



ІНСТИТУТ
ПСИХІЧНОГО
ЗДОРОВ'Я
УКУ

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

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 відмінити 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 спричиняють 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.

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 рisperidonу буде збільшуватись рівень пролактину, а оланзапін – вага.
- Якщо ж реакція на антипсихотичні засоби є невідповідною, слід розглянути додавання літію або вальпроату, але у більшості випадків необхідно уникати призначення вальпроату дівчатам.

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 різноманітних селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (серталін чи циталопрам), якщо немає відповідної реакції на флуоксетин.

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

Довготривале лікування дітей та підлітків

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

Стаціонарна допомога дітям та підліткам

- Для пацієнтів з ризиком суїциду чи інших серйозних ушкоджень необхідно розглянути стаціонарне перебування в спеціалізованому відділенні для дітей 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.