



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

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.

В. 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).

С. 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).

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

Е. 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:

- нейрорепетики;
- 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 довілля 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 неуважність 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 неуважність 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 утримуванням уваги на завданнях або під час гри (наприклад, має труднощі з концентрацією уваги під час лекцій, розмов або тривалого читання);