



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

- 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 / групова КПТ повинна 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 Дизморфофобічний 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 дизморфофобічним 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:

- припинити 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

10

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.