



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

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

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

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

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



Інституту психічного здоров'я  
Українського католицького університету,



Українського інституту  
когнітивно-поведінкової терапії



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Швейцарського бюро  
співробітництва в Україні  
(Swiss Cooperation Office Ukraine)

## Зміст

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

## Припинення лікування СІЗЗС та кломіпраміном 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.