



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

## 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 (габітація). Габітація 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.