єктивними відчуттями неспокою чи сповільненості).

6 Втомиюваність чи втрата енергії майже кожного дня.

7 Почуття нікчемності або надмірне чи невідповідне почуття вини (яке може бути маячним) майже кожного дня, (а не лише самозвинувачення чи почуття вини через хворобу).

8 Зниження здатності думати чи концентруватися або нерішучість майже кожного дня (за словами самої особи чи зі спостережень інших).

9 Рецидивуючі думки про смерть (не просто страх смерті), повторювані думки про самогубство без конкретного плану, або спроби самогубства, або конкретний план суїциду.

B. Симптоми викликають значний дистрес чи порушення функціонування у соціальній, професійній та інших важливих сферах.

C. Епізод не пов'язаний з фізіологічним впливом дії речовин чи іншим клінічним станом.

Примітка: критерії A-B відповідають великому депресивному епізоду.

Примітка: реакції на значні втрати (наприклад, втрата близької людини, фінансовий крах, втрати внаслідок стихійного лиха, серйозне захворювання чи неповносправність) можуть передбачати великий сум, роздуми про втрату, безсоння, знижений апетит і втрату ваги, згадану у критерії A, що можуть нагадувати депресивний епізод. Хоч такі симптоми можуть здаватися зрозумілими чи відповідними до втрати, наявність великого депресивного епізоду у поєднанні з нормальною реакцією на важку втрату має

бути також уважно розглянута. Це рішення неминуче потребує клінічної оцінки на основі історії особи та культурних норм вираження стресу в контексті втрати.

D. Виникнення великого депресивного епізоду не пояснюється шизоафективним розладом, шизофренією, шизофреноформними розладами, маячними розладами чи іншими специфічними або неспецифічними розладами шизофренічного спектру та іншими психотичними розладами.

E. Відсутність епізодів манії чи гіпоманії.

Примітка: цей виняток не застосовується, якщо всі схожі на манію чи гіпоманію епізоди спричинені дією речовин чи пов'язані з фізіологічними наслідками інших клінічних станів.

Ступені важкості

Важкість визначається за кількістю симптомів критерію, інтенсивністю цих симптомів та ступенем функціональної неповносправності.

Легкий ступінь: незначна кількість симптомів, інтенсивність яких спричиняє страждання, але дозволяє справитися з ними і викликає незначні порушення у соціальній чи професійній сфері.

Помірний ступінь: помірна кількість симптомів, інтенсивність яких і/або функціональне порушення знаходиться в діапазоні між «легким» та «важким» ступенями.

Важкий ступінь: кількість симптомів є істотно більшою від необхідної для встановлення діагнозу; інтенсивність симптомів викликає значне страждання і не дозволяє справитися з ними; симптоми значно ускладнюють функціонування у соціальній та професійній сферах.

Синопис рекомендацій NICE

Обстеження

Для діагностування депресивних станів можна використовувати:

- Опитувальник з шизофренії та афективних розладів для дітей (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia);
- Психіатричне оцінювання дітей та дорослих (Child and Adolescent Psychiatric Assessment).

При обстеженні дитини/підлітка рекомендовано взяти до уваги та занотувати наступне:

- можливі супутні захворювання;
- соціальний, навчальний і сімейний контекст пацієнтів та членів родини;
- якість стосунків пацієнта з членами родини, друзями та ровесниками.

Завжди слід запитати дитину/підлітка та їх батьків/опікунів безпосередньо про:

- вживання алкоголю та наркотиків;
- досвід залякування;
- досвід насильства;
- самоушкодження;
- думки про самогубство.

Необхідно забезпечити дитину/підлітка та батьків/опікунів інформацією, відповідно до віку. Ця інформація має висвітлювати особливості, перебіг і лікування депресії та ймовірний побічний вплив медикаментів.

Тактика лікування депресії легкого ступеня

Вичікувальна тактика

Якщо дитина/підліток відмовляється від втручань чи може одужати без них, рекомендовано:

- організувати наступне обстеження приблизно через 2 тижні («вичікувальна тактика»);
- підтримувати контакт з пацієнтом, який не відвідує призначених зустрічей.

Депресія легкого ступеня, що триває понад чотири тижні «вичікувальної тактики»

Якщо депресія легкого ступеня триває більше, ніж чотири тижні «вичікувальної тактики» (без значних супутніх проблем чи ознак суїцидальних намірів), необхідно запропонувати один з наступних видів психотерапії на обмежений період (близько 2-3 місяців):

- індивідуальна недирективна підтримуюча терапія, чи
- групова когнітивно-поведінкова терапія, чи
- самопоміа під керівництвом фахівця.

Не слід використовувати антидепресанти як лікування першого вибору при депресії легкого ступеня.

Депресія легкого ступеня, яка не піддається початковій психотерапії

Якщо депресія легкого ступеня не піддається індивідуальній недирективній підтримуючій терапії, груповій КПТ чи керованій самопоміа після 2-3 місяців, рекомендовано керуватись вказівками для депресії помірного та важкого ступеня у дітей та підлітків.

Тактика лікування депресії від помірного до важкого ступеня (включно з психотичною)

Слід запропонувати один із наступних видів специфічної психотерапії (щонайменше 3 місяці) як втручання першого вибору:

- індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія, чи
- інтерперсональна, чи
- короткотермінова сімейна терапія.

Якщо депресія не піддається психотерапії після 4-6 сесій:

- 1 Рекомендовано застосування альтернативної чи додаткової психотерапії.

Якщо депресія дитини/підлітка не піддається психотерапії через інші фактори, такі як супутні стани, постійні психосоціальні фактори ризику, наприклад, сімейні негаразди чи психічні розлади у батьків, рекомендовано розглянути:

- альтернативну чи, можливо, додаткову психотерапію для батьків чи інших членів сім'ї;
- альтернативну психотерапію для пацієнта.

- 2 Слід розглянути можливість прийому медикаментів:

- для підлітків віком 12-18 років – флуоксетин додатково з психотерапією;
- для дітей віком 5-11 років – додатковий прийом флуоксетину (ефективність препарату у цій віковій групі не встановлена).

Якщо депресія не піддається комбінованому лікуванню специфічною психотерапією та флуоксетином після 6 сесій **або** батьки/опікуни відмовилися від пропозиції флуоксетину, слід розглянути можливість:

- альтернативної психотерапії, яка ще не використовувалася (індивідуальна КПТ, інтерперсональна терапія чи короткотермінова терапія щонайменше 3 місяці), чи
- системної сімейної терапії (щонайменше 15 сесій раз на два тижні), чи
- індивідуальної дитячої психотерапії (близько 30 тижневих сесій).

Якщо лікування флуоксетином є неуспішним **або** флуоксетин не переноситься через побічні дії, необхідно розглянути використання інших антидепресантів (сертралін чи циталопрам, які є рекомендованими медикаментами другого вибору).

- Не слід пропонувати антидепресантів без одночасної психотерапії.
- Призначення медикаментів повинен здійснювати лише дитячий та підлітковий психіатр після обстеження і встановлення діагнозу.
- Не слід використовувати:
 - пароксетин та венлафаксин;
 - трициклічні антидепресанти.

Після ремісії (відсутність симптомів і повноцінне функціонування щонайменше 8 тижнів) необхідно продовжувати застосування медикаментів щонайменше 6 місяців (після восьмитижневого періоду).

Слід поступово відміняти дозу антидепресантів протягом 6-12 тижнів, титруючи повну дозу з метою запобігання симптомам відміни.

Розлад соціальної тривоги (Соціальна фобія)

Діагностичні критерії 300.23 (F 40.10)

A. Значний страх чи тривога щодо одного чи кількох видів соціальних ситуацій, в яких особа відчуває на собі підвищену увагу інших. Це ситуації, які передбачають соціальну взаємодію (наприклад, спілкування, зустрічі з незнайомими людьми), виконання якихось дій в присутності інших (наприклад, споживання їжі чи пиття) або перебування в центрі уваги (наприклад, публічні виступи).

Примітка: у дітей тривога може проявлятися не лише з стосунках з дорослими, а й з однолітками.

B. Особа боїться, що її поведінка чи симптоми тривоги будуть негативно оцінені (тобто, викличуть приниження чи сум'яття, які призведуть до ігнорування іншими чи кривди від них).

C. Соціальні ситуації майже завжди спричинюють страх чи тривогу.

Примітка: у дітей страх чи тривога можуть виражатися плачем, вибухами гніву, завмиранням, «прилипанням» до когось, зіщулюванням чи нездатністю розмовляти у соціальних ситуаціях.

D. Можуть спостерігатися уникання або переживання соціальних ситуацій з інтенсивним страхом чи тривогою.

E. Страх чи тривога є непропорційними до наявної загрози, яку несе соціальна ситуація чи соціокультурний контекст.

F. Страх, тривога чи уникання є постійними і зазвичай тривають шість місяців або більше.

G. Страх, тривога чи уникання викликають значний дистрес або порушення функціонування у соціальній, професійній та інших важливих сферах.

H. Страх, тривога чи уникання не пов'язані з фізіологічним впливом речовин (наприклад, зловживанням наркотиками, медикаментами) чи іншими клінічними станами.

I. Страх, тривога чи уникання не пояснюється іншими психічними розладами, такими як панічний розлад, дизморфофобічний розлад чи розлад спектру аутизму.

J. Якщо наявний інший клінічний стан (наприклад, хвороба Паркінсона, ожиріння, потворність внаслідок опіку чи травми), але страх, тривога чи уникання не є чітко пов'язаними з ним або надмірними.

Синопис рекомендацій NICE

Виявлення та обстеження

- 1 Слід бути уважними до тих дітей та підлітків, котрі уникають школи, соціальної чи групової діяльності, спілкування у соціальних ситуаціях, є чутливими, надмірно сором'язливими, залежними від батьків чи опікунів.
- 2 Для полегшення обстеження розладу соціальної тривоги та інших поширених психічних проблем доцільно використовувати формальні методики, такі як:

- Шкала соціальної тривоги Лейбовіца (Liebowitz Social Anxiety Scale) – дитяча версія або Опитувальник із соціальної фобії та тривоги для дітей (Social Phobia and Anxiety Inventory for Children), чи Опитувальник із соціальної фобії (Social Phobia Inventory) або Шкала соціальної тривоги Лейбовіца (Liebowitz Social Anxiety Scale) для підлітків;
- Багатовимірний шкала соціальної тривоги для дітей (Multidimensional Anxiety Scale for Children), Переглянута шкала тривоги та депресії (Revised Children's Anxiety and Depression Scale) для дітей та підлітків, які, можливо, мали супутню депресію чи інший тривожний розлад, Шкала дитячої тривоги Спенса (Spence Children's Anxiety Scale) або Скринінг розладів, пов'язаних з дитячою тривогою (Screen for Children Anxiety Related Disorders) для дітей.

Лікування

- 1 Слід запропонувати дітям та підліткам індивідуальну чи групову КПТ, зосереджену на соціальній тривозі. Рекомендовано розглянути можливість залучення батьків чи опікунів, щоб забезпечити ефективне втручання, особливо для малих дітей. Індивідуальна / групові КПТ повинні враховувати когнітивну та емоційну зрілість дитини чи підлітка та складатися з наступного:
 - 8-12 індивідуальних сесій тривалістю 45 хвилин/ 8-12 сесій тривалістю 90 хвилин з групою дітей чи підлітків приблизно такого ж віку;
 - психоедукації, подолання тривоги у соціальних ситуаціях, яких вони бояться чи уникають,

тренування соціальних навичок та можливості впроваджувати їх у соціальних ситуаціях;

- психоедукації та тренінгу навичок для батьків, зокрема батьків малих дітей, з метою сприяти закріпленню дитиною експозиції до соціальних ситуацій, яких вона боїться чи уникає.

2 Не слід брати за правило призначати медикаментозне лікування при розладі соціальної тривоги у дітей та підлітків.

Генералізований тривожний розлад (ГТР)

Діагностичні критерії 300.02 (F41.1)

A. Надмірна тривога і переживання (тривожні очікування), які спричинені різними подіями чи діяльністю (на роботі або в школі) і тривають більшість днів упродовж щонайменше 6 місяців.

B. Людині важко контролювати ці переживання.

C. Тривога і переживання пов'язані з трьома (або більше) із наступних шести симптомів (при цьому, деякі симптоми спостерігаються більшість днів протягом останніх 6-ти місяців):

Примітка: при встановленні діагнозу дітям достатньо одного симптому.

- 1 Неспокій, відчуття роздратованості або нервового збудження.
- 2 Швидка втомлюваність.
- 3 Труднощі з концентрацією уваги або відчуття «пустоти в голові».
- 4 Дратівливість.
- 5 М'язеве напруження.
- 6 Порушення сну (труднощі із засинанням або неглибокий, неспокійний і недостатній сон).

D. Тривога, переживання чи фізичні симптоми спричиняють значний дистрес або порушення в соціальній, професійній та інших важливих сферах діяльності.

Е. Цей розлад не зумовлений фізіологічним наслідком дії речовин (наприклад, зловживанням наркотиками, медикаментами) або іншим клінічним станом (наприклад, гіперфункцією щитовидної залози).

Ф. Цей розлад не пояснюється іншими психічними розладами (наприклад, тривогою чи переживаннями через появу панічних атак при панічному розладі, негативним оцінюванням при розладі соціальної тривоги (соціальної фобії), нав'язливими думками про зараження чи іншими obsesіями при ОКР, сепарацією від особи, до якої є прив'язаність при розладі сепараційної тривоги, нагадуванням про травматичні події при ПТСР, збільшенням ваги при анорексії, фізичними скаргами при розладах соматичних симптомів, сприйманням дефективності зовнішності при дизморфобічному розладі, наявністю серйозного захворювання при розладі тривоги за здоров'я або змістом маячних ідей при шизофренії чи маячному розладі).

Панічний розлад

Діагностичні критерії 300.01 (F41.0)

А. Повторні непередбачувані панічні атаки. Панічна атака – це несподіваний сплеск інтенсивного страху або дискомфорту, який досягає піку протягом декількох хвилин, і за цей час проявляються чотири (або більше) симптоми:

Примітка: несподіваний сплеск може проявитися під час спокійного або тривожного стану.

- 1 Прискорене серцебиття.
- 2 Пітливість.
- 3 Тремтіння.
- 4 Відчуття нестачі повітря.
- 5 Відчуття задишки.
- 6 Біль в грудях або дискомфорт.
- 7 Нудота або неприємні відчуття в ділянці живота.
- 8 Запаморочення, слабкість, головокружіння, неприємність.
- 9 Відчуття лихоманки або гарячки.
- 10 Парестезія (відчуття оніміння або поколювання).
- 11 Дерезалізація (відчуття нереальності) або деперсоналізація (стан відчуження від самого себе).
- 12 Страх втрати контролю або страх «зійти з розуму».
- 13 Страх смерті.

Примітка: можна спостерігати культурально-специфічні симптоми (наприклад, шум у вухах, болочість в ділянці шиї, біль голови, неконтрольований крик або плач). Такі симптоми не слід брати до уваги як один із чотирьох обов'язкових симптомів.

В. Щонайменше одна з атак протягом місяця (або триваліше) супроводжувалася одним або двома з описаного нижче:

- 1 Стійкими хвилюваннями або переживаннями через повторні панічні атаки чи їхні наслідки (наприклад, втрата контролю, серцевий напад, страх «зійти з розуму»).
- 2 Значними дезадаптивними змінами в поведінці, пов'язаними з атаками (наприклад, поведінка, спрямована на уникнення панічних атак, зокрема ухиляння від фізичних вправ або незнайомих ситуацій).

С. Цей розлад не зумовлений фізіологічним наслідком дії речовин (наприклад, наркотиками, медикаментами) або іншим клінічним станом (наприклад, гіперфункцією щитовидної залози, серцево-легеневими розладами).

Д. Це порушення не пояснюється іншими психічними розладами (наприклад, панічні атаки не виникають лише у відповідь на соціальні ситуації, які лякають, як при соціофобії; у відповідь на конкретні фобічні об'єкти або ситуації, як при специфічній фобії; у відповідь на обсессії, як при обсесивно-компульсивному розладі; у відповідь на нагадування про травматичні події, як при ПТСР; чи у відповідь на сепарацію від особи, до якої є прив'язаність, як при розладі сепараційної тривоги).

Синопис рекомендацій NICE

Покрокова модель лікування при ГТР

Рекомендовано дотримуватися покрокової моделі лікування при ГТР, пропонуючи на початку найменш інвазивне та найбільш ефективне втручання.

Крок 1. Всі відомі і запідозрені прояви ГТР

Визначення, обстеження та моніторинг

Необхідно:

- Якнайшвидше визначити та обговорити діагноз ГТР для того, щоб допомогти людині зрозуміти розлад і відразу розпочати ефективне лікування.
- Розглянути діагноз ГТР у людей, які мають тривогу і значні переживання, а також у тих, хто часто відвідує медичні установи та:
 - мають хронічні фізичні проблеми зі здоров'ям, або
 - не мають фізичних проблем зі здоров'ям, але шукають підтвердження соматичних симптомів (особливо старші люди), або
 - постійно переживають за різні речі.

Коли особа з відомим або запідозреним ГТР відвідує медичну установу, шукаючи підтвердження хронічної фізичної проблеми зі здоров'ям або соматичних симптомів і/або часто має переживання, слід обдумати разом із пацієнтом, чи деякі із симптомів можуть належати до симптомів ГТР.

- Провести психоедукацію про походження ГТР і можливості лікування.
- Активно спостерігати за функціонуванням особи та симптомами розладу.

Крок 2. Діагностований ГТР без покращень після втручань 1-го кроку

Психологічне втручання низької інтенсивності при ГТР

Для людей з ГТР, симптоматика якого не покращилася після психоедукації і активного моніторингу під час 1-го кроку, слід запропонувати одне або декілька наступних втручань першого вибору, керуючись тим, перевагу чому надає особа:

- індивідуальну самодопомогу без сприяння;
- індивідуальну самодопомогу під керівництвом;
- психоедукаційні групи.

Індивідуальна самодопомога без сприяння для людей з ГТР повинна:

- включати письмові або електронні матеріали, які підходять для читання певній віковій категорії (або альтернативні медіа-ресурси);
- базуватися на принципах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ);
- включати інструкції для систематичного опрацювання матеріалу особою протягом щонайменше 6 тижнів;
- залучати мінімальний контакт терапевта.

Індивідуальна самодопомога під керівництвом для людей з ГТР повинна:

- включати письмові або електронні матеріали, які підходять для читання певній віковій категорії (або альтернативні медіа-ресурси);

- мати підтримку підготовленого спеціаліста, який сприятиме програмі самодопомоги, перевіряти-ме її перебіг та результат;
- складатися переважно із 5-7 щотижневих сесій, кожна тривалістю 20-30 хвилин.

Психоедукаційні групи для осіб з ГТР повинні:

- базуватися на принципах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ);
- використовувати презентації і посібники із самодопомоги;
- мати співвідношення: один терапевт на дванадцять учасників;
- складатися переважно із 6 щотижневих сесій, кожна тривалістю 2 години.

Крок 3. ГТР із значним функціональним порушенням або відсутністю покращення після втручань 2-го кроку

Вибір лікування

Для осіб з ГТР із значним функціональним порушенням або для тих, у кого нема покращення після втручань 2-го кроку, необхідно:

- запропонувати одне з двох:
 - індивідуальне психологічне втручання високої інтенсивності або
 - медикаментозне лікування;
- надати вербальну і письмову інформацію про переваги і недоліки кожної моделі лікування, наголошуючи на можливих побічних діях та синдромі відміни при медикаментозному лікуванні;
- ґрунтувати вибір лікування на уподобаннях людини, оскільки відсутні докази того, що той чи інший

метод лікування є кращим (індивідуальне психологічне втручання високої інтенсивності або медикаментозне лікування).

Психологічні втручання високої інтенсивності

Якщо особа з ГТР вибирає психологічне втручання високої інтенсивності, слід запропонувати одне з двох: когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) або прикладну релаксацію.

КПТ/Прикладна релаксація для осіб з ГТР повинна:

- переважно складатись із 12-15 щотижневих сесій (менше, якщо особа видужає раніше; більше, якщо це клінічно потрібно), кожна тривалістю 1 година.

Медикаментозне лікування

- Якщо людина з ГТР вибирає медикаментозне лікування, необхідно запропонувати селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), до прикладу – препарат сертралін (Sertraline).
- Якщо сертралін неефективний, рекомендовано запропонувати альтернативний СІЗЗС або інгібітор зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (ІЗЗСН).
- Якщо особа не переносить СІЗЗС або інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (ІЗЗСН), можна розглянути пропозицію прегабаліну.
- Не слід пропонувати бензодіазепін при лікуванні ГТР, окрім короткотермінового застосування під час кризи.
- Не слід пропонувати антипсихотичні засоби при лікуванні ГТР .

- Доцільно перевіряти ефективність і побічні дії ліків кожні 2-4 тижні протягом перших 3 місяців лікування і надалі кожні 3 місяці відповідно.
- Якщо препарат має ефективну дію, рекомендовано продовжувати приймати його щонайменше рік, оскільки існує висока ймовірність рецидиву.

Недостатня реакція на втручання 3-го кроку

- Якщо ГТР людини не піддається повному курсу психологічного втручання високої інтенсивності, слід запропонувати медикаментозне лікування.
- Якщо ГТР людини не піддається медикаментозному лікуванню, необхідно запропонувати одне з двох: психологічне втручання високої інтенсивності або альтернативне медикаментозне лікування.
- Якщо ГТР людини частково піддається медикаментозному лікуванню, можна розглянути пропозицію психологічного втручання високої інтенсивності як доповнення до медикаментозного лікування.
- Доцільно розглянути скерування до 4-го кроку, якщо особа з ГТР має сильну тривогу із значним функціональним обмеженням у поєднанні з:
 - ризиком самоушкодження та суїцидом, **або**
 - значною коморбідністю, такою як: зловживання психоактивними речовинами, розлад особистості або комплексні фізичні проблеми із здоров'ям, **або**
 - самозанедбанням, **або**
 - недостатньою реакцією на втручання 3-го кроку.

Крок 4. Комплексний, стійкий до лікування ГТР із значним функціональним порушенням або високим ризиком самоушкодження

Слід розглянути поєднання психологічного і медикаментозного лікування, комбінацій антидепресантів або поєднання антидепресантів з іншими препаратами.

Лікування при панічному розладі

Рекомендовані варіанти лікування, які мають доказову базу і демонструють ефективність (у порядку спадання):

- психотерапія;
- медикаментозна терапія (лікування антидепресантами);
- самодопомога.

Необхідно взяти до уваги той вид втручання, якому людина надає перевагу.

Психологічні втручання

- 1 Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).
- 2 КПТ оптимальної тривалості (7-14 годин).
- 3 Для більшості осіб КПТ складається із щотижневих сесій тривалістю по 1-2 години і має бути завершена не пізніше, ніж за 4 місяці від початку.
- 4 Для деяких осіб може бути доцільною більш інтенсивна КПТ протягом короткого періоду.

Фармакологічні втручання – лікування антидепресантами

Найкращу ефективність демонструють дві категорії антидепресантів: інгібітори зворотного захоплення серотоніну і трициклічні антидепресанти.

Якщо СІЗЗС не підходять або немає покращення після 12-тижневого курсу лікування і додаткові препарати є доцільними, слід розглянути іміпрамін або кломіпрамін.

Застосування бензодіазепінів дає менший результат на довготермінову перспективу, і їх не слід призначати для лікування осіб з панічним розладом.

Для лікування панічного розладу **не слід призначати** антигістамінні препарати із седативним ефектом або антипсихотичні препарати.

Самодопомога

Необхідно запропонувати літературу, яка ґрунтується на принципах КПТ.

9 Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР)

Діагностичні критерії 300.3 (F42)

A. Наявність obsесій і/або компульсій.

Obsесії характеризуються:

- 1 Повторними та нав'язливими думками, бажаннями чи образами, що появляються в стані тривоги та котрі пацієнти описують як інтрузивні й небажані, що викликають страх і страждання.
- 2 Індивідуальними спробами ігнорувати або пригнічувати такі думки, бажання чи образи або ж нейтралізувати їх за допомогою інших думок чи дій (наприклад, виконуючи компульсивні дії).

Компульсії характеризуються:

- 1 Повторними діями у відповідь на obsесію (наприклад, миття рук, складання, перевіряння), розумовими актами (наприклад, молитва, підрахунок, тихе повторювання слів чи фраз) або ж чітким дотриманням встановлених правил.
- 2 Повторними діями чи розумовими актами, націленими на уникнення чи зменшення відчуття тривоги та дистресу або ж на запобігання загрозливій події чи ситуації; утім, ці дії чи розумові акти реально є абсолютно зайвими та не пов'язані із ситуаціями, які треба відвернути чи нейтралізувати.

Увага! Малі діти можуть не вміти вербалізувати цілі своїх дій чи розумових актів.

B. Obsесії чи компульсії є тривалі в часі (наприклад, тривають більше, ніж годину в день) або викликають клінічний дистрес чи значне порушення у соціальній, професійній та інших важливих сферах життя пацієнта.

C. Obsесивно-компульсивні симптоми не можна пояснити фізіологічними наслідками вживання речовин (наприклад, наркотиків чи ліків) та іншими клінічними станами.

D. Такі симптоми не можна пояснити іншими психічними розладами (наприклад, надмірною тривогою при генералізованому тривожному розладі; надмірною стурбованістю зовнішнім виглядом, як при дизморфобії; труднощами із спроможністю поділитись чи відмовитись від особистих речей, як при синдромі патологічного накопичення; вириванням волосся, як при трихотіломанії; роздряпуванням шкіри, як при дерматіломанії; стереотипіями, як при стереотипному руховому розладі; ритуальною харчовою поведінкою, як при розладах харчової поведінки; узалежненні від речовин чи азартних ігор, як у випадку узалежнень різних видів; надмірною стурбованістю через хворобу, як при іпохондрії; сексуальним потягом чи фантазією, як при парафілії; імпульсивністю, як при розладах імпульс-контролю та поведінки; почуттям вини, як при депресивних розладах; інтрузивними думками або маячінням, як при розладах шизофренічного спектру та інших психотичних розладах; повторюваними моделями поведінки, як при розладах аутичного спектру).

9 Дизморфобічний розлад

Діагностичні критерії 300.7 (F45.22)

A. Надмірна стурбованість одним чи декількома відчутними дефектами або недоліками зовнішнього вигляду, які є непомітними чи неістотними для оточення особи.

B. Повторювані ритуали, які особа виробила на певному етапі розвитку хвороби (наприклад, споглядання у дзеркало, надмірне вмивання, дряпання шкіри, пошук підтвердження своїх переконань), або розумові дії (порівнювання своєї зовнішності із зовнішністю інших) у відповідь на свої проблеми із зовнішнім виглядом.

C. Надмірна стурбованість, яка викликає клінічно вагомі страждання або ж порушення функціонування людини в соціальній чи інших важливих сферах життєдіяльності.

D. Надмірну стурбованість зовнішнім виглядом неможливо пояснити іншими психічними розладами, наприклад, незадоволенням формою чи вагою тіла, як при розладах харчової поведінки.

Синопис рекомендацій NICE

Обстеження осіб з obsесивно-компульсивним розладом

Необхідно:

- оцінити ризик самоушкодження та суїциду (особливо у випадку діагностованої депресії);
- врахувати вплив компульсивної поведінки на пацієнта та інших;
- взяти до уваги інші супутні розлади чи психосоціальні фактори, які можуть впливати на рівень ризику.

Обстеження дітей та молоді з дизморфобічним розладом

Необхідно:

- оцінити ризик самоушкодження та суїциду (особливо у випадку діагностованої депресії);
- взяти до уваги інші супутні розлади чи психосоціальні фактори, які можуть впливати на рівень ризику.

Лікування

Психологічне втручання для дітей та молоді

Обсесивні думки

без очевидних компульсій

- Слід розглянути КПТ (включаючи техніку експозиції з попередженням реакції ментальних думок та нейтралізуючих стратегій).

Обсесивно-компульсивний розлад

- Слід розглянути когнітивну терапію, адаптовану до ОКР:
 - як доповнення до техніки експозиції з попередженням реакції з метою зменшення симптомів;
 - для осіб, що відмовляються або не залучені до лікування, яке включає техніку експозиції з попередженням реакції.

Фармакологічне лікування

- Ефективна практика застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) чи кломіпраміну базується на клінічних дослідженнях.
- Якщо виписано СІЗЗС, їх слід поєднувати з КПТ (включно з технікою експозиції з попередженням реакції).
- СІЗЗС можуть використовуватися лише після попереднього обстеження та діагностики у дитячого / дорослого психіатра, який повинен бути залучений до будь-яких рішень, пов'язаних зі зміною дозування чи припинення вживання ліків.

- Необхідно розпочинати лікування з малої дози, особливо у дітей (1/4 або 1/2 нормальної початкової дози в перший тиждень).

При ОКР – ліцензовані препарати, такі як:

- сертралін;
- флювоксамін.

При ОКР зі значною коморбідною депресією

- флюоксетин.

При дизморфофобічному розладі

- флюоксетин.

Якщо менша доза препаратів є неефективною, слід збільшувати дозу, поки не буде досягнуто терапевтичного результату.

- Слід постійно та уважно спостерігати за можливими побічними діями;
- необхідно піднімати дозу поступово, беручи до уваги вік пацієнта та тривалість лікування (до 12 тижнів);
- не перевищувати максимальну рекомендовану дозу для дітей та підлітків.

Препарати, що не рекомендуються при лікуванні ОКР та дизморфофобії

Не рекомендовано використовувати:

- трициклічні антидепресанти (за винятком кломіпраміну);

- інші антидепресанти (інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, інгібітори моноаміноксидази);
- антипсихотичні препарати як монотерапія у повсякденній практиці (можуть використовуватися з метою підсилення дії інших препаратів).

ОКР: незначне функціональне порушення

Необхідно:

- 1 Запропонувати програму самопомоги під керівництвом лікаря.
- 2 Надати підтримку та забезпечити необхідною інформацією членів сім'ї чи опікунів.

ОКР: помірне та значне функціональне порушення та дизморфофобія

Необхідно:

- 1 Запропонувати когнітивно-поведінкову терапію (включно з технікою експозиції із попередженням реакції), а також:
 - залучити сім'ю/опікунів;
 - адаптувати сесії до рівня розвитку пацієнта;
 - вибрати груповий чи індивідуальний формат (за бажанням пацієнта та членів сім'ї чи опікунів).

Якщо пацієнт відмовляється чи не може піддатися КПТ (включно з технікою експозиції із попередженням реакції):

- слід взяти до уваги лікування СІЗЗС;
- детально спостерігати за побічними діями.

Якщо через 12 тижнів немає адекватного ефекту від КПТ, необхідно:

- повторити мультидисциплінарне обстеження;
 - запропонувати лікування селективним інгібітором захоплення серотоніну та продовжити КПТ (включаючи техніку експозиції із попередженням реакції);
 - розглянути можливість використання СІЗЗС для дітей вікової групи 8-11 років;
 - запропонувати СІЗЗС для дітей вікової групи 12-18 років.
- 2 Якщо фармакотерапія даним СІЗЗС є неефективною чи пацієнт її не переносить, слід спробувати:
 - інший СІЗЗС;
 - кломіпрамін.

Необхідно уважно спостерігати за можливими побічними діями.

Продовження лікування СІЗЗС у дітей та підлітків

- Якщо лікування СІЗЗС для пацієнта є ефективним, рекомендовано не припиняти впродовж щонайменше 6 місяців після ремісії (симптоми не спостерігаються, а пацієнт повноцінно функціонує в різних сферах упродовж щонайменше 12 тижнів).

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/події.

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/події 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/події 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/події 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.

11 Розлади харчової поведінки

Діагностичні критерії

Нервова анорексія 307.1

A. Обмеження у споживанні їжі (енергії) порівняно з вимогами, що призводить до дуже низької ваги тіла в контексті віку, статі, передбачуваного розвитку і фізичного здоров'я. Суттєво низька вага визначається, як вага, що є меншою за мінімальну норму, або ж для дітей та підлітків є меншою за мінімально очікувану.

B. Сильний страх набрати вагу чи стати товстим, або постійна поведінка, яка перешкоджає збільшенню ваги навіть при істотно малій масі тіла.

C. Порушення у сприйманні власної ваги або форми тіла, надмірний вплив маси чи форми тіла на самооцінку або постійне невизнання серйозності факту, що теперішня маса тіла є низька.

Нервова булімія 307.51 (F 50.2)

A. Періодичні епізоди переїдання. Епізод переїдання характеризується двома наступними виявами:

- 1 Споживання протягом певного проміжку часу (наприклад, двох годин) кількості їжі, яка безперечно перевищує ту, що її більшість людей споживали б за аналогічний час за таких самих обставин.
- 2 Відчуття відсутності контролю над прийомом їжі під час епізоду (наприклад, відчуття неможливості припинити споживання їжі або контролювати, що і скільки їсти).

B. Періодична невідповідна компенсаторна поведінка, щоб запобігти збільшенню ваги, така як навмисна блювота, зловживання проносними, сечогінними чи іншими препаратами, утримання від прийому їжі або надмірні фізичні навантаження.

C. Переїдання та застосування невідповідної компенсаторної поведінки відбувається в середньому щонайменше 1 раз на тиждень протягом 3 місяців.

D. Самооцінка надмірно залежить від маси та форми тіла.

E. Порушення не виникає суто під час епізодів нервової анорексії.

Розлад з приступами переїдання 307.51 (F 50.8)

A. Періодичні епізоди переїдання. Епізод переїдання характеризується двома наступними виявами:

- 1 Споживання протягом певного проміжку часу (наприклад, двох годин) кількості їжі, яка безперечно перевищує ту, що її більшість людей споживали б за аналогічний час за таких самих обставин.
- 2 Відчуття відсутності контролю над споживанням їжі під час епізоду (наприклад, відчуття неможливості припинити споживання їжі або контролювати, що і скільки їсти).

B. Епізоди переїдання пов'язані з трьома (або більше) наступними виявами:

- 1 Споживання їжі є швидшим, ніж зазвичай.
- 2 Споживання їжі аж до відчуття некомфортного переповнення.
- 3 Споживання великої кількості їжі тоді, коли фізично немає відчуття голоду.
- 4 Харчування на самоті, тому що є почуття збентеженості через кількість спожитої їжі.
- 5 Відчуття огиди до самого себе, депресія чи сильне почуття вини згодом.

C. Виражене страждання через приступи переїдання.

D. Переїдання відбувається в середньому щонайменше 1 раз на тиждень протягом 3 місяців.

E. Переїдання не пов'язане з періодичною невідповідною компенсаторною поведінкою, як при нервовій булімії, і не виникає виключно протягом нервової анорексії чи нервової булімії.

Інші специфічні розлади харчової поведінки 307.59 (F 50.9)

A. Атипова нервова анорексія. Усі критерії відповідають нервовій анорексії, за винятком того, що, незважаючи на значну втрату, вага коливається в межах або вище норми.

B. Нервова булімія (менша частота і/або обмежена тривалість). Усі критерії відповідають нервовій булімії, за винятком того, що приступи переїдання та невідповідна компенсаторна поведінка спостерігаються в середньому менше одного разу на тиждень і/або протягом періоду, меншого за 3 місяці.

C. Розлад переїдання (менша частота і/або обмежена тривалість). Усі критерії відповідають розладу переїдання, за винятком того, що приступи переїдання спостерігаються в середньому менше, ніж один раз на тиждень, і/або протягом періоду, меншого за 3 місяці.

Синопис рекомендацій NICE

Нервова анорексія

Обстеження

- До цільових груп скринінгу повинні бути включені: молоді жінки з низьким індексом маси тіла у порівнянні з віковими нормами; пацієнти, які звертаються з проблемами ваги, проте не мають надмірної маси тіла; жінки з нерегулярними місячними циклами чи аменореєю; пацієнти з шлунково-кишковими симптомами, фізичними ознаками голодування чи регулярного блювання та діти з повільним темпом зростання.

Психологічні втручання

Загальні принципи психологічних втручань

- Для психологічного лікування нервової анорексії треба розглянути: когнітивно-аналітичну терапію, когнітивно-поведінкову терапію, інтерперсональну терапію, психодинамічну терапію та сімейні втручання, сфокусовані виключно на розладах харчової поведінки.
- Пропонуючи психологічне лікування, слід брати до уваги вибір пацієнта або, за необхідності, людини, яка ним опікується.
- Цілі психологічного лікування повинні полягати у зменшенні ризику, заохоченні до збільшення ваги та здорового харчування, послабленні інших симптомів, пов'язаних із розладом харчування, а також у сприянні психологічному та фізичному відновленню.

Психологічні втручання в амбулаторних умовах

- Більшість пацієнтів з нервовою анорексією слід лікувати в амбулаторних умовах, використовуючи психологічне лікування (з фізичним моніторингом), яке надає лікар, компетентний оцінити фізичні ризики для людей з розладами харчової поведінки.
- Амбулаторне психологічне лікування зазвичай має тривати щонайменше 6 місяців.
- Якщо під час амбулаторного лікування є значне погіршення або після завершення курсу нема істотного покращення, слід розглянути більш інтенсивні форми лікування для пацієнтів з нервовою анорексією (наприклад, перехід з індивідуальної терапії на комбіновану індивідуальну терапію та сімейне втручання; стаціонарне лікування на повному або денному перебуванні).
- **Не слід надавати** консультації з дієти як єдиного лікування нервової анорексії.

Психологічні аспекти стаціонарної допомоги

- Для пацієнтів з нервовою анорексією слід забезпечити структуроване симптомофокусоване лікування з метою збільшення ваги для досягнення її відновлення. Важливо уважно стежити за фізичним станом пацієнта протягом відновного годування.
- Слід забезпечити психологічне лікування, яке фокусується як на харчовій поведінці, так і на ставленні до ваги та форми тіла, а також на більш загальних психо-соціальних проблемах, із метою збільшення ваги.
- **Не слід використовувати** жорсткі стаціонарні програми зміни поведінки для лікувальної тактики нервової анорексії.

Психологічне лікування після перебування у стаціонарі

- Після відновлення маси тіла у стаціонарних умовах необхідно запропонувати людям з нервовою анорексією амбулаторне психологічне лікування, сфокусоване як на харчовій поведінці, так і на ставленні до ваги та форми тіла, а також на більш загальних психо-соціальних проблемах, з регулярним моніторингом фізичного та психологічного ризиків.
- Тривалість амбулаторної психотерапії та фізичного моніторингу після відновлення маси тіла у стаціонарних умовах, як правило, має бути не менше 12 місяців.

Фармакологічні втручання

- Не слід використовувати медикаментозну терапію як єдине або основне лікування нервової анорексії.
- При використанні медикаментів для лікування людей з нервовою анорексією необхідно ретельно розглянути та обговорити з пацієнтом побічні дії медикаментозної терапії (зокрема, на серце) через можливість порушення функціонування серцево-судинної системи у багатьох людей з нервовою анорексією.
- Лікарі повинні знати про ризик ужитку препаратів, які подовжують інтервал QTc на ЕКГ, наприклад, нейролептики, трициклічні антидепресанти, макроліди та деякі антигістамінні препарати. Необхідно уникати призначень препаратів із побічними діями, які можуть призвести до порушення функціонування серцево-судинної системи у пацієнтів з нервовою анорексією та ризиком серцевих ускладнень.
- Якщо призначення ліків, що можуть призвести до порушення функціонування серцево-судинної системи, є необхідним, слід здійснювати моніторинг ЕКГ.

Керування фізичними симптомами

Керування збільшенням ваги

- При лікуванні пацієнтів з нервовою анорексією метою середнього щотижневого збільшення ваги в стаціонарних умовах є 1-0,5 кг, в амбулаторних – 0,5 кг. Це вимагає приблизно від 3500 до 7000 додаткових калорій на тиждень.

Контролювання ризиків

- Лікарі повинні контролювати фізичні ризики у пацієнтів з нервовою анорексією.
- Потрібно інформувати людей з нервовою анорексією та їх опікунів, якщо ризик для їхнього фізичного здоров'я є високим.
- Ефективний моніторинг та залучення пацієнтів з надзвичайно низькою вагою або з тенденцією до зниження ваги повинні бути пріоритетними завданнями.
- Слід розглянути участь педіатра або терапевта для всіх осіб з нервовою анорексією з групи підвищеного ризику.

Насильне годування пацієнта

Насильне годування пацієнта має бути крайнім засобом у тактиці лікування нервової анорексії.

Насильне годування пацієнта є вузькоспеціалізованою процедурою, яка вимагає спеціальних знань з допомоги та лікування важких розладів харчової поведінки та фізичних ускладнень, пов'язаних з ними.

Нервова булімія

Психологічні втручання

- Як можливий перший крок слід заохочувати пацієнтів з булімією дотримуватись програми самодопомоги, що базується на клінічних доказах.
- Слід запропонувати спеціально адаптовану форму когнітивно-поведінкової терапії для дорослих з нервовою булімією. Курс лікування повинен тривати від 16 до 20 сесій протягом 4-5 місяців.
- Для людей з нервовою булімією, які не піддаються когнітивно-поведінковій терапії або ж відмовляються від неї, необхідно розглянути інші психологічні методи лікування.
- Слід розглянути інтерперсональну психотерапію як альтернативну до когнітивно-поведінкової терапії, але проінформувати пацієнтів, що вона триватиме 8-12 місяців для досягнення порівняльних з когнітивно-поведінковою терапією результатів.

Фармакологічні втручання

- Як альтернативний або додатковий перший крок до використання програми самопомоги, яка базується на клінічних доказах, дорослим з нервовою булімією можна запропонувати пробне лікування антидепресантами.
- Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (зокрема флуоксетин) є препаратами першого вибору для лікування нервової булімії з точки зору прийнятності, переносимості та зменшення симптомів.

- Для людей з нервовою булімією ефективна доза флуоксетину є вищою, ніж при депресії (60 мг щоденно).
- Для лікування нервової булімії, крім антидепресантів, жодних інших медикаментів не рекомендується.

Керування фізичними симптомами

- Необхідно обстежити водно-електролітний баланс пацієнтів з нервовою булімією, які мають часту блювоту або приймають велику кількість проносних засобів (особливо, якщо пацієнти мають недостатню вагу).
- Якщо немає труднощів з шлунково-кишковим всмоктуванням, за необхідності у деяких випадках більш рекомендованим є оральне, а не внутрішньовенне введення добавок для відновлення електролітного балансу.

Організація втручань при нервовій булімії

- Переважній більшості пацієнтів з нервовою булімією слід надавати лікування в амбулаторних умовах.
- Для пацієнтів з нервовою булімією, які мають ризик суїциду чи самоушкодження, потрібно розглянути стаціонарне чи денне стаціонарне лікування, або забезпечити інтенсивнішу амбулаторну допомогу.

Додаткові вказівки для дітей та підлітків

- Підлітки з нервовою булімією можуть отримувати лікування когнітивно-поведінковою терапією для нервової булімії, яка адаптована для їхнього віку, обставин та рівня розвитку, і за необхідності слід залучати їх сім'ю.

Атипові розлади харчової поведінки, включаючи розлад з приступами переїдання

Психологічні методи лікування розладу з приступами переїдання

- Як можливий перший крок при розладі з приступами переїдання слід заохочувати пацієнтів дотримуватись програми самодопомоги, яка базується на клінічних доказах.
- Потрібно запропонувати когнітивно-поведінкову терапію, спеціально адаптовану для дорослих при розладі з приступами переїдання.
- Для дорослих зі стійким розладом з приступами переїдання можуть бути запропоновані інші психологічні методи лікування (інтерперсональна психотерапія при розладі переїдання і модифікована діалектична поведінкова терапія).
- Для підлітків зі стійким розладом з приступами переїдання слід запропонувати відповідно адаптоване психологічне лікування.

Фармакологічні втручання при розладі з приступами переїдання

- Як альтернативний або додатковий перший крок до використання програми самодопомоги, що базується на клінічних доказах, при розладі з приступами переїдання потрібно запропонувати пацієнтам пробне лікування селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну.

Розлад поведінки

Діагностичні критерії

A. Постійні та повторювані моделі поведінки, при яких порушуються фундаментальні права інших людей або основні соціальні норми та правила і при яких впродовж останніх 12 місяців проявляються щонайменше три з описаних нижче 15 критеріїв з наступних категорій (щонайменше один критерій присутній впродовж останніх 6 місяців).

Агресія до людей і тварин

- 1 Часто знущається з інших і погрожує їм.
- 2 Часто ініціює бійки.
- 3 Використовує зброю чи предмети, які можуть завдати серйозної фізичної шкоди іншим (наприклад, палицю, цеглу, розбиту пляшку, ніж, пістолет).
- 4 Фізично жорстокий до людей.
- 5 Фізично жорстокий до тварин.
- 6 Краде, вдаючись до протистояння з жертвою (вличне пограбування, видирання гаманця, вимагання, збройне пограбування).
- 7 Примушує когось до сексуальних стосунків.

Пошкодження майна

- 8 Навмисно влаштовує підпал з наміром заподіяти серйозну шкоду.
- 9 Навмисно псує власність інших (крім влаштування підпалу).

Брехливість або злодійство

- 10 Зламає чийсь машину, проникає в дім, будівлю.
- 11 Часто обманює, щоб отримати товари чи послуги, або, щоб уникнути зобов'язань (тобто чинить шахрайство).
- 12 Краде вартісні предмети без протистояння із жертвою (крадіжки у магазинах, але без зламу чи проникнення; підроблення).

Серйозні порушення правил

- 13 Починаючи з 13 років, часто не ночує вдома, не зважаючи на заборону батьків.
- 14 Живучи з батьками або в прийомній сім'ї, втікав на ніч з дому щонайменше двічі, або один раз, не повертаючись тривалий час.
- 15 Часто прогулює школу, починаючи з 13 років.

В. Розлад поведінки викликає значне порушення функціонування у соціальній, навчальній та професійній сферах.

С. Якщо особі 18 або більше років, ці критерії не застосовуються до антисоціального розладу особистості.

Опозиційно-викличний розлад

Діагностичні критерії 313.81 (F91.3)

А. Модель злого / дратівливого настрою, конфліктної / викличної поведінки або мстивості, які тривають принаймні 6 місяців і проявляються у процесі взаємодії хоча б з однією людиною, яка не є рідним братом або сестрою, про що свідчать щонайменше 4 симптоми з наступних категорій.

Злий / дратівливий настрій

- 1 Часто втрачає самовладання.
- 2 Часто вразливий або дратівливий.
- 3 Часто сердитий та ображений.

Конфліктна / виклична поведінка

- 4 Часто сперечається з авторитетними особами або з дорослими (діти і підлітки).
- 5 Часто активно кидає виклик чи відмовляється виконувати правила або прохання авторитетних осіб.
- 6 Часто навмисно дратує інших.
- 7 Часто звинувачує інших у своїх помилках або поганій поведінці.

- 8 Був сердитий або мстивий принаймні двічі за останні 6 місяців.

Примітка: для диференціації симптоматичної поведінки від поведінки в межах норми слід враховувати тривалість та частоту такої поведінки. Для дітей до 5 років така поведінка повинна виникати у більшості днів протягом 6 місяців, якщо не вказано інше. Для осіб 5-річних і старших дітей – щонайменше 1 раз на тиждень протягом 6 місяців, якщо не вказано інше. Необхідно враховувати також інші фактори, зокрема, частоту та інтенсивність поведінки, яка виходить за межі діапазону, котрий є нормативним для рівня розвитку особи, її статі та культури.

В. Розлад поведінки пов'язаний із дистресом особи чи її безпосереднього соціального оточення (наприклад, сім'ї, однолітків, співробітників) або впливає негативно на соціальну, освітню, професійну або інші важливі сфери діяльності.

С. Поведінка не є виключно проявом психотичного, біполярного, депресивного розладів чи зловживання психоактивними речовинами. Також критерії не збігаються з розладом регуляції емоцій з вираженою дратівливістю та приступами злості*.

* Запропонований переклад Disruptive Mood Dysregulation Disorder – прим. упорядника.

Синопис рекомендацій NICE

Обстеження

Стандартні компоненти комплексного обстеження розладів поведінки повинні оцінювати наступне:

- основні симптоми розладів поведінки:
 - моделі негативістичної, ворожої, викличної поведінки у дітей до 11 років;
 - агресивність до людей та тварин, нищення майна, брехливість або злочинство і серйозні порушення правил у дітей віком понад 11 років;
- теперішнє функціонування у школі, вдома, коледжі та стосунки з однолітками;
- якість виховання;
- історію будь-яких попередніх та теперішніх психічних чи фізичних проблем зі здоров'ям.

Слід взяти до уваги супутні розлади, що можуть співіснувати з розладами поведінки.

Необхідно розглянути можливість використання формальних методик оцінювання для діагностики супутніх розладів, як-от:

- Шкала CBCL (Child Behavior Checklist) для усіх дітей та молодих людей;
- Опитувальник SDQ «Сильні сторони і труднощі» для усіх дітей та молодих людей;
- Шкала оцінювання Коннерса (Conners Comprehensive Behavior Rating Scales), переглянута для дітей та молодих осіб з підозрою на ГРДУ;

- обстеження аутичної поведінки дітей і молодих осіб з підозрою на РСА за допомогою валідизованих діагностичних методик;
- обстеження пізнавальної здатності дітей та молодих осіб з підозрою на труднощі у навчанні за допомогою валідизованих діагностичних методик;
- обстеження читання дітей та молодих осіб з підозрою на труднощі з читанням за допомогою валідизованих діагностичних методик.

Слід оцінити ризики, з якими стикаються діти та молоді особи, і за потреби розробити план контролювання ризиків при самозанедбанні, експлуатації іншими, самоушкодженні та завданні шкоди іншим. Необхідно провести комплексне оцінювання батьків чи опікунів дитини або молоді особи, яке повинно охоплювати:

- позитивні та негативні аспекти виховання, зокрема будь-яке використання дисципліни із застосуванням сили;
- стосунки дитина-батьки;
- позитивні та негативні стосунки дорослих всередині сім'ї дитини чи молоді особи, в тому числі домашнє насильство;
- батьківське благополуччя, яке охоплює психічне здоров'я, зловживання психоактивними речовинами (у тому числі, чи вживалися наркотики або алкоголь під час вагітності) та злочинна поведінка.

Психологічні втручання

Навчальні програми для батьків

Слід запропонувати групову/індивідуальну навчальну програму для батьків, чії діти віком від 3 до 11 років:

- мають високий ризик розвитку опозиційно-викличного розладу чи розладу поведінки;
- мають опозиційно-викличний розлад чи розлад поведінки;
- перебувають у контактї з системою кримінального правосуддя через асоціальну поведінку.

До групової/індивідуальної навчальної програми для батьків слід, в інтересах дитини, залучати обох батьків, якщо це можливо.

Групова навчальна програма для батьків повинна:

- мати групи в середньому по 10-12 батьків;
- базуватись на моделі соціального навчання, використовуючи моделювання ситуацій, тренувальні вправи та зворотний зв'язок для покращення навичок виховання;
- мати в середньому 10-16 зустрічей тривалістю 90-120 хвилин.

Індивідуальна навчальна програма для батьків повинна:

- базуватись на моделі соціального навчання, використовуючи моделювання ситуацій, тренувальні вправи та зворотний зв'язок для покращення навичок виховання;
- мати в середньому 8-10 зустрічей тривалістю 60-90 хвилин.

Програми, орієнтовані на дитину

Слід запропонувати соціальні та когнітивні програми із вирішення проблем для дітей та молодих людей віком від 9 до 14 років, які:

- мають високий ризик розвитку опозиційно-викличного розладу чи розладу поведінки;
- мають опозиційно-викличний розлад чи розлад поведінки;
- перебувають у контакті з системою кримінального правосуддя через асоціальну поведінку.

Соціальні та когнітивні програми із вирішення проблем мають бути адаптовані до рівня розвитку дітей і повинні:

- базуватися на когнітивно-поведінковій моделі вирішення проблем;
- використовувати моделювання ситуацій, тренувальні вправи та зворотний зв'язок для покращення навичок;
- мати 10-18 щотижневих зустрічей тривалістю по 2 години.

Мультиmodalьні втручання

Для лікування розладів поведінки слід запропонувати мультиmodalьні втручання, наприклад, мультисистемну терапію для дітей і молодих осіб віком від 11 до 17 років.

Мультиmodalьні втручання мають залучати дитину чи молоду особу, а також батьків чи опікунів, і повинні:

- мати чіткий підтримуючий сімейний фокус;
- ґрунтуватися на соціальній моделі навчання із втручаннями на рівні сім'ї, школи, кримінального правосуддя і громади;

- бути забезпечені спеціалістами, які пройшли спеціальне навчання з даної проблеми;
- тривати від 3 до 5 місяців по 3-4 зустрічі на тиждень.

Фармакологічні втручання

- Не слід пропонувати медикаментозне лікування як шаблон тактики коригування поведінкових проблем у дітей чи молодих осіб з опозиційно-викличним розладом та розладами поведінки.
- Необхідно запропонувати метилфенідат чи атомоксетин згідно з рекомендаціями при ГРДУ у дітей чи молодих осіб з опозиційно-викличним розладом та розладами поведінки.
- Рекомендовано рїсперидон для короткотривалого застосування при надзвичайно агресивній поведінці молодих людей із розладами поведінки, які мають вибухи гніву і важкі порушення емоційної регуляції та не піддаються психосоціальним втручанням.
- Слід переглянути ефективність рїсперидону після 3-4 тижнів і припинити його прийом, якщо немає показників клінічно важливої реакції через 6 тижнів.



Інститут
психічного
здоров'я
Українського
католицького
університету

www.ipz.ucu.edu.ua



Український
інститут
когнітивно-
поведінкової
терапії

www.i-cbt.org.ua

Знайти когнітивно-
поведінкового терапевта

www.i-cbt.org.ua/Therapists.html

Виробничо-практичне видання

Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»

Засновано 2014 року

**Синопис діагностичних критеріїв *DSM-V*
та протоколів *NICE* для діагностики та лікування
основних психічних розладів у дітей та підлітків**

Переклали з англійської

*Наталія Мельник, Юлія Ясницька, Катерина Магдич,
Діана Бусько, Людмила Сухарева, Леся Підлісецька*

Упорядник, науковий редактор *Леся Підлісецька*

Науковий консультант *Олег Романчук*

Літературний редактор *Марія Соловій*

Коректори *Рената Кивелюк, Галина Теодорович*

Технічний редактор *Ірина Дерезенець*

Підписано до друку 27.01.2014. Формат 84 × 108^{1/32}. Друк офсетний.
Обл.-вид. арк. 3,08. Умовн. друк. арк. 5,88. Наклад 2000 примірників.

ВИДАВНИЦТВО
УКРАЇНСЬКОГО КАТОЛИЦЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ

вул. І. Свенціцького, 17, м. Львів, 79011

тел./факс: +380 32 2409496

www.press.ucu.edu.ua, e-mail: ucupress@ucu.edu.ua

Свідоцтво серії ДК №1657 від 20.01.2004