



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

11 Розлади харчової поведінки

Діагностичні критерії

Нервова анорексія 307.1

A. Обмеження у споживанні їжі (енергії) порівняно з вимогами, що призводить до дуже низької ваги тіла в контексті віку, статі, передбачуваного розвитку і фізичного здоров'я. Суттєво низька вага визначається, як вага, що є меншою за мінімальну норму, або ж для дітей та підлітків є меншою за мінімально очікувану.

B. Сильний страх набрати вагу чи стати товстим, або постійна поведінка, яка перешкоджає збільшенню ваги навіть при істотно малій масі тіла.

C. Порушення у сприйманні власної ваги або форми тіла, надмірний вплив маси чи форми тіла на самооцінку або постійне невизнання серйозності факту, що теперішня маса тіла є низька.

Нервова булімія 307.51 (F 50.2)

A. Періодичні епізоди переїдання. Епізод переїдання характеризується двома наступними виявами:

- 1 Споживання протягом певного проміжку часу (наприклад, двох годин) кількості їжі, яка безперечно перевищує ту, що її більшість людей споживали б за аналогічний час за таких самих обставин.
- 2 Відчуття відсутності контролю над прийомом їжі під час епізоду (наприклад, відчуття неможливості припинити споживання їжі або контролювати, що і скільки їсти).

B. Періодична невідповідна компенсаторна поведінка, щоб запобігти збільшенню ваги, така як навмисна блювота, зловживання проносними, сечогінними чи іншими препаратами, утримання від прийому їжі або надмірні фізичні навантаження.

C. Переїдання та застосування невідповідної компенсаторної поведінки відбувається в середньому щонайменше 1 раз на тиждень протягом 3 місяців.

D. Самооцінка надмірно залежить від маси та форми тіла.

E. Порушення не виникає суто під час епізодів нервової анорексії.

Розлад з приступами переїдання 307.51 (F 50.8)

A. Періодичні епізоди переїдання. Епізод переїдання характеризується двома наступними виявами:

- 1 Споживання протягом певного проміжку часу (наприклад, двох годин) кількості їжі, яка безперечно перевищує ту, що її більшість людей споживали б за аналогічний час за таких самих обставин.
- 2 Відчуття відсутності контролю над споживанням їжі під час епізоду (наприклад, відчуття неможливості припинити споживання їжі або контролювати, що і скільки їсти).

B. Епізоди переїдання пов'язані з трьома (або більше) наступними виявами:

- 1 Споживання їжі є швидшим, ніж зазвичай.
- 2 Споживання їжі аж до відчуття некомфортного переповнення.
- 3 Споживання великої кількості їжі тоді, коли фізично немає відчуття голоду.
- 4 Харчування на самоті, тому що є почуття збентеженості через кількість спожитої їжі.
- 5 Відчуття огиди до самого себе, депресія чи сильне почуття вини згодом.

C. Виражене страждання через приступи переїдання.

D. Переїдання відбувається в середньому щонайменше 1 раз на тиждень протягом 3 місяців.

E. Переїдання не пов'язане з періодичною невідповідною компенсаторною поведінкою, як при нервовій булімії, і не виникає виключно протягом нервової анорексії чи нервової булімії.

Інші специфічні розлади харчової поведінки 307.59 (F 50.9)

A. Атипова нервова анорексія. Усі критерії відповідають нервовій анорексії, за винятком того, що, незважаючи на значну втрату, вага коливається в межах або вище норми.

B. Нервова булімія (менша частота і/або обмежена тривалість). Усі критерії відповідають нервовій булімії, за винятком того, що приступи переїдання та невідповідна компенсаторна поведінка спостерігаються в середньому менше одного разу на тиждень і/або протягом періоду, меншого за 3 місяці.

C. Розлад переїдання (менша частота і/або обмежена тривалість). Усі критерії відповідають розладу переїдання, за винятком того, що приступи переїдання спостерігаються в середньому менше, ніж один раз на тиждень, і/або протягом періоду, меншого за 3 місяці.

Синопис рекомендацій NICE

Нервова анорексія

Обстеження

- До цільових груп скринінгу повинні бути включені: молоді жінки з низьким індексом маси тіла у порівнянні з віковими нормами; пацієнти, які звертаються з проблемами ваги, проте не мають надмірної маси тіла; жінки з нерегулярними місячними циклами чи аменореєю; пацієнти з шлунково-кишковими симптомами, фізичними ознаками голодування чи регулярного блювання та діти з повільним темпом зростання.

Психологічні втручання

Загальні принципи психологічних втручань

- Для психологічного лікування нервової анорексії треба розглянути: когнітивно-аналітичну терапію, когнітивно-поведінкову терапію, інтерперсональну терапію, психодинамічну терапію та сімейні втручання, сфокусовані виключно на розладах харчової поведінки.
- Пропонуючи психологічне лікування, слід брати до уваги вибір пацієнта або, за необхідності, людини, яка ним опікується.
- Цілі психологічного лікування повинні полягати у зменшенні ризику, заохоченні до збільшення ваги та здорового харчування, послабленні інших симптомів, пов'язаних із розладом харчування, а також у сприянні психологічному та фізичному відновленню.

Психологічні втручання в амбулаторних умовах

- Більшість пацієнтів з нервовою анорексією слід лікувати в амбулаторних умовах, використовуючи психологічне лікування (з фізичним моніторингом), яке надає лікар, компетентний оцінити фізичні ризики для людей з розладами харчової поведінки.
- Амбулаторне психологічне лікування зазвичай має тривати щонайменше 6 місяців.
- Якщо під час амбулаторного лікування є значне погіршення або після завершення курсу нема істотного покращення, слід розглянути більш інтенсивні форми лікування для пацієнтів з нервовою анорексією (наприклад, перехід з індивідуальної терапії на комбіновану індивідуальну терапію та сімейне втручання; стаціонарне лікування на повному або денному перебуванні).
- **Не слід надавати** консультації з дієти як єдиного лікування нервової анорексії.

Психологічні аспекти стаціонарної допомоги

- Для пацієнтів з нервовою анорексією слід забезпечити структуроване симптомофокусоване лікування з метою збільшення ваги для досягнення її відновлення. Важливо уважно стежити за фізичним станом пацієнта протягом відновного годування.
- Слід забезпечити психологічне лікування, яке фокусується як на харчовій поведінці, так і на ставленні до ваги та форми тіла, а також на більш загальних психо-соціальних проблемах, із метою збільшення ваги.
- **Не слід використовувати** жорсткі стаціонарні програми зміни поведінки для лікувальної тактики нервової анорексії.

Психологічне лікування після перебування у стаціонарі

- Після відновлення маси тіла у стаціонарних умовах необхідно запропонувати людям з нервовою анорексією амбулаторне психологічне лікування, сфокусоване як на харчовій поведінці, так і на ставленні до ваги та форми тіла, а також на більш загальних психо-соціальних проблемах, з регулярним моніторингом фізичного та психологічного ризиків.
- Тривалість амбулаторної психотерапії та фізичного моніторингу після відновлення маси тіла у стаціонарних умовах, як правило, має бути не менше 12 місяців.

Фармакологічні втручання

- Не слід використовувати медикаментозну терапію як єдине або основне лікування нервової анорексії.
- При використанні медикаментів для лікування людей з нервовою анорексією необхідно ретельно розглянути та обговорити з пацієнтом побічні дії медикаментозної терапії (зокрема, на серце) через можливість порушення функціонування серцево-судинної системи у багатьох людей з нервовою анорексією.
- Лікарі повинні знати про ризик ужитку препаратів, які подовжують інтервал QTc на ЕКГ, наприклад, нейролептики, трициклічні антидепресанти, макроліди та деякі антигістамінні препарати. Необхідно уникати призначень препаратів із побічними діями, які можуть призвести до порушення функціонування серцево-судинної системи у пацієнтів з нервовою анорексією та ризиком серцевих ускладнень.
- Якщо призначення ліків, що можуть призвести до порушення функціонування серцево-судинної системи, є необхідним, слід здійснювати моніторинг ЕКГ.

Керування фізичними симптомами

Керування збільшенням ваги

- При лікуванні пацієнтів з нервовою анорексією метою середнього щотижневого збільшення ваги в стаціонарних умовах є 1-0,5 кг, в амбулаторних – 0,5 кг. Це вимагає приблизно від 3500 до 7000 додаткових калорій на тиждень.

Контролювання ризиків

- Лікарі повинні контролювати фізичні ризики у пацієнтів з нервовою анорексією.
- Потрібно інформувати людей з нервовою анорексією та їх опікунів, якщо ризик для їхнього фізичного здоров'я є високим.
- Ефективний моніторинг та залучення пацієнтів з надзвичайно низькою вагою або з тенденцією до зниження ваги повинні бути пріоритетними завданнями.
- Слід розглянути участь педіатра або терапевта для всіх осіб з нервовою анорексією з групи підвищеного ризику.

Насильне годування пацієнта

Насильне годування пацієнта має бути крайнім засобом у тактиці лікування нервової анорексії.

Насильне годування пацієнта є вузькоспеціалізованою процедурою, яка вимагає спеціальних знань з допомоги та лікування важких розладів харчової поведінки та фізичних ускладнень, пов'язаних з ними.

Нервова булімія

Психологічні втручання

- Як можливий перший крок слід заохочувати пацієнтів з булімією дотримуватись програми самодопомоги, що базується на клінічних доказах.
- Слід запропонувати спеціально адаптовану форму когнітивно-поведінкової терапії для дорослих з нервовою булімією. Курс лікування повинен тривати від 16 до 20 сесій протягом 4-5 місяців.
- Для людей з нервовою булімією, які не піддаються когнітивно-поведінковій терапії або ж відмовляються від неї, необхідно розглянути інші психологічні методи лікування.
- Слід розглянути інтерперсональну психотерапію як альтернативну до когнітивно-поведінкової терапії, але проінформувати пацієнтів, що вона триватиме 8-12 місяців для досягнення порівняльних з когнітивно-поведінковою терапією результатів.

Фармакологічні втручання

- Як альтернативний або додатковий перший крок до використання програми самопомоги, яка базується на клінічних доказах, дорослим з нервовою булімією можна запропонувати пробне лікування антидепресантами.
- Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (зокрема флуоксетин) є препаратами першого вибору для лікування нервової булімії з точки зору прийнятності, переносимості та зменшення симптомів.

- Для людей з нервовою булімією ефективна доза флуоксетину є вищою, ніж при депресії (60 мг щоденно).
- Для лікування нервової булімії, крім антидепресантів, жодних інших медикаментів не рекомендується.

Керування фізичними симптомами

- Необхідно обстежити водно-електролітний баланс пацієнтів з нервовою булімією, які мають часту блювоту або приймають велику кількість проносних засобів (особливо, якщо пацієнти мають недостатню вагу).
- Якщо немає труднощів з шлунково-кишковим всмоктуванням, за необхідності у деяких випадках більш рекомендованим є оральне, а не внутрішньовенне введення добавок для відновлення електролітного балансу.

Організація втручань при нервовій булімії

- Переважній більшості пацієнтів з нервовою булімією слід надавати лікування в амбулаторних умовах.
- Для пацієнтів з нервовою булімією, які мають ризик суїциду чи самоушкодження, потрібно розглянути стаціонарне чи денне стаціонарне лікування, або забезпечити інтенсивнішу амбулаторну допомогу.

Додаткові вказівки для дітей та підлітків

- Підлітки з нервовою булімією можуть отримувати лікування когнітивно-поведінковою терапією для нервової булімії, яка адаптована для їхнього віку, обставин та рівня розвитку, і за необхідності слід залучати їх сім'ю.

Атипові розлади харчової поведінки, включаючи розлад з приступами переїдання

Психологічні методи лікування розладу з приступами переїдання

- Як можливий перший крок при розладі з приступами переїдання слід заохочувати пацієнтів дотримуватись програми самодопомоги, яка базується на клінічних доказах.
- Потрібно запропонувати когнітивно-поведінкову терапію, спеціально адаптовану для дорослих при розладі з приступами переїдання.
- Для дорослих зі стійким розладом з приступами переїдання можуть бути запропоновані інші психологічні методи лікування (інтерперсональна психотерапія при розладі переїдання і модифікована діалектична поведінкова терапія).
- Для підлітків зі стійким розладом з приступами переїдання слід запропонувати відповідно адаптоване психологічне лікування.

Фармакологічні втручання при розладі з приступами переїдання

- Як альтернативний або додатковий перший крок до використання програми самодопомоги, що базується на клінічних доказах, при розладі з приступами переїдання потрібно запропонувати пацієнтам пробне лікування селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну.

Розлад поведінки

Діагностичні критерії

A. Постійні та повторювані моделі поведінки, при яких порушуються фундаментальні права інших людей або основні соціальні норми та правила і при яких впродовж останніх 12 місяців проявляються щонайменше три з описаних нижче 15 критеріїв з наступних категорій (щонайменше один критерій присутній впродовж останніх 6 місяців).

Агресія до людей і тварин

- 1 Часто знущається з інших і погрожує їм.
- 2 Часто ініціює бійки.
- 3 Використовує зброю чи предмети, які можуть завдати серйозної фізичної шкоди іншим (наприклад, палицю, цеглу, розбиту пляшку, ніж, пістолет).
- 4 Фізично жорстокий до людей.
- 5 Фізично жорстокий до тварин.
- 6 Краде, вдаючись до протистояння з жертвою (вличне пограбування, видирання гаманця, вимагання, збройне пограбування).
- 7 Примушує когось до сексуальних стосунків.

Пошкодження майна

- 8 Навмисно влаштовує підпал з наміром заподіяти серйозну шкоду.
- 9 Навмисно псує власність інших (крім влаштування підпалу).