

КОЛО(♡)СІМ'І

Центр здоров'я та розвитку



ОГЛЯД І РЕКОМЕНДАЦІЇ З ВТІЛЕННЯ
МІЖНАРОДНИХ ПРОТОКОЛІВ ДОПОМОГИ
ДІТЯМ ТА МОЛОДІ, У ЯКИХ РОЗЛАД
З ДЕФІЦИТОМ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ

ЗМІСТ:

- Заходи спрямовані на забезпечення вчасного виявлення та скерування за належною допомогою 3
- Просвітництво орієнтоване на вчасне виявлення, звернення за належною допомогою, організацією належної допомоги та підтримки у соціальному середовищі 4
- Діагностика 5
- Психоедукація та спільне планування допомоги 8
- Модель допомоги дітям та молоді з РДУГ 10
- Мережева співпраця і зв'язок з локальними маршрутами допомоги 17
- Подальший супровід: менеджмент рецидивів, превентивні втручання та плекання психологічного розвитку та благополуччя 19
- Міжнародні клінічні протоколи, використані при розробці даного протоколу 21
- Додаток 22

Заходи спрямовані на забезпечення вчасного виявлення та скерування за належною допомогою:

- Команда фахівців відповідає за проведення регулярної просвітницької та навчальної компанії з використанням відповідних форматів та засобів в громаді, середовищі батьків, фахівців медичних, освітніх, соціальних закладів
- У громаді – щодо загального усвідомлення проблеми РДУГ, подолання міфів та стигми, усвідомлення необхідності підтримки та належних форм допомоги
- У середовищі батьків – щодо симптомів та причин РДУГ, доказових форм допомоги, ролі батьків у допомозі, позитивного поведінкового керівництва та ін.
- У середовищі первинної медичної ланки – щодо проблеми РДУГ, виявлення, процедур скринінгу, представлення інформації батькам та дитині, проведення психоедукації скерування за допомогою, моніторингу в процесі вікового розвитку
- У середовищі фахівців освітніх закладів - щодо проблеми РДУГ, виявлення, процедур скринінгу, представлення інформації батькам та дитині, проведення психоедукації скерування за допомогою, організації належної підтримки і застосування навчальних, педагогічних підходів та поведінкових втручань в середовищі освітніх закладів
- У середовищі фахівців соціальних служб, спортивних секцій, тематичних гуртків, релігійних дитячих організацій, скаутських та ін. – щодо проблеми РДУГ, скерування батьків та дитини за належною допомогою, організації належної підтримки в соціальному середовищі
- Ключова увага до роботи з фахівцями первинної ланки, що є «ключовими» у виявленні РДУГ – вихователі садочків і вчителі, шкільні психологи, сімейні лікарі, дитячі неврологи, соціальні служби (центри у справах дітей, сімей та молоді), а також пов'язані з групою ризику (недоношені діти, діти та молодь з розладами поведінки та ін.).

Просвітництво орієнтоване на вчасне виявлення, звернення за належною допомогою, організацією належної допомоги та підтримки у соціальному середовищі



Загальне просвітництво у громаді:
поширення наукових знань і
подолання міфів



Просвітництво в середовищі батьків:
розуміння РДУГ, ефективних шляхів
допомоги, знань щодо позитивного
поведінкового керівництва



**Просвітництво в середовищі фахівців
медичної первинної ланки:**
розуміння РДУГ та шляхів допомоги,
вміння виявити, впровадження скринінгових
інструментів та процедур, скерувати
батьків, моніторити в процесі різкого розвитку



Просвітництво в середовищі закладів освіти:
розуміння РДУГ та шляхів допомоги,
вміння виявити, скерувати батьків,
впровадження позитивного поведінкового
керівництва і методик допомоги
в закладах освіти



**Просвітництво в інших середовищах
(неврологи, інші лікарі, спортивні секції,
соціальні служби, гуртки, Церква та ін.)**
розуміння РДУГ та шляхів допомоги,
вміння виявити, скерувати, організувати
належну підтримку в середовищі

Діагностика:

Діагностичні критерії

- Діагноз РДУГ може бути встановлений виключно за умови виконання відповідних діагностичних критеріїв розладу (за діагностичними системами DSM-V або МКХ-10)

Процес діагностики

- Перше обстеження проводить лікар дитячий психіатр
- Обстеження включає в себе ретельну оцінку симптомів РДУГ, їх розвитку, спричинених ними проблем у різних середовищах життя дитини.
- Обстеження включає в себе також детальну історію розвитку дитини, її психологічного розвитку, позитивних якостей, оцінку контексту сім'ї, стосунків в родині, особистості та психічного здоров'я батьків, їх сприйняття проблем та способів рішення, ресурсів родини, а також генетичний анамнез, зокрема щодо наявності РДУГ (та інших психічних розладів) в родині.
- При обстеженні психічного статусу важливо дати дитині можливість кілька відповідних до віку дитини завдань (прочитати розділ книжки, написати кілька речень, чи зробити певне інше завдання), щоби оцінити здатність концентрувати увагу.
- Водночас важливо пам'ятати, що поведінка дитини в умовах консультації не є показовою щодо діагнозу РДУГ з огляду на новизну ситуації, індивідуальну увагу та інші фактори. Відповідно відсутність прояву симптомів РДУГ на консультації не заперечує діагнозу РДУГ.

Процес діагностики

- Для оцінки рекомендовано використовувати шкалу Вандербільта, яку надавати батькам (з рекомендацією заповнити і батьком, і матір'ю), і окрему шкалу Вандербільта для педагогів

- Важливо пам'ятати, що діагноз не може ставитися виключно на основі даних шкали – а в результаті цілісної оцінки усіх даних
- При потребі – для скрінінгу щодо коморбідностей, оцінки сильних сторін дитини, розвитку – можуть даватися інші опитувальники

Додаткові інструментальні та лабораторні обстеження

Додаткові інструментальні та лабораторні дослідження не є базовою частиною діагностики РДУГ і можуть бути показані лише на основі необхідності проведення:

- диференційної діагностики на основі клінічної картини (наприклад, ЕЕГ для диференційної діагностики абсанс-епілепсії)
- уточнення наявності коморбідних розладів (наприклад, тестування IQ для уточнення наявності порушення пізнавального розвитку)
- оцінки наявності протипоказів до призначення медикаментозної терапії чи моніторингу її безпечності/ефективності

Диференційна діагностика

Важливо пам'ятати, що симптоми РДУГ можуть бути викликані іншими розладами та причинами, тож важливо провести ретельну диференційну діагностику. Важливо теж пам'ятати, що ці розлади можуть бути коморбідними.

Розлади та проблеми, що потребують розгляду при диференційній діагностиці:

- Стрес у середовищі (конфлікти/насильство в родині, булінг в школі та ін.)
- Недостатній сон, неналежне харчування (напр., нерегулярне, недостатнє, що спричиняє голод)
- Хаотичне, перезбуджуюче середовище
- Соматичні розлади (абсанс-епілепсія, анемія, з больовими синдромами та іншими дистресовими симптомами та ін.)

- Побічна дія ліків

- Інші психічні розлади (депресія, тривожні, розлади психологічного розвитку, біполярний розлад, психоз, ПТСР, тікозні розлади, розлад вживання психоактивних речовин та ін.)

- Порушення зору, слуху

Діагностика коморбідностей

- Діагностика коморбідностей потребує особливої уваги, оскільки присутність коморбідних розладів є радше правилом, аніж винятком.
- Діагностика коморбідностей проводиться на основі загальноприйнятих процедур і має включати в себе щонайменше клінічне інтерв'ювання зі скрінінговими питаннями щодо найбільш поширених коморбідних розладів, а також використанням скрінінгових опитувальників.
- При наявності підозри щодо наявних порушень пізнавального розвитку, розладів розвитку шкільних навичок є показане тестування психологічного розвитку з використанням відповідних методик.
- У медичній картці має бути зазначено результати скрінінгу щодо коморбідних розладів.

Психоедукація та спільне планування допомоги:

- Психоедукація є одним з ключових елементів допомоги і має здійснюватися для батьків та інших важливих членів родини (як присутніх на консультації, так і опосередковано через інформаційні матеріали), дитини/підлітка, братів/сестер, а також за погодження з батьками - учителів та інших осіб.
- Психоедукація потребує належного часу, зрозумілої мови, використання додаткових інформаційних ресурсів, повторення та етапності. Психоедукація має бути чутливою до віку дитини, освітнього/культурального контексту родини.
- Психоедукація при РДУГ має пояснювати у нестигматизуючий спосіб особливості функціонування мозку дитини, сприяти розумінню, неосудливості, а також закладати основи для розуміння необхідних шляхів допомоги та механізмів їх дії.
- Психоедукація має формувати філософію життя з РДУГ, коупінгу з проблемами – а також вказувати на позитивні сторони РДУГ, потенціал дитини та сприяти належному виховному підходу та вірі в дитину.
- Психоедукація має бути теж підтримуючою та неосудливою для батьків, підкреслювати важливість їх ролі в житті дитини, цінність стосунку, необхідності турботи про себе та уваги до потреб усіх членів родини.
- Психоедукація має також давати головні рекомендації щодо організації життя сім'ї та дитини, модифікації середовища, необхідності моніторингу поведінки дитини, уваги до питань безпеки, здорового способу життя (зокрема, ролі фізичної активності, сну, харчування), а також підтримки розвитку позитивних сторін дитини, її здібностей та талантів.
- Дітям та молоді мають бути запропоновані психоедукаційні ресурси у формі книжечок/буклетів, а також відповідні мультфільми та відео.

- Усім батькам мають бути запропоновані психоедукаційні ресурси, які інформують про РДУГ і демонструють принципи позитивного поведінкового керівництва:
 - Онлайн-батьківська школа
 - Посібник «Якщо у вашої дитини РДУГ»
 - Матеріали на сайті «Кола сім'ї» www.k-s.org.ua/adhd
 - Книжки Барклі Ф. «Менеджмент РДУГ» та «Ваша неслухняна дитина»
- На основі психоедукації сім'ї має бути представлено наявні варіанти допомоги та спільно погоджено подальший план допомоги.
- В процесі психоедукації та планування допомоги закладається також модель партнерства між сім'єю та фахівцями та бачення супроводу впродовж дороги розвитку та різних вікових етапів життя
- Психоедукація має також інформувати батьків про наявні ресурси підтримки – зокрема інформаційні, групи взаємопідтримки батьки для батьків, в системі освіти, в громаді і т.д.

Модель допомоги дітям та молоді з РДУГ

Загальний огляд моделі допомоги

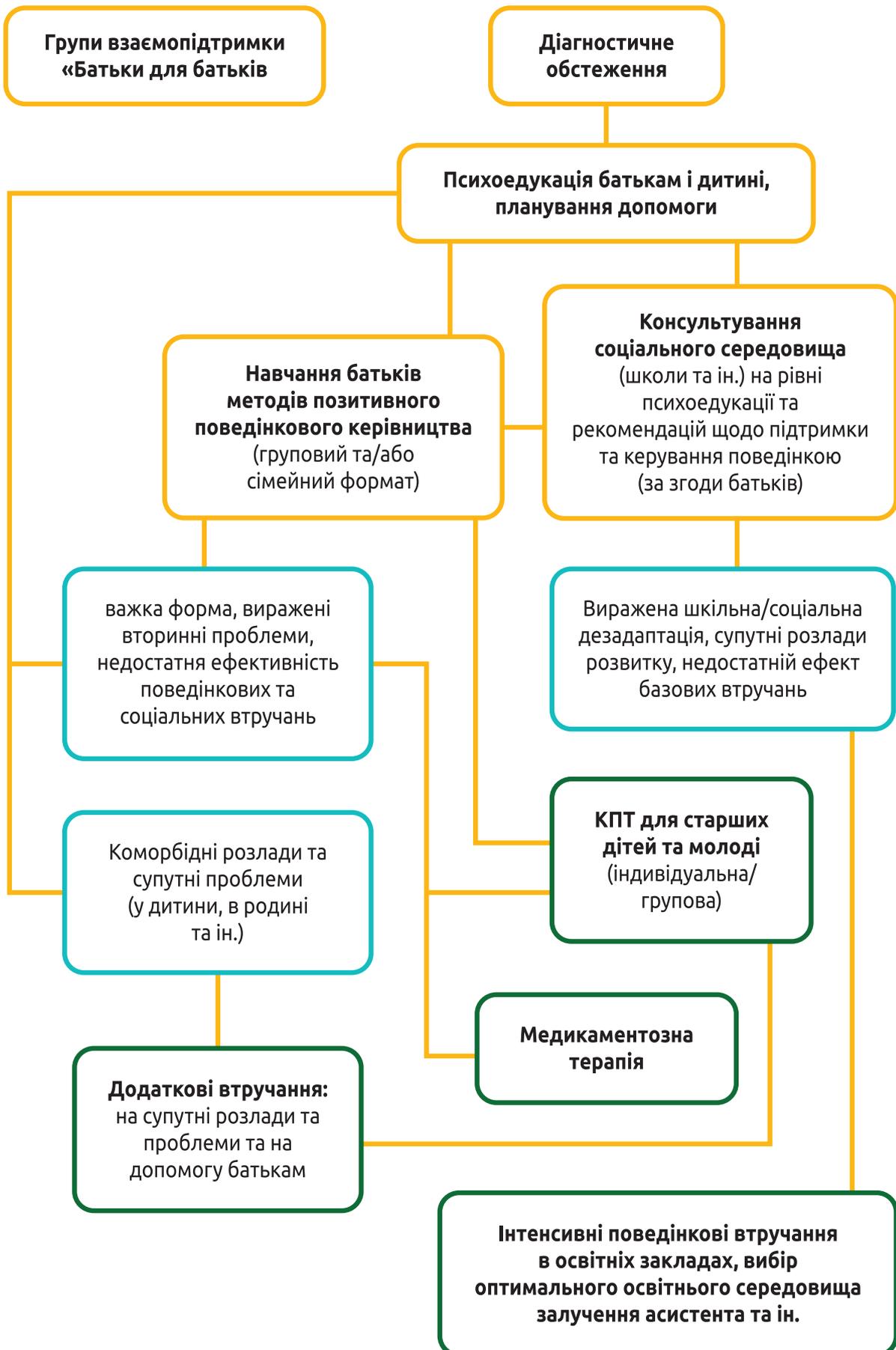
Базові втручання:

- Психоедукація батькам та дитині/підлітку, спільне планування допомоги
- Навчання батьків принципів позитивного поведінкового керівництва у груповому форматі «батьківської школи» та/або індивідуальних консультацій для батьків
- Консультування соціального середовища (школа, садок та ін.) у форматі базової психоедукації та рекомендацій щодо підтримки та позитивного поведінкового керівництва

Додаткові втручання

- Фармакотерапія
- Індивідуальна/групова КПТ для дітей та молоді фокусована на менеджменті симптомів РДУГ та їх наслідків (самоконтроль, емоційна регуляція, соціальні навички та ін.)
- Додаткові сімейні втручання та допомога батькам (подружня терапія, допомога батькам за наявності у них проблем у сфері охорони психічного здоров'я, підтримка братам/сестрам та ін.)
- Додаткові втручання дітям та молоді (орієнтовані на наявність супутніх розладів та проблем)
- Підтримка більш інтенсивних спеціалізованих форм освітніх втручань (поведінкова терапія у школі з залученням вчителів, шкільного психолога, підбір оптимальної освітньої програми, залучення асистента та ін.)

Графічний алгоритм послуг для дітей та молоді з РДУГ та членів їх родин



Навчання батьків принципів позитивного поведінкового керівництва

- Поведінкове керівництво має бути основане на якісній психоедукації та розумінні батьками особливостей дитини з РДУГ та загалом розуміння психологічного розвитку дитини. Важливо не забувати, що психоедукація є тривалим процесом і потребує повторення, перевірки розуміння, етапності, зміни помилкового сприйняття, підкріплення супутніми матеріалами
- Усім батькам має бути рекомендоване навчання позитивного поведінкового керівництва у формі індивідуальних сесій (в ідеалі для обох батьків та інших ключових членів родини залучених до виховання) та/або ж групового формату батьківської школи для батьків дітей з РДУГ
- Попри загальну першочергову рекомендацію групового формату батьківської школи усім батькам (з огляду на цінність взаємопідтримки, навчання у груповому контексті, економію часу та коштів) в окремих випадках насамперед є показана індивідуальна робота з батьками:
 - Складна ситуація з наявністю ряду комплексних проблем, яка вимагає інтенсивної індивідуальної сфокусованої роботи
 - Необхідність супутньої підтримки батькам з огляду на їх труднощі (РДУГ у батьків, подружні конфлікти довкола стилю виховання, особисті психологічні проблеми у батьків та ін.)
 - Недоступність чи труднощі у регулярному відвідуванні занять батьківської школи

Застосування специфічних підходів до навчання та керування поведінкою дітей з РДУГ у закладах освіти (та інших середовищах – гуртки, спорт та ін.)

- Якщо дитина перебуває в освітньому закладі, батькам рекомендовано поінформувати ключових фахівців щодо особливостей дитини та рекомендацій щодо принципів позитивного керівництва поведінкою дитини та загальних шляхів підтримки дитини з РДУГ у соціальному середовищі.
- Батькам надаються інформаційні ресурси для педагогів і наголошується на важливості контакту, командної співпраці. За згоди батьків

пропонується також можливість прямого контакту з педагогами – і за згоди останніх – це може бути у формі телефонної розмови, консультації для педагогів, чи виїзного візиту-консультації фахівця в освітньому закладі.

- У випадку наявності вираженої шкільної/соціальної дезадаптації пропонується інтенсивний формат допомоги та організації поведінкових та інших втручань – зокрема проведення круглого стола за участі батьків та педагогів у закладі освіти, побудова плану заходів у закладі освіти, регулярні консультації для команди освітнього закладу та побудова програми поведінкової терапії у середовищі, при потребі – розгляд питання вибору освітнього закладу/програми, залучення асистента і т.д.

Фармакотерапія

- Показана дітям шкільного віку та молоді за наявності важкої форми РДУГ та виражених вторинних проблем
- У дошкільному віці – виключно при наявності важкої форми і виражених вторинних проблем за відсутності ефекту від поведінкових втручань
- Фармакотерапія має здійснюватися на основі загальних принципів і правил фармакотерапії доказами препаратами згідно рекомендацій міжнародних протоколів щодо особливостей вибору препарату, підбору дози, моніторингу безпеки та ефективності, перегляду дози, вибору необхідної тривалості терапії
- Препаратами першого вибору є психостимулянти, у випадку недоступності, неефективності, протипоказів чи проблемної побічної дії, рекомендовано проводити терапію атомоксетином чи альфа-2а-агоністами (гуанфацин).
- Фармакотерапія має бути з належною психоедукацією батьків та дитини, у адекватній дозі, достатньої тривалості, з обережністю і ретельним моніторингом щодо побічної дії, достатньої тривалості і при потребі з режимом перерв і відновлення – згідно вимог сучасних протоколів фармакотерапії.

**АЛГОРИТМ
ФАРМАКОТЕРАПІЇ**

**Є покази до
фармакотерапії**

**Фармакотерапія
психостимулянтами**
(перша проба:
methylphenidate)

Нема ефекту

**Друга проба: зміна
психостимулянта**
(інша підгрупа:
lisdexamfetamine)

Нема ефекту

**Якщо психостимулянти
недоступні, або ж є
протипокази до
застосування
психостимулянтів**

**Атомоксетин або
альфа-2а-агоністи
(гуанфацин)**

Нема ефекту

**Проба препарату з іншої групи, що не
використовувався до цього
(атомоксетин або альфа-2а-агоністи)**

Індивідуальна/групова КПТ для дітей та молоді

- Показана при недостатньому ефекті поведінкової та медикаментозної терапії та когнітивній готовності дитини до індивідуальної КПТ (старші діти та молодь). Може бути корисна як форма поглиблення психоедукації щодо власного РДУГ та навчання навичок менеджменту симптомів РДУГ і їх наслідків, а також у превентивному форматі та плекання особистісного розвитку – на розвиток соціальних навичок, прийняття себе, навиків емоційної регуляції.
- При наявності супутніх розладі та проблем, щодо яких показана КПТ (тривожні розлади, депресія, ПТСР та ін.)
- Цілі індивідуальної КПТ:
 - Психоедукація щодо РДУГ
 - Розвиток навичок менеджменту симптомів РДУГ
 - Само-контроль
 - Емоційна регуляція (менеджмент злості, тривоги та ін.)
 - Соціальні навички
 - Вирішення проблем
 - Самооцінка, прийняття себе, особистісний розвиток
- Орієнтовна тривалість КПТ: 6-12 сесій
- Альтернативою індивідуальній КПТ може бути груповий формат КПТ – у структурованій моделі націленій на психоедукацію, розвиток відповідних навичок, ефект групової взаємопідтримки та зміцнення соціальних ресурсів

Менеджмент супутніх проблем та розладів

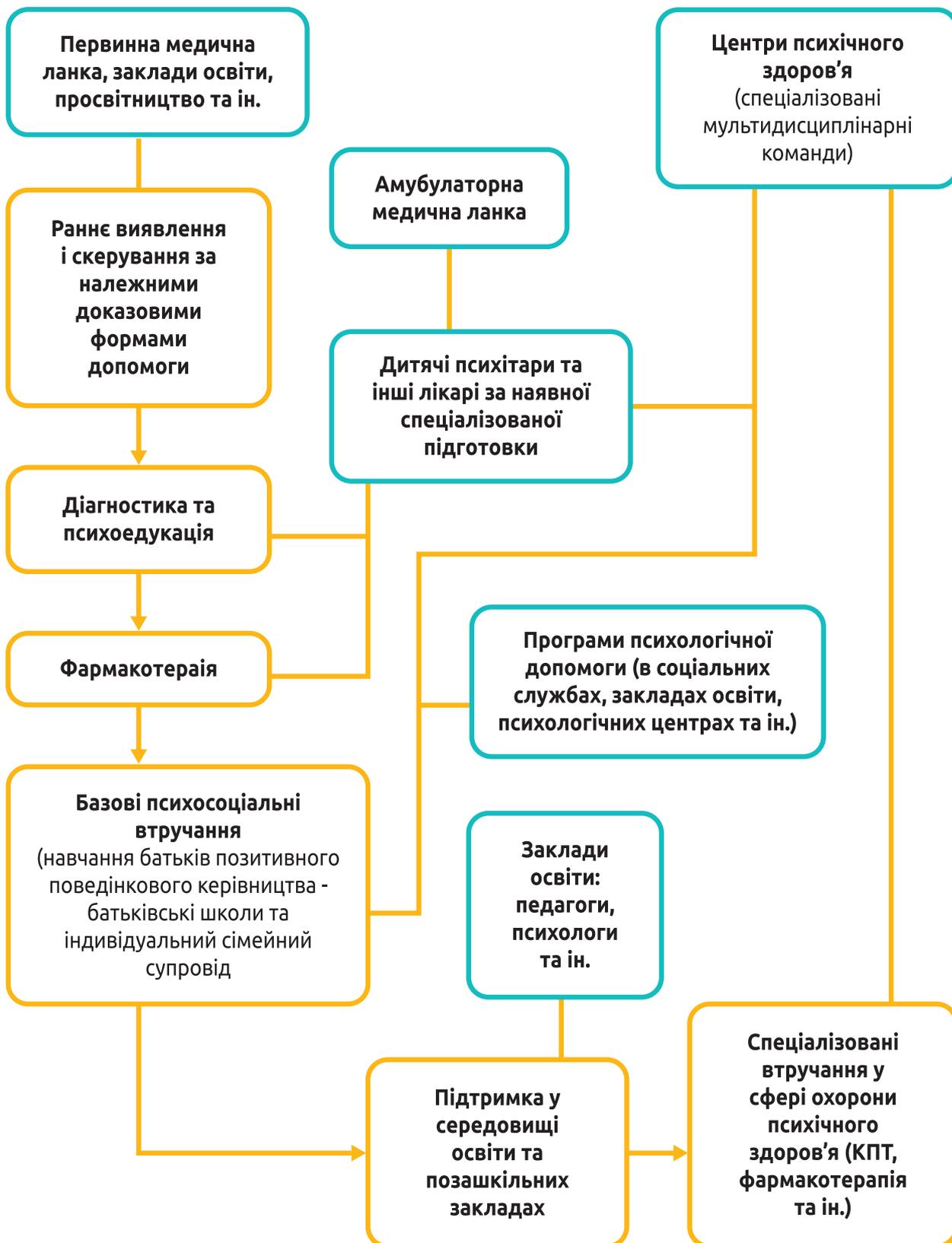
- Особлива увага має бути зосереджена на виявленні супутніх проблем (не лише наявних, але потенційних) та включення роботи з ними в план терапії
- За наявності порушень у стосунку батьки-дитина мають бути рекомендовані втручання орієнтовані на менеджмент конфлікту та побудову/зміцнення прив'язаності (сімейна КПТ, сімейна ігрова терапія, ВІТ, ЕФТ та ін.)
- При наявності супутніх розладів та проблем у дітей та молоді – відповідні пріоритизовані доказові втручання
- У випадку наявності подружніх чи сімейних проблем в родині, які ускладнюють можливість реалізації позитивного поведінкового керівництва – сімейна терапія
- У випадку вираженої сімейної дисфункції, занедбання/скривдження дитини – відповідні соціальні втручання
- У випадку наявності у батьків розладів у сфері психічного здоров'я (РДУГ, депресія та ін.) – батькам повинні бути запропоновані відповідні втручання
- У випадку вираженої необхідності зміни навчального закладу – підтримка рішення щодо вибору оптимального навчального середовища та забезпечення/розвитку терапевтичних втручань у середовищі

Засоби моніторингу ефективності допомоги

- З метою моніторингу ефективності рекомендовано регулярно мати перегляд з сім'єю результатів допомоги та переоцінки. Для переоцінки симптомів ГДРУ та їх динаміки рекомендоване повторне (і подальше з певною регулярністю) заповнення батьками та педагогами при потребі опитувальника Вандербільта.
- В процесі навчання батьків навичок позитивного поведінкового керівництва важливо ставити цілі у СМАРТ-форматі і використовувати відповідні засоби моніторингу/оцінки вираженості проблемно/бажаної поведінки як вдома, так і в інших середовищах – та моніторити результат в ході праці.

Мережева співпраця і зв'язок з локальними маршрутами допомоги

- Фахівцями здійснюється діяльність на розвиток мережевої співпраці між відповідними сферами життя дітей та молоді (сім'я, освіта, дозвілля та ін.). Дана діяльність здійснюється у регулярний спосіб для налагодження локальних маршрутів допомоги та зміцнення компетентностей фахівців у мережі у виявленні та допомозі дітям з РДУГ та їх рідним, а також загалом щодо просвітництва, подолання стигми, розуміння проблеми РДУГ, відповідного ставлення та мотивації до допомоги і підтримки.
- З цією метою фахівці є залучені і ініціюють створення локальних програм допомоги дітям з РДУГ, координаційних міжсекторальних рад, проводять просвітництво, навчальні семінари, конференції.
- Водночас за наявності потреби та погодження з батьками фахівці долучаються до команди фахівців інших закладів (напр., школи) у якості консультантів з метою допомоги в організації і координації послуг даній дитині та її родині.
- Додаток: пропонований локальний маршрут допомоги дітям та молоді з РДУГ



Подальший супровід: менеджмент рецидивів, превентивні втручання та плекання психологічного розвитку та благополуччя

- Важливо усвідомлювати, що РДУГ є порушенням розвитку, а тому супроводжуватиме особу впродовж життя
- При побудові терапевтичного плану рекомендовано завжди психоедукувати про важливість тривалої підтримки і супроводу і мати подвійний фокус уваги – на тому, що зараз і на довшій перспективі - відповідно передбачати періодичні консультації з певною частотою для забезпечення моніторингу та супроводу
- В часі таких консультацій важливо робити оцінку симптомів, їх впливу на різні сфери життя, ситуації в родині та освітніх закладах, соціальне життя і т.п. Окрім клінічного інтерв'ю для цього можуть бути застосовані відповідні опитувальники, методи психологічного тестування та ін.
- Відповідно на основі при потребі цього додавати «модульні» втручання специфічні до наявних проблем та розладів або ж орієнтовані на їх превенцію (як РДУГ, так і коморбідностей, напр., майдфулнес як превентивне втручання щодо депресії)
- Водночас важливо звертати також увагу на розкриття здібностей дитини, її позитивних якостей – і фокусуватися на підтримці позитивного розвитку, розкриття потенціалу дитини, професійній орієнтації, зміцненні соціальних ресурсів та ін.
- Важливо також підтримувати батьків у їх ключовій ролі у житті та розвитку дитини та пропонувати при потребі додаткову підтримку батькам у формі специфічних інформаційних ресурсів, консультацій, батьківської школи та ін.
- З дорослішанням дитини важливо також пропонувати активності та ресурси, які можуть бути доречними у новому віці – наприклад, у підлітковому віці відповідні адаптовані до віку психоедукаційні ресурси, індивідуальну/групову КПТ орієнтовану на менеджмент симптомів РДУГ та ін.

- У вимірі підтримки позитивного розвитку, зміцнення резилієнтності, розкриття потенціалу дитини/підлітка – можуть бути пропоновані додаткові активності – групи майндфулнес для батьків та дітей, групи соціальних навичок та особистісного розвитку, групи творчого розвитку та ін.
- Важливо теж пам'ятати, що РДУГ є розладом дорослого віку і може бути потрібен подальший супровід і допомога на різних етапах життя – і у цьому відношенні говорити про це наперед, надавати відповідні психоедукаційні ресурси, а також при потребі забезпечувати перехід у програму для дорослих осіб з РДУГ.

Міжнародні клінічні протоколи використані при розробці даного протоколу

- NICE (National Institute of Health and Care Excellence, UK) “The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults” (2008, update 2018)
- AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) “Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2007)
- OPAL-K “Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD/ADD) Care Guide”
- AACAP (American Academy of Pediatrics) “ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents” (2011)

Додаток: синопсис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE

Діагностичні критерії:

A. Стійка неухважність 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 непокорності, 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 неухважність 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 утриманням уваги на завданнях або під час гри (наприклад, має труднощі з концентрацією уваги під час лекцій, розмов або тривалого читання);
- c** часто здається, що не слухає при безпосередньому зверненні (наприклад, складається враження, що блукає думками в іншому місці, навіть за відсутності будь-яких очевидних відволікань);
- d** часто не виконує вказівок і не в змозі завершити шкільне завдання, повсякденні домашні справи або обов'язки на робочому місці (наприклад, починає завдання, але швидко втрачає зосередженість і легко відволікається);
- e** часто має проблеми із організацією завдань та заходів (наприклад, труднощі з опануванням послідовних завдань та із зберіганням речей в порядку; неохайна, неорганізована робота, недостатнє управління часом, неможливість завершити роботу в термін);
- f** часто уникає, не любить або неохоче займається завданнями, які вимагають постійних розумових зусиль (наприклад, шкільні або домашні завдання, для підлітків старшого віку і дорослих – підготовка звітів, заповнення форм, перегляд великої кількості паперів);
- g** часто губить речі, необхідні для виконання завдань чи роботи (наприклад, шкільне приладдя, олівці, книжки, інструменти, гаманці, ключі, окуляри, документи, мобільні телефони);
- h** легко відволікається на сторонні подразники (старші підлітки і дорослі – на не пов'язані між собою думки); і часто забудькуватий / а у повсякденній діяльності (наприклад, у виконанні домашніх справ, доручень; старші підлітки і дорослі – в оплаті рахунків, відповідях на телефонні дзвінки, дотриманні домовленостей про зустрічі).
- i** часто забудькуватий / а у повсякденній діяльності (наприклад, у виконанні домашніх справ, доручень; старші підлітки і дорослі – в оплаті рахунків, відповідях на телефонні дзвінки, дотриманні домовленостей про зустрічі).

- 2** Гіперактивність та імпульсивність. Шість (чи більше) з наступних симптомів тривають щонайменше 6 місяців у ступені, що не узгоджується з рівнем розвитку, і негативно впливають безпосередньо на соціальну і 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 непосидючий/а, стукає руками чи ногами або крутиться на місці;
- b** часто покидає своє місце, коли необхідно залишатись (наприклад, встає зі свого місця в класі, офісі або в інших ситуаціях, котрі вимагають сидіти на місці);
- c** часто рухається від місця до місця, встає в ситуаціях, коли це недоречно;

Примітка: у підлітків та дорослих може бути обмежене відчуття невгамовності.

- d** часто не може спокійно гратись або брати участь у дозвіллі;
- e** часто «врусі», поводить ся, як «заведений/а» (наприклад, почувається не комфортно, коли треба сидіти впродовж тривалого часу, наприклад, у ресторанах, на зустрічах; збоку виглядає, як неспокійний/а або такий/а, якому/ій важко себе стримувати);
- f** часто говорить надміру;
- g** часто «випалює» відповідь ще до того, як питання було завершене (наприклад, завершує речення іншої людини, не може дочекатися своєї черги у розмові);
- h** часто має труднощі із дотриманням своєї черги (наприклад, коли стоїть у черзі);
- i** часто перебиває або втручається у діяльність інших (наприклад, втручається у розмови, ігри чи іншу діяльність; може брати чужі речі, не питаючи і не чекаючи дозволу; дорослі та підлітки можуть безцеремонно втручатися у справи інших).

В. Деякі симптоми неуважності або імпульсивності/гіперактивності спостерігалися у віці до 12 років.

С. Декілька симптомів неуважності або імпульсивності/гіперактивності присутні у двох або більше випадках (наприклад, вдома, в школі, на роботі, з друзями чи родичами, в іншій діяльності).

Д. Існує чітке свідчення того, що симптоми заважають або знижують якість соціального, академічного і професійного функціонування.

Е. Симптоми не є проявом шизофренії чи іншого психічного розладу і не пояснюються іншими клінічними розладами (наприклад, розладами настрою, тривожними розладами, розладами особистості, інтоксикацією різними речовинами або синдромом відміни).

Ступені важкості

Легкий: декілька симптомів, результатом яких є незначні порушення в соціальній і професійній діяльності.

Помірний: симптоми чи функціональні порушення знаходяться в діапазоні між «легким» і «важким» ступенями.

Важкий: кількість симптомів є істотно більшою від необхідної для встановлення діагнозу, або симптоми призводять до помітного порушення у соціальній та професійній сферах.



м. Львів, вул. Ярославенка 21
www.k-s.org.ua
kolo.simji@gmail.com
+38-098-559-65-21

ПРОФЕСІЙНІСТЬ. ТУРБОТА. ПАРТНЕРСТВО.



МН4U

Видання здійснено за підтримки
Швейцарської Конфедерації
в Україні