



# ОГЛЯД ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ З ВТІЛЕННЯ МІЖНАРОДНИХ ПРОТОКОЛІВ ДОПОМОГИ

---

ДІТЯМ ТА ПІДЛІТКАМ З ПОШИРЕНИМИ  
ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Ця публікація створена в межах проєкту Психічне здоров'я для України (МН4U) та надрукована за підтримки Швейцарії, що надається через Швейцарську агенцію розвитку та співробітництва.

**Упорядниця** Леся Підлісецька

**Наукові консультанти** Денис Угрин, Орест Сувало, Олег Романчук

**Літературний редактор** Маргарита Тулуп

## Передмова

Війна має руйнівний вплив на психічне здоров'я та благополуччя дітей, тому сьогодні, як ніколи, все більш актуальною стає висловлювання відомого професора психіатрії Ахмеда Окаша, що майбутнє нашого суспільства залежить від того, скільки уваги ми приділяємо психічному здоров'ю наших дітей вже зараз.

За даними ВООЗ, 1,5 мільйона дітей можуть мати ризик розвитку депресії, тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу та інших проблем психічного здоров'я з тривалими наслідками.

Тому одним із найважливіших пріоритетів є вчасне виявлення даних проблем та надання належної, науково обґрунтованої допомоги у сфері психічного здоров'я дітей і підлітків.

Дані рекомендації щодо лікування поширених розладів психіки та поведінки у дітей та підлітків були розроблені на основі клінічних настанов Національного інституту здоров'я і клінічної майстерності (NICE) та Американської академії дитячої та підліткової психіатрії (AACAP). Виняток становлять рекомендації щодо лікування синдрому Туретта та хронічних тикових розладів, які були створені із використанням протоколу Американської академії неврології (AAN).

Варто зауважити, що для зручності користування наприкінці кожного протоколу містяться діагностичні критерії Посібника з діагностики та статистики психічних розладів DSM-V.

Подані в цьому документі рекомендації спрямовані на вдосконалення та забезпечення необхідної допомоги у сфері психічного здоров'я дітей та підлітків, кращого розуміння і залучення як самих пацієнтів, так і їхніх сімей, а також на використання у навчанні й підготовці медичних фахівців.

І, найважливіше, ми дуже віримо, що цей посібник допоможе плекати та підсилювати стійкість кожної дитини, кожного підлітка та нашого суспільства в цілому у цей нелегкий час випробувань.

**Леся Підлісецька**

# Зміст

Розлади спектру аутизму .....	5
Розлад дефіциту уваги та гіперактивності .....	39
Синдром Туретта та хронічні тикозні розлади .....	59
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) .....	77
Розлад харчової поведінки .....	91
Тривожні розлади .....	113
Поведінкові розлади .....	131
Депресивні розлади .....	145
Психотичні розлади та шизофренія .....	163
Самоушкодження .....	177

# Розлади спектру аутизму

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ПОСЛУГ  
ДІТЯМ ТА ПІДЛІТКАМ

2023



## Заходи, спрямовані на забезпечення вчасного виявлення та скерування за належною допомогою

- Команда провідних фахівців проводить регулярну інформаційно-просвітницьку та навчальну роботу з метою підвищення обізнаності громадськості, батьків, медичних фахівців, а також спеціалістів освітніх та соціальних закладів щодо вчасного виявлення, діагностики, раннього втручання та доказових методів допомоги при розладах спектру аутизму (РСА).
- При наданні інформації особливу увагу слід звернути:
  - У громаді – на усунення стигматизації, важливість створення доступного, сприятливого, інклюзивного соціального середовища для дітей з РСА
  - У середовищі батьків – на основні етапи розвитку дітей, ранні ознаки, вчасне скерування, роль батьків у допомозі та ін.
  - У середовищі медичних фахівців, особливо первинної ланки – на моніторинг розвитку дитини, ранні ознаки РСА, скринінг та діагностичні методи обстеження, доказові втручання, надання інформації батькам та дитині, скерування за допомогою, моніторинг у процесі вікового розвитку
  - У середовищі фахівців освітніх закладів - на організацію належної підтримки і застосування навчальних, педагогічних підходів та поведінкових втручань.

Просвітництво щодо вчасного виявлення, діагностики, раннього втручання та доказових методів допомоги при розладах спектру аутизму.

### **У громаді**

1. Усунення стигматизації
2. Створення сприятливого середовища

### **У середовищі батьків**

1. Ранні ознаки РСА
2. Вчасне скерування
3. Роль батьків у допомозі

### **У середовищі медичних фахівців**

1. Ранні ознаки
2. Методи скринінгу та діагностики РСА
3. Доказові методи втручання
4. Скерування за допомогою

### **У середовищі фахівців освітніх закладів**

1. Організація належної підтримки
2. Застосування навчальних та поведінкових підходів

# Діагностика

## Процес діагностики на первинній медичній ланці

1. Обстеження на первинній медичній ланці здійснюється лікарями загальної практики — сімейними лікарями, лікарями-педіатрами.
2. Скринінг розвитку всіх дітей раннього віку повинен обов'язково включати питання щодо основних симптомів РСА, включаючи соціальну взаємодію та повторювану чи незвичну поведінку.
3. Слід розглянути ймовірність аутизму, якщо є занепокоєність щодо розвитку чи поведінки, але необхідно пам'ятати, що можуть бути інші пояснення окремих ознак та симптомів.
4. Для визначення ознак та симптомів імовірного аутизму, рекомендовано скористатися таблицями 1 - 3 (див. Додаток 2). Не слід виключати аутизм, якщо відповідні ознаки, описані в таблицях, не виражені. Їх слід використовувати для настанови, але не включати всі можливі прояви аутизму.
5. Розглядаючи ймовірність аутизму, слід пам'ятати, що:
  - ознаки та симптоми необхідно розглядати в контексті загального розвитку дитини чи підлітка
  - ознаки та симптоми не завжди розпізнаються батьками, опікунами, самими дітьми чи підлітками або іншими фахівцями
  - ознаки або симптоми дітей старшого віку чи підлітків, які вперше вказують на ймовірний аутизм, раніше могли бути замасковані захисними механізмами та/або сприятливим середовищем дитини або підлітка
  - аутизм може бути пропущений у дітей або підлітків з розладами шкільних навичок, інтелектуальними порушеннями
  - аутизм може бути пропущений у дітей або підлітків, які здатні розмовляти
  - аутизм може бути недостатньо діагностований у дівчат
  - важлива інформація про ранній розвиток деяких дітей та підлітків може бути недоступною, наприклад, для дітей під опікою і тих, які перебувають у системі кримінального правосуддя
  - ознаки та симптоми не слід враховувати при деструктивному домашньому досвіді або психічних чи фізичних захворюваннях у батьків/опікунів.

- 6.** Не слід виключати аутизм у дитини, навіть якщо:
- існує хороший зоровий контакт, усмішка і вияв прихильності до членів сім'ї;
  - є здатність до сюжетно-рольової гри та нормальний розвиток мовлення;
  - труднощі, які спостерігалися, вирішилися після втручання, що базувалось на потребах (наприклад, сприятливе структуроване навчальне середовище);
  - попереднє обстеження встановило відсутність аутизму, але з'явилася нова інформація.
- 7.** Слід розглянути скерування дітей та підлітків до дитячого психіатра, якщо виникає занепокоєння про ймовірний аутизм на основі повідомлених або спостережуваних ознак та/або симптомів (див. Таблиці 1-3 у Додатку 2).
- 8.** Необхідно врахувати:
- важкість та тривалість ознак та/або симптомів
  - вираження ознак та/або симптомів в різних умовах (наприклад, вдома та школі)
  - вплив ознак та/або симптомів на дитину, підлітка чи сім'ю
  - рівень занепокоєння батьків чи опікунів та, якщо доречно, дитини чи підлітка
  - фактори, пов'язані з підвищеною поширеністю аутизму (див. Додаток 3)
  - ймовірність альтернативного діагнозу
- 9.** Необхідно знати, що для розпізнавання ймовірності аутизму у дітей та підлітків під час збору інформації про ознаки і симптоми аутизму корисно застосовувати структуровані методики (див. Таблицю 1). 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 ознакою діагнозу «аутизм», але й іншого діагнозу;
  - негативний показник не виключає аутизму.

10. Якщо скринінг свідчить про значні ознаки розладу спектру аутизму, слід скерувати дитину/підлітка до дитячого психіатра для ретельного обстеження РСА.
11. У скеруванні на обстеження дитини чи підлітка слід вказати:
  - інформацію, повідомлену від батьків, опікунів та фахівців про ознаки та/або симптоми, що викликають занепокоєння
  - власні спостереження за ознаками та/або симптомами.
12. Також до скерування слід включити за наявності наступну інформацію:
  - антенатальний та перинатальний анамнези
  - основні етапи розвитку
  - фактори, пов'язані з підвищеним поширенням аутизму (див. Додаток 3)
  - результати попередніх обстежень.

## **Процес діагностики на вторинній медичній ланці**

1. Вирішальна діагностика та лікування дітей та підлітків з РСА здійснюються лікарем-психіатром дитячим у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) психіатричну допомогу (консультативно-діагностичних підрозділах лікарень, міських дитячих лікарнях, спеціалізованих дитячих медичних центрах).
2. Лікар психіатр дитячий також координує відповідне мультидисциплінарне обстеження дітей з РСА, яке рекомендовано проводити впродовж трьох місяців з моменту скерування.
3. Діагноз РСА може бути встановлений виключно за умови наявності відповідних діагностичних критеріїв розладу за діагностичними системами МКХ-10 або DSM-V
4. Кожне діагностичне обстеження повинно охоплювати:
  - детальні запитання про те, що непокоїть батьків чи опікунів (і, якщо доречно, про занепокоєння дитини чи підлітка);
  - деталі про побут, навчання та соціальний догляд дитини чи підлітка;

- 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 діагностичних методик для обстеження аутизму);
- обстеження (через взаємодію і спостереження за дитиною чи молодшою особою) соціальних та комунікативних навичок і поведінки, з пильною увагою до особливостей відповідно до критеріїв ICD-10 або DSM-V (для того, щоб зібрати цю інформацію, слід розглянути можливість використання спеціальних діагностичних інструментів для обстеження 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 підлітка (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 підлітками.

**5.** Рекомендовано провести загальний фізичний огляд і особливо звернути увагу на:

- шкірні прояви нейрофіброматозу або туберозного склерозу, використовуючи лампу Вуда
- ознаки травм, наприклад, самопошкодження чи жорстокого поводження з дітьми
- вроджені аномалії та стигми дизембріогенезу, включаючи макроцефалію чи мікроцефалію.

**6.** При диференційній діагностиці слід розглянути:

**Нейророзвиткові розлади:**

- затримка мовленнєвого розвитку або розлад експресивного мовлення
- інтелектуальні порушення або розлади психологічного розвитку
- диспраксія

### **Розлади психіки та емоцій:**

- розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ)
- розлади настрою
- тривожні розлади
- розлади прив'язаності
- опозиційно-викличний розлад
- розлади поведінки
- обсесивно-компульсивний розлад
- психоз

### **Стани, при яких спостерігається регрес у розвитку:**

- Синдром Ретта
- епілептична енцефалопатія

### **Інші стани:**

- важке порушення слуху
- важке порушення зору
- жорстоке поводження
- селективний мутизм.

### **7. Слід обміркувати, які обстеження потрібні при формуванні програми для кожної дитини чи підлітка, наприклад:**

- інтелектуальні здібності та стиль навчання
- академічні навички
- мова та спілкування
- дрібна і груба моторика
- адаптивна поведінка (включно з навичками самообслуговування)
- психічне та емоційне здоров'я (включно з самооцінкою)
- фізичне здоров'я та харчування
- сенсорна чутливість
- поведінка, яка може впливати на щоденне функціонування
- навички соціалізації

8. Якщо під час діагностичного обстеження аутизму є розбіжності між повідомленими ознаками чи симптомами та результатами спостереження за аутизмом у клінічних умовах, необхідно взяти до уваги:
  - збір додаткової інформації з інших джерел та/або
  - проведення подальших спостережень, пов'язаних з аутизмом, в різних умовах (у школі, дитячому садку, інших установах або вдома)
9. Необхідно використовувати інформацію з усіх джерел разом з клінічною оцінкою для встановлення діагнозу аутизму, опираючись на критерії МКХ-10 або DSM-V.
10. Для встановлення діагнозу не слід покладатися лише на одну методику діагностики аутизму.
11. Потрібно бути готовим до непевності в діагностуванні аутизму у деяких дітей та підлітків, особливо у:
  - дітей до двох років
  - дітей, рівень розвитку яких не сягає рівня розвитку 18-місячних
  - дітей чи підлітків, які мають недостатньо інформації про перші роки свого життя (наприклад, усиновлені діти або діти з дитячих будинків)
  - підлітків старшого віку
  - дітей чи підлітків з важкими супутніми розладами психіки (наприклад, розладом поведінки, розладом прив'язаності та іншими), сенсорними порушеннями (важкою патологією слуху та зору) або моторними порушеннями (дитячим церебральним паралічем).
12. Слід знати, що деякі діти і підлітки можуть мати особливості поведінки, які спостерігаються при РСА, але їх вираженість не досягає рівня, необхідного для встановлення заключного діагнозу згідно з МКХ-10 або DSM-V.

**13.** Необхідно обміркувати такі наступні супутні розлади та проблеми:

**Проблеми та розлади психіки і поведінки:**

- розлад дефіциту уваги з гіперактивністю
- тривожні розлади та фобії
- розлади настрою
- опозиційно-виклична поведінка
- тики або синдром Туретта
- obsесивно-компульсивний розлад
- самопошкоджуюча поведінка

**Нейрозовиткові розлади та проблеми:**

- розлад психологічного розвитку або інтелектуальні порушення
- диспраксія
- труднощі у навчанні, наприклад, при читанні, письмі чи математичних діях
- розлад експресивного мовлення

**Медичні або генетичні проблеми та розлади:**

- епілепсія та епілептична енцефалопатія
- хромосомні порушення
- генетичні відхилення, включаючи синдром ламкої X-хромосоми
- туберозний склероз
- м'язова дистрофія
- нейрофіброматоз

**Функціональні проблеми та розлади:**

- проблеми з харчуванням, включаючи обмежений раціон
- нетримання сечі, закрепи, зміни ритму дефекації, нетримання калу
- порушення сну
- порушення зору або слуху

**14.** Слід звернути увагу, що у дітей та підлітків з труднощами у спілкуванні може бути важко розпізнати функціональні проблеми або проблеми з психічним здоров'ям.

## Медичне обстеження

1. Не слід проводити звичайні медичні обстеження в рамках діагностики аутизму, але необхідно врахувати наступне:
  - генетичні тести, якщо є видимі стигми дизембріогенезу, вроджені аномалії та/або доказ розумової відсталості;
  - електроенцефалографію, якщо є підозра на епілепсію

## Психоедукація та спільне планування допомоги

1. Після діагностичного обстеження аутизму необхідно тактовно й без зволікань обговорити результати з батьками чи опікунами та, якщо потрібно, дитиною чи підлітком.
2. При представленні діагнозу батькам, опікунам, дітям та підліткам необхідно використовувати загальноприйняті рекомендовані стандарти.
3. Слід пояснити батьками чи опікунам та, якщо потрібно, дитині чи підлітку:
  - що таке аутизм
  - як аутизм, ймовірно, вплине на розвиток і функціонування дитини чи підлітка.
4. Рекомендовано надати батькам чи опікунам та, якщо потрібно, дитині чи підлітку письмовий звіт про діагностичне обстеження аутизму.
5. Для обговорення подальших кроків дітям та підліткам зі встановленим діагнозом аутизм слід запропонувати контрольний огляд упродовж 6 тижнів після завершення обстеження.

- 6.** Необхідно забезпечити дітей і молодь з аутизмом та їх сім'ї чи опікунів інформацією про аутизм, а також його лікування, відповідно до потреб дитини або підлітка та її рівня розвитку. Це може включати:
- контактні дані місцевих і національних організацій, які можуть надати:
    - підтримку та можливість познайомитися з іншими людьми, включаючи сім'ї, які мають досвід аутизму
    - інформацію про спеціальні курси для батьків/опікунів, дітей/підлітків
    - консультації щодо соціальних пільг, прав
    - інформацію про освіту, соціальну підтримку
  - інформацію про доступні послуги та методи лікування
  - інформацію, яка допоможе підготуватися до майбутнього, наприклад, перехід до послуг для дорослих
- 7.** Слід домовитися про підтримку дітей і підлітків з аутизмом та їх батьків чи опікунів у періоди підвищеної потреби, включаючи основні життєві зміни (статеве дозрівання, перший клас чи зміна шкіл, народження брата/сестри тощо).

# Модель допомоги дітям та підліткам з РСА

## Загальний огляд моделі допомоги

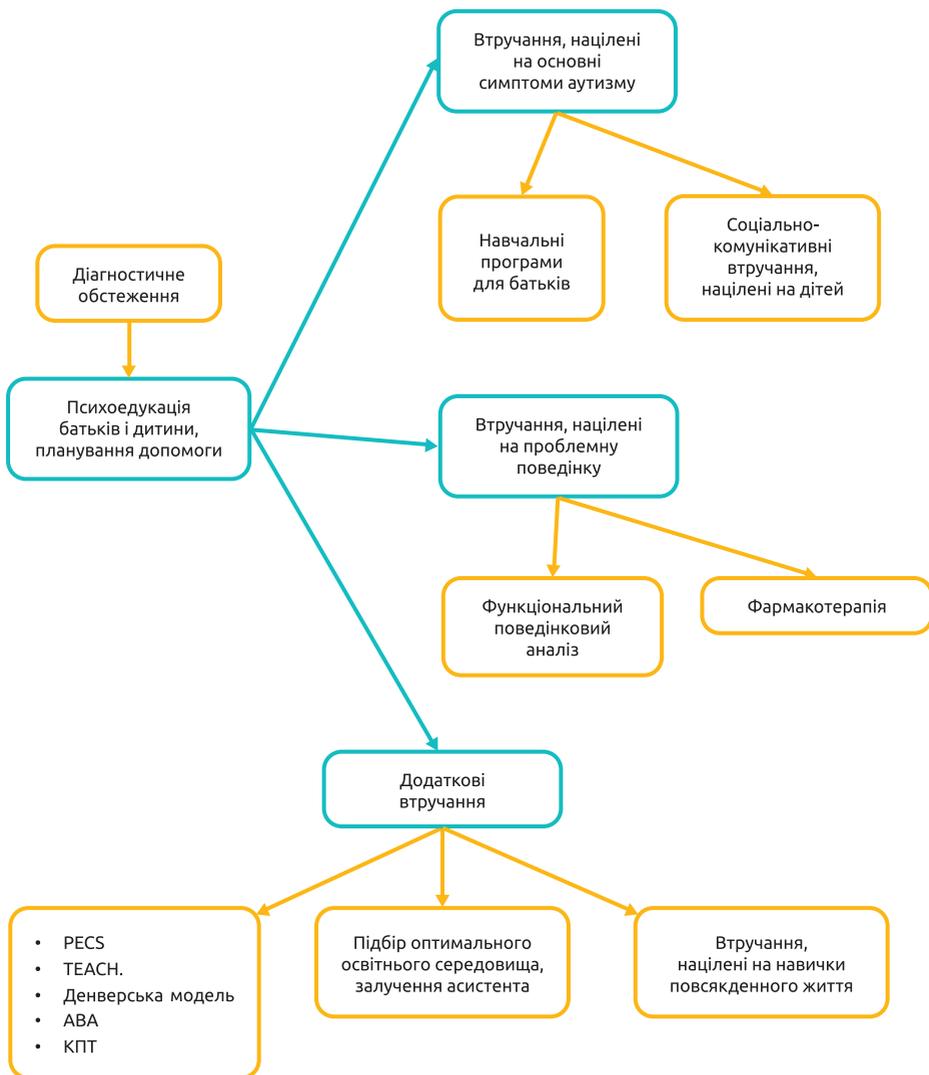
### Базові втручання:

- Психоедукація батькам та дитині/підлітку, спільне планування допомоги
- Втручання, націлені на основні симптоми аутизму (соціально-комунікативні втручання, націлені на дітей, навчальні програми для батьків)
- Втручання, націлені на проблемну поведінку (функціональний поведінковий аналіз, фармакотерапія при потребі)

### Додаткові втручання

- Інші поведінкові втручання (Applied Behavioral Analysis, ABA)
- Інші втручання, націлені на розвиток спілкування (Picture Exchange Communication System, PECS)
- Втручання, націлені на навчання (Денверська модель втручання, Treatment and Education of Autism and related Communication handicapped Children program, TEACCH)
- Когнітивно-поведінкова терапія (менеджмент гніву)
- Втручання, націлені на навички повсякденного життя
- Підтримка спеціалізованих форм освітніх втручань (підбір оптимальної освітньої програми, залучення асистента, поведінкова терапія у школі з залученням вчителів, шкільного психолога, та ін.)

# Графічний алгоритм послуг для дітей та підлітків з РСА та членів їх родин



# Втручання, націлені на основні симптоми аутизму

## Психосоціальні втручання

1. Слід розглянути конкретні соціально-комунікативні втручання для основних симптомів аутизму у дітей та підлітків: стратегії на основі гри з батьками, опікунами і вчителями для розвитку здатності дітей чи підлітків зосереджуватися на спільних діях, брати в них участь і спілкуватися.
2. Стратегії повинні:
  - бути пристосованими до рівня розвитку дитини чи підлітка
  - бути спрямовані на підвищення розуміння, чутливості та здатності батьків, опікунів, вчителів і однолітків реагувати на зразки комунікації і взаємодії дитини чи підлітка
  - включати техніки моделювання ситуацій терапевтом та відео — інтерактивний зворотній зв'язок
  - включати техніки розширення комунікації, інтерактивної гри та соціальної рутини дитини чи підлітка. Втручання має впроваджувати спеціально підготовлений фахівець. Для дітей дошкільного віку доцільно залучати батьків, опікунів чи вчителів; для дітей шкільного віку – ровесників.

## Застосування медикаментів та дієти

1. Для подолання основних симптомів аутизму у дітей та підлітків не слід використовувати:
  - нейролептики;
  - антидепресанти;
  - протисудомні препарати;
  - дієти (наприклад, безглутенова чи безказеїнова).

# Втручання, націлені на проблемну поведінку

## Запобігання проблемній поведінці

1. При рутинному обстеженні та плануванні втручань дітям та підліткам з аутизмом необхідно оцінити фактори, що можуть підвищувати ризик проблемної поведінки.
2. Слід врахувати:
  - порушення комунікації, яке може ускладнювати розуміння ситуацій та висловлення потреб і бажань
  - супутні соматичні проблеми, наприклад, біль або шлунково-кишкові розлади
  - супутні розлади психіки, наприклад, тривожні розлади, депресія, РДУГ
  - фізичне середовище, наприклад, рівень шуму та освітлення
  - соціальне середовище, включаючи домашню, шкільну діяльність, дозвілля
  - зміни режиму чи особистих обставин
  - зміни, пов'язані з розвитком, включаючи пубертатний період
  - випадки експлуатації або насильства
  - ненавмисне заохочення проблемної поведінки
  - відсутність передбачуваності та структурованості
3. Слід разом з дитиною або підлітком і 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 соматичних, розумових та поведінкових проблем
  - підтримку сімей чи опікунів
  - необхідні коригування, наприклад, підвищення структурованості та зменшення непередбачуваності

## Психосоціальні втручання, націлені на проблемну поведінку

1. Якщо супутні розлади психіки та поведінки, соматичні розлади та проблеми оточення не були визначені як такі, що спричиняють чи підтримують проблемну поведінку, рекомендовано запропонувати дитині чи підлітку психосоціальне втручання (функціональний поведінковий аналіз) як втручання першого вибору.
2. Функціональне обстеження повинно ідентифікувати:
  - фактори, які, можливо, викликають таку поведінку
  - моделі поведінки
  - потреби, які дитина чи підліток намагається задовольнити такою поведінкою
  - наслідки поведінки (тобто підкріплення, отримане в результаті поведінки)
3. Психосоціальні втручання для проблемної поведінки повинні включати:
  - чітко визначену цільову поведінку
  - фокусування на результатах, які пов'язані з якістю життя
  - оцінку та модифікацію факторів навколишнього середовища, які можуть сприяти ініціюванню або підтримці поведінки
  - чітко визначену стратегію втручання, яка враховує рівень розвитку та співіснуючі проблеми дитини чи підлітка
  - визначений часовий графік для досягнення цілей втручання (сприяти заміні стратегій втручання, які не призводять до змін упродовж визначеного часу)
  - систематичний показник цільової поведінки до і після втручання, щоб з'ясувати, чи досягаються узгоджені результати
  - послідовне застосування у всіх сферах дитячого чи юнацького середовища (наприклад, вдома та школі)
  - домовленість батьків, опікунів та професіоналів на всіх рівнях щодо втілення втручання.

## **Фармакологічні втручання, націлені на проблемну поведінку**

- 1.** Якщо психосоціальні чи інші втручання недостатні або не можуть здійснюватися через труднощі у поведінці дітей або підлітків з аутизмом, то необхідно розглянути призначення антипсихотичних медикаментів як спосіб управління проблемною поведінкою.
- 2.** Антипсихотичні медикаменти має виписувати і моніторити психіатр, 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
- 3.** Якщо призначено антипсихотичні препарати, рекомендовано:
  - розпочинати з малих доз
  - використовувати мінімальну ефективну дозу
  - регулярно оцінювати ефективність антипсихотичних препаратів, а також будь-які побічні дії
- 4.** Якщо призначення медикаментів переадресовується на первинну ланку медичної допомоги, фахівець повинен дати чіткі вказівки лікарю, який буде відповідати за продовження медикаментозної терапії, щодо:
  - вибору цільової поведінки
  - моніторингу ефективності та побічних дій
  - потенціалу мінімально ефективного дозування
  - тривалості лікування

# Алгоритм фармакотерапії



## Інші поведінкові втручання

- Поведінкове втручання, як-то прикладний поведінковий аналіз (Applied Behavioral Analysis, ABA) — це раннє втручання для дітей молодшого віку, яке базується на емпірично обґрунтованих принципах навчання.
- Це втручання є інтенсивним, строго індивідуальним навчанням до 40 годин на тиждень, з використанням дискретних спроб для навчання від простих до більш складних навичок (таких як ініціювання вербальної поведінки).
- Поведінкові методи особливо корисні, коли неадаптивна поведінка заважає забезпеченню комплексної програми втручання.
- Техніки прикладного поведінкового аналізу неодноразово демонстрували свою ефективність як для конкретної проблемної поведінки, так і при застосуванні до академічних завдань, адаптивних навичок повсякденного життя, комунікативних, соціальних та професійних навичок.

## Інші втручання, націлені на розвиток спілкування

- Дітям, які ще не використовують слова, слід допомогти, використовуючи альтернативні способи спілкування (мову жестів, комунікаційні панелі, візуальні допоміжні засоби, обмін картинками/картками та інші).
- Існують певні докази ефективності системи спілкування за допомогою обміну картками/картинками (Picture Exchange Communication System, PECS), мови жестів, розпорядку дня та засобів передачі голосових даних (Voice Output Communication Aid).

## Втручання, націлені на навчання

- Дітям із РСА потрібен структурований навчальний підхід із детально розробленою програмою.
- Програми, які демонструють ефективність, зазвичай передбачають планове, інтенсивне, індивідуальне втручання з досвідченою, міждисциплінарною командою фахівців і залученням сім'ї для забезпечення узагальнення навичок.

- Навчальний план повинен відображати точну оцінку сильних і слабких сторін дитини з чітким описом послуг, що надаються, цілей та завдань, а також процедур контролю ефективності. Хоча навчальні програми відрізняються між собою, вони часто мають спільні цілі збільшення вербальної та невербальної комунікації, академічних навичок, соціальних, рухових і поведінкових можливостей.
- Найбільшу ефективність показали дві структуровані освітні моделі: Денверська модель раннього втручання (Early Start Denver Model, ESDM) та програма «Лікування та навчання аутизму і пов'язаних з ним проблем спілкування дітей з обмеженими можливостями» (Treatment and Education of Autism and related Communication handicapped Children program, TEACCH).

## Інші втручання

- Немає достатньо доказів для більшості інших форм психосоціальних втручань.
- Когнітивна поведінкова терапія (КПТ) показала ефективність для менеджменту тривоги та гніву у підлітків з високофункціональною формою РСА.
- Дослідження сенсорно-орієнтованих втручань, як-то тренінг слухової інтеграції (Auditory integration training, AIT), тренінг сенсорної інтеграції (Sensory integration therapy, SIT) та масаж, містять методологічні недоліки і потребують ще додаткового дослідження.

## Втручання, націлені на навички повсякденного життя

1. Дітям та підліткам з аутизмом необхідно запропонувати:
  - підтримку у розвитку стратегій подолання проблем
  - полегшення доступу до можливостей у громаді, включаючи розвиток навичок користування громадським транспортом
  - сприяння у працевлаштуванні та проведенні дозвілля

## Втручання, які не слід застосовувати при аутизмі

1. Не слід використовувати нейронний зворотний зв'язок (neurofeedback) для подолання проблем мови і мовлення у дітей та підлітків з аутизмом.
2. Не слід використовувати тренінг слухової інтеграції (Auditory Integration Training, AIT) для подолання проблем мови і мовлення у дітей та підлітків з аутизмом.
3. Не слід використовувати омега-3 жирні кислоти для подолання проблем зі сном у дітей та підлітків з аутизмом.
4. Не слід використовувати для лікування аутизму у дітей та підлітків у жодному контексті такі втручання:
  - терапію секретином
  - хелаторну терапію (хелації)
  - гіпербаричну кисневу терапію

## Мережева співпраця і зв'язок з локальними маршрутами допомоги

- Для організації і вдосконалення допомоги дітям з РСА та їх рідним важливе створення міждисциплінарної робочої групи, завданням якої буде розробка локального маршруту допомоги, а також специфічні регіональні програми, націлені на:
  - покращення раннього виявлення аутизму шляхом підвищення обізнаності про ознаки та симптоми аутизму за допомогою мультидисциплінарних тренінгів, семінарів
  - сприяння обміну ефективними методами втручання та знаннями про розлади спектру аутизму
  - моніторинг дотримання відповідними фахівцями (охорони здоров'я, соціальних служб, освіти, громадських організацій) локального маршруту допомоги дитині з аутизмом та способів доступу до діагностичних послуг
  - виявлення та усунення розбіжностей у доступі до послуг для осіб з розладами спектру аутизму
  - посилення взаємодії між мережами, що надають послуги особам з аутизмом

- Члени міждисциплінарної робочої групи повинні володіти навичками щодо:
  - проведення діагностики аутизму, зокрема для дітей та підлітків з інвалідністю (з важкими порушеннями зору та слуху, розумового (інтелектуального) розвитку, руховими розладами, включаючи дитячий церебральний параліч, складними порушеннями мови або важкими розладами психіки та поведінки)
  - спілкування з дітьми та підлітками з підозрою на аутизм, з батьками та опікунами, а також надання інформації про ймовірний або підтверджений діагноз.

## Локальний маршрут допомоги дітям та підліткам з РСА



# Додаток 1

## Огляд вибраних методик діагностики розладів спектру аутизму

Шкали	Використання	Вікова група	Спосіб застосування	Характеристики шкали
<b>ABC</b>	Скринінг	Діти	Заповнюється батьками	57 пунктів, шкала 1-4
<b>CARS</b>	Скринінг	Діти	Заповнюється фахівцями	15 пунктів, шкала 1-4
<b>M-CHAT</b>	Скринінг	Діти 1-4 роки	Заповнюється батьками	23 пункти, «так», «ні»
<b>CASD</b>	Скринінг	Діти 1-17 років	Напівструктуроване інтерв'ю з батьками	30 пунктів
<b>STAT</b>	Скринінг	Діти 24-36 місяців	Інтерактивне заняття	12 пунктів
<b>ADI</b>	Діагностика	Дитина/дорослий	Інтерв'ю/Заповнюється фахівцями	
<b>ADOS</b>	Діагностика	Дитина/дорослий	Напівструктуроване інтерактивне заняття	

### Абревіатура:

- **ABC**=Autism Behaviour Checklist
- **CARS**=Childhood Autism Rating Scale
- **CHAT**=Checklist for Autism in Toddlers
- **CASD**=Checklist for Autism Spectrum Disorder
- **STAT**=Screening Tool for Autism in Toddlers and Young Children
- **ADI**=Autism Diagnostic Interview – Revised
- **ADOS**=Autism Diagnostic Observation Schedule

Зауважте, що ці інструменти, можливо, потребуватимуть перегляду, щоб надати докази валідності розладу спектру аутизму за DSM-V та доповненнями, і **НЕ ЗАМІНЮЮТЬ** клінічний діагноз.

## Додаток 2. Ознаки та симптоми ймовірного аутизму

### Використання таблиць 1-3

Ознаки та симптоми в таблицях 1 - 3 є поєднанням затримки очікуваних особливостей розвитку та наявності незвичних ознак. Вони покликані попередити фахівців про можливість аутизму у дитини чи підлітка, щодо якої виникає занепокоєння. Ці таблиці не призначені для використання окремо. Вони допоможуть професіоналам розпізнати зразок порушень реципрокних соціальних та комунікативних навичок разом із незвичною обмеженою та повторюваною поведінкою.

---

### Таблиця 1. Ознаки та симптоми властиві для РСА у дітей дошкільного віку (або відповідного психологічного віку)

#### Соціальна взаємодія і поведінка під час комунікації:

##### Розмовна мова

- Затримка розвитку мовленнєвих навичок (бурмотіння або, наприклад, менш ніж десять слів у віці 2-х років).
- Регрес мовленнєвих навичок або втрата здатності використовувати слова для спілкування.
- Мова (якщо наявна) може включати в себе наступні порушення:
  - наявність не притаманних для локальної мови звуків, наголосу, наприклад, надмірну дзвінкість;
  - дивну модуляція або її відсутність;
  - часте повторення набору слів і фраз (ехолалія);
  - звертання до себе як до третьої особи, на ім'я, або «він/вона» у віці старше 3-х років.
- Зменшення і/або нечасте використання мови для спілкування: наприклад, використання окремих слів замість проговорювання цілого речення.

## **Реагування на оточуючих**

- Відсутність або затримка відповіді при зверненні за відсутності порушень слуху.
- Більш рідкісне використання або відсутність соціальної посмішки.
- Невиражена або відсутня реакція на міміку і почуття інших людей.
- Незвично негативна відповідь на звернення інших (поведінка уникнення прохань).
- Відмова від обіймів батьків чи опікунів, хоча дитина може сама їх ініціювати.

## **Взаємодія з оточуючими**

- Зниження або відсутність відчуття особистого простору або надзвичайна нетерпимість до людей, які входять в особистий простір.
- Зниження або відсутність соціального інтересу до інших, зокрема однолітків, можливе уникнення спілкування. Неспроможність підтримувати комунікацію у випадку зацікавленості. Може проявляти агресію, невідповідну ситуації поведінку, нездатність підтримувати спільну гру.
- Нездатність або низька здатність до наслідування дій інших людей.
- Нездатність або низька здатність до ініціювання та підтримування соціальних ігор з іншими, гра наодинці.
- Зниження або відсутність задоволення у ситуаціях, які подобаються більшості дітей (наприклад, під час святкування дня народження).
- Нездатність або низька здатність обмінюватися емоціями.

## **Зоровий контакт, вказівний та інші жести**

- Нездатність або низька здатність використання жестів і міміки під час спілкування.
- Менш часті і слабо виразні жести, міміка й зоровий контакт (не встановлює зоровий контакт під час спілкування або він не стійкий) під час комунікації.
- Недостатність або відсутність зорового контакту за відсутності порушень зору.

- Зниження або відсутність концентрації уваги, що проявляється у відсутності:
  - вчасності переведення погляду, відстежування переміщень зором;
  - спостереження за чимось/кимось (коли людина щось показує – може дивитися на руку);
  - використання вказування на щось або демонстрації об'єктів, щоб поділитися з іншими.

### **Ідеї та уява**

- Відсутність або низький розвиток уявної гри.

### **Дивні або обмежені інтереси та/або повторювана руйнівна поведінка:**

- Повторювані «стереотипні рухи»: дитина може плескати в долоні, качуватися під час стояння, крутитися, постукувати пальцями.
  - Повторювані або стереотипні ігри (наприклад, відкривання і закривання дверей).
  - Надмірне фокусування або незвичайні надціннівартісні інтереси.
  - Надмірна наполегливість щодо дотримання звичного порядку, послідовності дій (феномен тотожності).
  - Занадто різка реакція на зміни або нові ситуації, наполягання на тому, щоб речі залишалися «без змін».
  - Надмірна або ослабка реакція на сенсорні стимули (наприклад, дотики, звуки, запахи).
  - Занадто різка реакція на смак, запах, форму, зовнішній вигляд продуктів харчування або дивні примхи в їжі.
-

## Таблиця 2. Ознаки та симптоми властиві для РСА у дітей молодшого шкільного віку (5-11 років) або відповідного психологічного віку

### Соціальна взаємодія і поведінка під час комунікації:

#### Розмовна мова

- У розмовній мові можуть бути наступні порушення:
  - дуже обмежене застосування;
  - відсутність модуляції;
  - повторення слів та фраз, часте використання стереотипної (завченої) фрази, надмірна інформація зі сфери власних інтересів переважає над змістом;
  - звернене до інших мовлення не виконує комунікативної функції;
  - відповіді іншим можуть здаватися грубими або невідповідними.

#### Реагування на оточуючих

- Недостатня чи не відповідна контексту реакція на міміку чи почуття інших людей.
- Відсутність або затримка відповіді на звернення за відсутності вад слуху.
- Труднощі в розумінні намірів інших, може сприймати все буквально і неправильно розуміти сарказм або метафори.
- Незвично негативна відповідь на звернення інших (поведінка уникнення прохань).

#### Взаємодія з оточуючими

- Зниження або відсутність відчуття особистого простору або надзвичайна нетерпимість до людей, які входять в особистий простір.
- Зниження або відсутність соціального інтересу до інших, зокрема однокласників, можливе уникнення спілкування. Неспроможність підтримувати комунікацію у випадку зацікавленості. Може проявляти агресію, невідповідну ситуації поведінку.
- Невміння вітатися та вибачатися.

- Нерозуміння чи недостатнє розуміння соціального контексту, нездатність чи недостатня здатність до соціально-очікуваної поведінки.
- Нездатність або низька здатність до ініціювання та підтримування соціальних ігор з іншими, дитина грається наодинці.
- Відсутність можливості адаптації до стилю спілкування в соціальних ситуаціях (наприклад, дитина може бути занадто формальною або фамільярною).
- Нездатність або недостатня здатність отримувати задоволення у ситуаціях, які подобаються більшості дітей.

### **Зоровий контакт, вказівки та інші жести**

- Періодичні та недостатньо інтегровані жести, міміка, орієнтація тіла, зоровий контакт (дивитися в очі під час розмови) і мовлення, які використовуються під час комунікації.
- Недостатність або відсутність зорового контакту за відсутності патології зору
- Зменшення або відсутність стійкої уваги, що проявляється у відсутності:
  - вчасності переведення погляду, відстежування переміщень зором;
  - спостереження за чимось/кимось (коли людина щось показує, може дивитися на руку);
  - вказування на щось або демонстрації об'єктів, щоб поділитися з іншими.

### **Ідеї та уява**

- Зменшення або відсутність гнучкої творчої гри й творчості, хоча можуть бути перебрані сцени, побачені в засобах масової інформації (наприклад, по телебаченню).
- Дитина робить коментарі, не усвідомлюючи соціальних тонкощів або ієрархії.

## **Незвичні або обмежені інтереси та/або повторювана руйнівна поведінка:**

- Повторювані «стереотипні рухи» (дитина може плескати в долоні, гойдатися під час стояння, крутитися, постукувати пальцями).
- Повторювані ігри, орієнтовані радше на об'єкти, ніж на людей.
- Надмірне фокусування або незвичайні надцінні інтереси
- Несприйняття/недотримання правил гри з іншими дітьми.
- Надмірна наполегливість щодо дотримання власних планів.
- Занадто різка реакція, невідповідна обставинам.
- Надання переваги лише знайомим процедурам, усе має бути «тільки так».
- Неприязнь до змін, яка часто призводить до тривожності або інших форм фрустрації, зокрема агресії.
- Надмірна або зменшена реакція на сенсорні стимули (наприклад, дотики, звуки, запахи).
- Занадто різка реакція на смак, запах, форму або зовнішній вигляд продуктів харчування, дивні примхи в їжі.

## **Інші фактори, які можуть підтримувати занепокоєність щодо аутизму:**

- Незвичайний набір навичок або їх дефіцит (наприклад, соціальні навички/моторика/ координація слабо розвинені, в той час як у конкретних галузях знань – читання або словниковий запас – навички випереджають психологічний вік).
  - Соціальний та емоційний розвитку нижчі, ніж інші сфери. Надмірна довірливість (наївність), менша, ніж в однолітків, незалежність.
-

## Таблиця 3. Ознаки та симптоми властиві для РСА у учнів середньої школи (віг 11 років) або відповідного психологічного віку

### Соціальна взаємодія і поведінка під час комунікації:

#### Розмовна мова

- В усному мовленні можуть бути наступні порушення:
  - дуже обмежене застосування;
  - відсутність модуляції;
  - повторення слів, фраз, часте використання стереотипної (завченої) фрази, надмірна інформація зі сфери власних інтересів переважає над змістом;
  - звернене до інших мовлення не виконує комунікаційної функції;
  - відповіді іншим можуть здаватися грубими або невідповідними.

#### Взаємодія з оточуючими

- Зниження або відсутність відчуття особистого простору або надзвичайна нетерпимість до людей, які знаходяться в особистому просторі.
- Обмежене соціальне спілкування: мала кількість близьких друзів або взаємовідносин.
- Зниження або відсутність розуміння дружби, часто безуспішне бажання мати друзів (може бути простіше спілкуватися з більш дорослими або більш молодшими).
- Соціальна ізоляція і явна схильність до усамітнення.
- Невміння вітатися та вибачатися.
- Нерозуміння чи недостатнє розуміння соціального контексту, нездатність чи недостатня здатність до соціально-очікуваної поведінки.
- Проблеми з участю в іграх, труднощі з дотриманням черги і розумінням «зміни правил».
- Може бути нерозуміння або відсутність зацікавленості інтересами однолітків.
- Відсутність можливості адаптації до стилю спілкування в соціальних ситуаціях (наприклад, дитина може бути занадто формальною або фамільярною).

- Труднощі в розумінні намірів інших, може сприймати все буквально і неправильно розуміти сарказм або метафори.
- Робить коментарі, не усвідомлюючи соціальних тонкощів або ієрархії.
- Незвично негативна відповідь на звертання інших (поведінка уникнення прохань).

### **Зоровий контакт, вказівки та інші жести**

- Періодичні і недостатньо інтегровані жести, міміка, орієнтація тіла, зоровий контакт (дивитися в очі під час розмови) і мовлення під час комунікації.

### **Ідеї та уява**

- Зменшення або відсутність гнучкої творчої гри й творчості, хоча можуть бути переграні сцени, побачені в засобах масової інформації (наприклад, по телебаченню).

### **Незвичні або обмежені інтереси та/або повторювана руйнівна поведінка**

- Повторювані «стереотипні рухи» (дитина може плескати в долоні, погойдуватися під час стояння, крутитися, постукувати пальцями).
- Віддає перевагу дуже специфічним інтересам чи хобі.
- Суворе дотримання правил або поглядів, що призводить до сварок.
- Часто повторювана поведінка або ритуали, які негативно впливають на повсякденну діяльність підлітка.
- Надмірно емоційні переживання через те, що здається тривіальним для інших, наприклад, через зміни в повсякденному житті.
- Неприязнь до змін, яка часто призводить до тривожності або інших форм стресу, зокрема, агресії.
- Надмірна або недостатня реакція на сенсорні стимули, наприклад, дотики, звуки, запахи.
- Занадто різка реакція на смак, запах, форму або зовнішній вигляд продуктів харчування, дивні примхи в їжі.

## Інші фактори, які можуть підтримувати занепокоєність щодо аутизму

- Незвичайні навички або їх дефіцит (наприклад, слабо розвинені соціальні навички/моторика/координація, в той час, як у конкретних галузях знань – читання або словниковий запас – навички випереджають хронологічний або психічний вік).
- Соціальний та емоційний розвитку слабші, надмірна довірливість (наївність), менша, ніж в однолітків, незалежність.

---

## Додаток 3. Фактори, пов'язані з підвищеною поширеністю аутизму

- Наявність аутизму у брата/сестри
- Вроджені вади, пов'язані з порушенням розвитку центральної нервової системи та/або дисфункцією, включаючи дитячий церебральний параліч
- Гестаційний вік менше 35 тижнів
- Шизофренія у батьків, яка нагадує психоз або афективний розлад
- Застосування вальпроату натрію під час вагітності у матері
- Порушення шкільних навичок (інтелектуальні порушення)
- Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю
- Неонатальна або епілептична енцефалопатія
- Хромосомні порушення, як-то синдром Дауна
- Генетичні розлади, як-то синдром крихкої X-хромосоми
- М'язова дистрофія
- Нейрофіброматоз
- Туберозний склероз

## Клінічні протоколи, які були використані при розробці даного протоколу

- NICE (National Institute of Health and Care Excellence, UK) “Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis” (2011, update 2017)
- NICE (National Institute of Health and Care Excellence, UK) “Autism spectrum disorder in under 19s: support and management” (2013)
- AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) “Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder (2014)
- Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації (Наказ МОЗ України від 15.06.2015 № 341)

# Розлад дефіциту уваги та гіперактивності

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ПОСЛУГ  
ДІТЯМ ТА ПІДЛІТКАМ

**2023**



## Виявлення та обстеження

### Процес діагностики

- Первинне психіатричне обстеження дітей та підлітків повинно включати запитання щодо основних симптомів РДУГ (неуважність, імпульсивність та гіперактивність) та порушень, які ці симптоми викликають.
- Скринінгові питання повинні базуватися на критеріях МКХ-10 та DSM-V.
- Діагноз РДУГ повинен встановлювати тільки фахівець – дитячий психіатр або інший відповідний кваліфікований медичний працівник, що має підготовку та досвід у діагностиці РДУГ.
- При діагностуванні РДУГ необхідно врахувати, що симптоми гіперактивності/ імпульсивності та/або неуважності повинні:
  - відповідати критеріям в DSM-V або МКХ-10
  - спричиняти принаймні помірні психологічні, соціальні та/або освітні порушення на основі опитування та/або безпосереднього спостереження у кількох середовищах
  - бути присутніми у двох або більше важливих середовищах, включаючи соціальні, сімейні, освітні
- При визначенні клінічної значущості порушення, що виникає внаслідок симптомів РДУГ у дітей та підлітків, слід брати до уваги їхню думку, де це можливо.
- При обстеженні слід також врахувати, що більшу ймовірність РДУГ мають діти та підлітки з:
  - недоношеністю (в анамнезі)
  - нейророзвитковими розладами (наприклад, розладом спектру аутизму, тиковими розладами, інтелектуальними порушення та розладами шкільних навичок)
  - опозиційно-викличним розладом поведінки чи іншими розладами поведінки
  - тривожними розладами та депресією
  - епілепсією
  - історією зловживання алкоголем та наркотиками
  - близькими родичами з діагнозом РДУГ

- Як доповнення до клінічного інтерв'ю у дітей та підлітків рекомендовано використовувати рейтингові шкали Коннерса (Conners Comprehensive Behaviour Rating Scale, Conners-3) та опитувальник «Сильні сторони та труднощі» (The Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)
- Також необхідно пам'ятати, що діагноз РДУГ не слід ставити виключно на основі рейтингових шкал або даних спостережень.

### **Додаткові інструментальні та лабораторні обстеження**

- Електроенцефалографія (ЕЕГ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ) не показані для обстеження РДУГ, лише у випадку додаткових неврологічних симптомів.

### **Диференційна діагностика**

- При диференційній діагностиці слід розглянути:
  - інші розлади психіки (розлади поведінки, опозиційно-викличний розлад поведінки, тривожні розлади, депресію, біполярний розлад, психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин)
  - соматичні розлади (епілепсію, зокрема малі епілептичні напади, або абсанси, гіпертиреоз та наслідки травм головного мозку)
  - травматичний досвід чи поточний стрес (цькування, зміни в сімейних обставинах, втрати, знущення та інше)

### **Діагностика супутніх розладів**

- Діти з РДУГ часто мають супутні психічні розлади, тому при обстеженні слід врахувати наступні розлади та проблеми:
  - нейророзвиткові розлади (розлади спектру аутизму, тикозні розлади, розлади шкільних навичок та інші)
  - розлади поведінки, зокрема опозиційно-викличний розлад поведінки (ОВРП)
  - тривожні розлади
  - депресію
  - біполярний розлад (манія)
  - розлади сну
  - зловживання алкоголем/наркотиками

# Модель допомоги дітям та підліткам з РДУГ

## Загальний огляд моделі допомоги

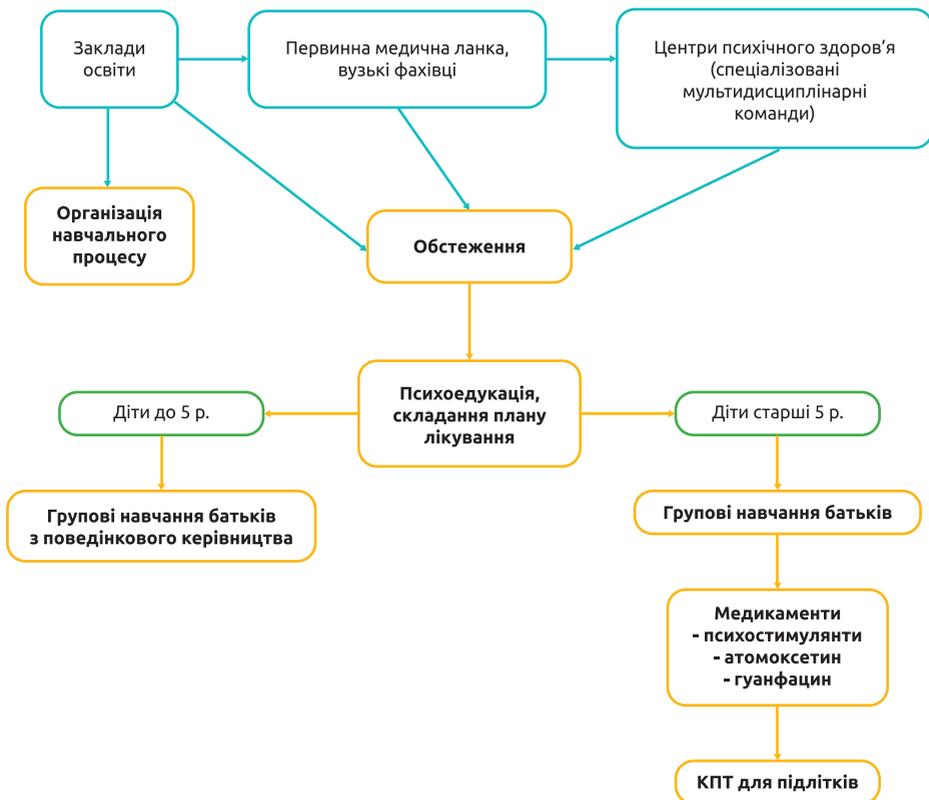
### Базові втручання

- Психоедукація батьків та дитини/підлітка, спільне планування допомоги.
- Навчання батьків, зосереджене на РДУГ у груповому та/або індивідуальному форматі.
- Медикаментозна терапія (психостимулятори, атомoksetин, гуанфацин).

### Додаткові втручання

- Індивідуальна/групова КПТ для дітей та підлітків, яка націлена на менеджмент симптомів РДУГ та його наслідків (самоконтроль, емоційну регуляцію, соціальні навички та інше).
- Консультування соціального середовища (школа, садок та ін.) у форматі рекомендацій щодо впровадження поведінкового втручання, вибору оптимальної освітньої програми, залучення асистента та іншого.
- Психологічний супровід та підтримка батьків/рідних.

# Графічний алгоритм послуг для дітей та підлітків з РДУГ



## Психоедукація

- Після встановлення діагнозу РДУГ, рекомендовано провести структуроване обговорення з батьками, а також, за можливості, з дітьми та підлітками про те, як розлад може вплинути на їхнє життя. Зокрема, про:
  - важливість модифікації навколишнього середовища для зменшення впливу симптомів РДУГ
  - більшу схильність до імпульсивної поведінки
  - труднощі у навчанні
  - проблеми у стосунках
  - виклики, пов'язані з лікуванням РДУГ і супутніх розладів психіки
  - підвищений ризик зловживання алкоголем та наркотиками
- При плануванні модифікації середовища необхідно врахувати, що відповідні зміни в навколишньому середовищі можуть бути специфічними для кожної дитини з РДУГ і повинні визначатися на основі оцінки її потреб.
- Наприклад:
  - зміна місця у класі, освітлення та шуму
  - зменшення відволікаючих факторів (наприклад, використання навушників)
  - оптимізація навчання з коротшими періодами зосередженості і рухливими перервами
  - підкріплення усних запитів письмовими інструкціями
  - залучення асистентів у школі
- Слід повідомляти батьків дітей із РДУГ про наявні ресурси інформації, зокрема:
  - місцеві та національні групи підтримки, громадські організації
  - вебсайти

- Необхідно надавати інформацію дітям та підліткам із РДУГ (та їх батькам чи опікунам) у такій формі, яка враховує наступне:
  - їхній рівень розвитку, емоційну зрілість та пізнавальну здатність, включаючи розлади шкільних навичок, проблеми із зором чи слухом, затримку мовленнєвого розвитку чи труднощі соціальної комунікації
  - супутні розлади психіки
  - індивідуальні потреби та обставин, включаючи вік, стать, рівень освіти та життєвий етап
- Рекомендовано інформувати батьків / опікунів дітей з РДУГ про важливість:
  - позитивного контакту між батьками та дітьми
  - чітких та відповідних правил щодо поведінки та послідовного керування
  - організації дня дитини або підлітка

## Планування лікування

- План лікування має бути комплексним і зрозумілим для всіх, а також відповідати психологічним, поведінковим та освітнім потребам дітей та підлітків з РДУГ.
- При складанні плану слід брати до уваги:
  - важкість симптомів і порушень РДУГ, а також їх вплив на повсякденне життя (включаючи сон)
  - цілі лікування
  - стресостійкість та захисні фактори
  - відповідний вплив інших психічних розладів

## Діти до 5 років

- Необхідно запропонувати групове навчання, зосереджене на РДУГ, батькам чи опікунам дітей із РДУГ віком до 5 років як лікування першої лінії.
- Якщо після групового навчання, зосередженого на РДУГ, та після впровадження і перегляду модифікації середовища, симптоми розладу все ще спричиняють значні порушення у різних сферах дитини, слід звернутися за рекомендаціями до фахівців з досвідом лікування РДУГ у дитини раннього віку.
- Не рекомендовано пропонувати медикаменти від РДУГ жодній дитині віком до 5 років без заключення іншого фахівця, який має досвід у лікуванні РДУГ у маленьких дітей.

## Діти старші 5 років та підлітки

- Необхідно надати інформацію про РДУГ та запропонувати додаткові підтримуючі сесії для батьків чи опікунів усіх дітей старших 5 років та підлітків із РДУГ.
- Підтримуючі сесії мають бути зосереджені на РДУГ, можуть бути у груповому форматі та складати всього 1 або 2 сеанси.
- Сесії повинні містити:
  - інформацію про причини та наслідки РДУГ
  - поради щодо стратегій виховання
  - рекомендації по співпраці зі школою чи іншим навчальним закладом
- Слід розглянути індивідуальні програми навчання для батьків дітей з РДУГ та симптомами опозиційно-викличного розладу чи розладу поведінки, коли:
  - існують особливі труднощі при відвідуванні групових занять (наприклад, через інвалідність, мовні відмінності, труднощі із навчанням [інтелектуальні порушення], погане самопочуття батьків, проблеми з транспортом, або інші фактори, які вказують на низькі перспективи для терапевтичного залучення)
  - потреби сім'ї надто складні, щоб їх могли задовольнити програми групового навчання батьків.

- Слід рекомендувати медикаменти для дітей старших 5 років лише у випадку, коли їх симптоми РДУГ все ще викликають стійкі значні порушення принаймні в одній сфері після впровадження та аналізу модифікації середовища.
- Рекомендовано курс когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для підлітків із РДУГ, які отримали позитивний ефект від прийому медикаментів, але симптоми яких все ще викликають значні порушення принаймні в одній сфері.
- КПТ для підлітків направлена на такі аспекти:
  - соціальні навички з однолітками
  - вирішення проблеми
  - самоконтроль
  - навички активного слухання
  - спілкування та вираження почуттів

## **Медикаментозне лікування**

Усі медикаменти для лікування РДУГ повинні призначатися лише дитячим психіатром або іншим відповідним кваліфікованим медичний працівником, що має підготовку та досвід у діагностиці та лікуванні РДУГ.

- Перед початком прийому медикаментів для лікування РДУГ, діти та підлітки повинні пройти повне обстеження, яке має включати перегляд:
  - підтвердження, що симптоми продовжують відповідати критеріям РДУГ і потребують лікування.
  - психічного здоров'я та соціальних обставин:
    - наявність супутнього розладу психіки
    - оцінку ризику зловживання алкоголем та наркотиками
    - поточні освітні обставини
    - потребу у догляді
  - фізичного здоров'я, зокрема:
    - історію хвороби з урахуванням станів, які можуть бути протипоказаннями до застосування конкретних медикаментів
    - поточний прийом медикаментів
    - зріст і вагу
    - початковий пульс і артеріальний тиск
    - обстеження серцево-судинної системи.

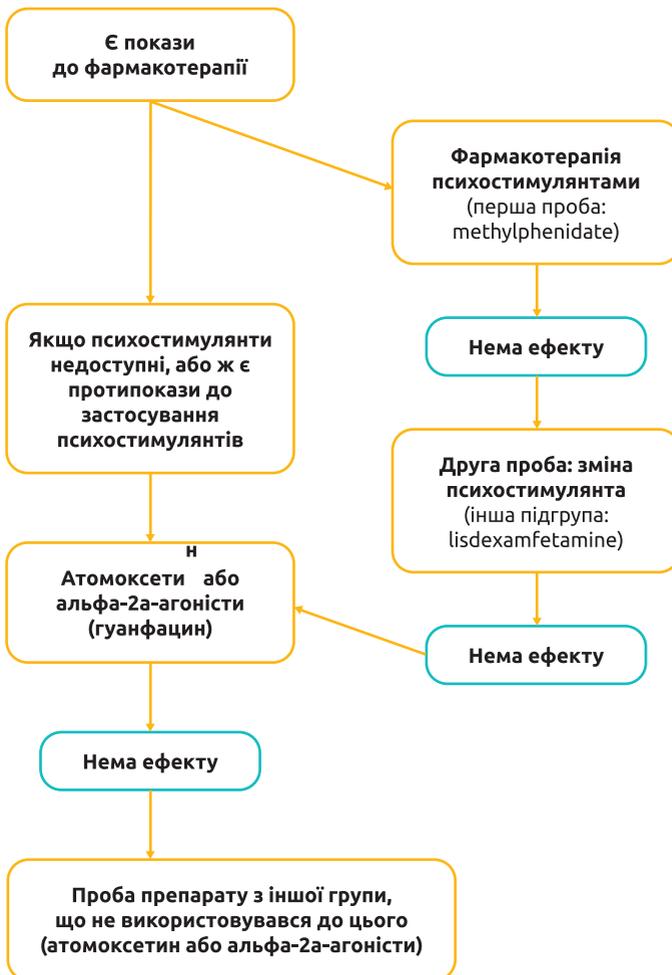
- Електрокардіограма (ЕКГ) не показана перед початком прийому психостимулянтів, атомoksetину або гуанфацину, за винятком тих випадків, коли дитина чи підліток має супутній розлад і приймає медикаменти, які можуть становити підвищений ризик для серця або має ознаки, зазначені у наступних рекомендаціях.
- Необхідно звернутися на консультацію до кардіолога перед початком прийому медикаментів для лікування РДУГ, якщо має місце будь-що з наведеного нижче:
  - вроджені вади серця або операції на серці в анамнезі
  - раптова смерть найближчого родича до 40 років, що свідчить про серцеву хворобу
  - задишка при навантаженні в порівнянні з однолітками
  - непритомність при навантаженні або у відповідь на переляк чи шум
  - регулярні пароксизмальні порушення ритму, які починаються і припиняються раптово (короткочасні періодичні удари зазвичай є ектопічними і не потребують обстеження)
  - біль у грудях, який свідчить про серцеве походження
  - ознаки серцевої недостатності
  - шум, виявлений при кардіологічному обстеженні
  - артеріальний тиск постійно перевищує 95-й центиль за віком і зростом для дітей та підлітків.

### **Вибір медикаментів — діти старші 5 років і підлітки**

- Необхідно запропонувати метилфенідат (короткої чи пролонгованої дії) як фармакологічне лікування першої лінії для дітей старших 5 років та підлітків із РДУГ.
- Слід перейти на ліздеksamфетамін дітям віком від 5 років та підліткам, які пройшли 6-тижневу пробу метилфенідату у адекватній дозі та не отримали позитивного ефекту з точки зору зменшення симптомів РДУГ та порушень, пов'язаних з ними.

- Рекомендовано розглянути можливість застосування дексамфетаміну для дітей від 5 років та молодих людей, у яких симптоми РДУГ реагують на ліздеksamфетамін, але не мають тривалого ефекту.
- Слід запропонувати атомоксетин або гуанфацин дітям від 5 років і підліткам, якщо:
  - вони не переносять метилфенідат чи ліздеksamфетамін або
  - їх симптоми не реагували на окремі 6-тижневі проби ліздеksamфетаміну та метилфенідату, враховуючи адекватні дози.

## Алгоритм фармакотерапії



## Подальший вибір медикаментів

- Рекомендовано отримати заключення іншого фахівця або звернутися до фахівця третинної служби, якщо симптоми РДУГ у дитини старшої 5 років і підлітка не реагують на один або кілька психостимулянтів та один не психостимулянт.
- Не слід пропонувати жоден з наведених нижче медикаментів для лікування РДУГ без рекомендацій фахівців третинної служби:
  - клонідин для дітей з РДУГ та порушеннями сну, гніву або тиками (використання не за призначенням)
  - атипіві антипсихотичні засоби додатково до психостимулянтів для людей із РДУГ та супутньою агресією, гнівом або дратівливістю
  - медикаменти, які не включені до попередніх рекомендацій.

## Вибір медикаментів – діти та підлітки із супутніми розладами

- Слід запропонувати дітям і підліткам із РДУГ та тривожним розладом, тиковим розладом або розладом спектру аутизму такий самий вибір медикаментів, що й іншим людям із РДУГ.
- Дітям понад 5 років та підліткам із РДУГ, які переживають гострий психотичний або маніакальний епізод, рекомендовано:
  - припинити прийом будь-яких медикаментів для лікування РДУГ
  - розглянути можливість відновлення або початку прийому нових препаратів для лікування РДУГ після усунення епізоду, враховуючи індивідуальні обставини, ризики та переваги медикаментів для лікування РДУГ
- Призначаючи психостимулянти для лікування РДУГ, слід пам'ятати, що розмір, тривалість ефекту та побічні дії можуть відрізнятися від дитини до дитини.

## Титрування дозування

- Під час фази титрування, симптоми РДУГ, порушення та побічні ефекти слід реєструвати на початковому рівні та при кожній зміні дози за стандартними шкалами, які заповнюють батьки та вчителі, а також проходити регулярний огляд (наприклад, щотижневого телефонного контакту) зі спеціалістом.
- Необхідно переконатися, що титрування дози є повільнішим, а моніторинг – частішим, якщо у дітей із РДУГ є будь-що з наведеного нижче:
  - розлади нейророзвитку (наприклад, розлад спектру аутизму, тикові розлади, інтелектуальні порушення)
  - розлади психічного здоров'я (наприклад, тривожні розлади, включно з obsесивно-компульсивним розладом, шизофренією, біполярним розладом, депресією, розладом особистості, розладом харчової поведінки, посттравматичним стресовим розладом, зловживанням алкоголем чи наркотиками)
  - патологічні стани фізичного здоров'я (наприклад, хвороби серця, епілепсія або набута черепно-мозкова травма).

## Моніторинг

- Необхідно контролювати ефективність медикаментів для лікування РДУГ та побічні ефекти і задокументувати їх у медичній документації дитини/підлітка.
- Слід заохочувати батьків, діти яких приймають ліки від РДУГ, відстежувати та реєструвати їх побічні ефекти, наприклад, за допомогою контрольного переліку несприятливих ефектів.
- Рекомендовано використовувати стандартні шкали оцінки симптомів та несприятливих ефектів для клінічної оцінки та упродовж усього курсу лікування для дітей з РДУГ.
- Слід переконатися, що діти, підлітки, які отримують лікування від РДУГ, мають огляд та подальший контроль відповідно до тяжкості їх стану, незалежно від того, приймають вони ліки, чи ні.

## Зріст і вага

- У дітей та підлітків, які приймають медикаменти для лікування РДУГ, слід вимірювати:
  - зріст: кожні 6 місяців у дітей та підлітків
  - вагу: кожні 3 місяці у дітей до 10 років
  - вагу: через 3 та 6 місяців після початку лікування у дітей старше 10 років та підлітків, а потім кожні 6 місяців або частіше, якщо виникають проблеми.
- Якщо втрата ваги є клінічною проблемою, слід розглянути такі стратегії:
  - прийом ліків під час або після їжі, а не перед нею
  - прийом додаткових страв або закусок рано вранці або пізно ввечері, коли стимулюючі ефекти зникли
  - отримання рекомендацій щодо дієти
  - споживання висококалорійних продуктів з хорошою харчовою цінністю
  - запланована перерва в лікуванні
  - зміна ліків

## Серцево-судинна система

- Необхідно контролювати частоту серцевих скорочень і артеріальний тиск до та після кожної зміни дози та кожні 6 місяців, а також порівнювати її з нормою для віку.
- Не слід пропонувати планові аналізи крові на біохімію (включаючи функціональні тести печінки) або ЕКГ дітям та підліткам, які приймають ліки від РДУГ, якщо немає клінічних показань.
- Якщо особа, яка приймає ліки від РДУГ, перенесла тахікардію в спокої (більше 120 ударів на хвилину), аритмію або систолічний артеріальний тиск, що перевищує 95-й перцентиль (або клінічно значуще підвищення), виміряний 2 рази, зменшіть дозу та скеруйте її до спеціаліста з гіпертонії.
- Якщо у людини, яка приймає гуанфацин, спостерігається стійка ортостатична гіпотензія або епізоди непритомності, зменшіть дозу або перейдіть на інший препарат для лікування РДУГ.

## Тики

- Якщо у людини, яка приймає психостимулянти, розвиваються тики, подумайте, чи:
  - тики пов'язані зі психостимулянтном (тики, природно, зростають і спадають) і
  - погіршення, пов'язане з тиками, переважає користь лікування РДУГ.
- Якщо тики пов'язані зі психостимулянтами, зменшіть їх дозу, розгляньте можливість переходу на гуанфацин (лише у дітей старших 5 років і підлітків), атомoksetин або припинення прийому ліків.

## Судоми

- Якщо у дитини з РДУГ розвиваються нові судоми або погіршуються наявні напади, перегляньте та припиніть застосування будь-яких медикаментів, які можуть сприяти нападам.
- Після обстеження, слід обережно повторно відновити медикаменти для лікування РДУГ, якщо вони є малоймовірною причиною нападів.

## Сон

- Слідкуйте за змінами у режимі сну (наприклад, за допомогою щоденника сну) і відповідно коригуйте медикаменти.

## Погіршення поведінки

- Слідкуйте за поведінковою реакцією на медикаменти, а якщо поведінка погіршується, скоригуйте медикаменти та перегляньте діагноз.

## Перегляд медикаментів і припинення прийому

Необхідно принаймні раз на рік переглядати медикаменти для лікування РДУГ і обговорювати з пацієнтом, а також батьками/опікунами, необхідність продовження лікування.

Перегляд медикаментів повинен здійснювати медичний фахівець, який має підготовку та досвід лікування РДУГ.

- Перегляд має включати комплексну оцінку:
  - вибору дитини або підлітка з РДУГ та батьків/опікунів
  - переваг, включаючи те, наскільки добре поточне лікування діє упродовж дня
  - побічних ефектів
  - клінічної потреби
  - впливу на навчання
  - наслідків пропущених доз, запланованого зниження дози та періодів відсутності лікування
  - впливу медикаментів на теперішнє психічне, фізичне здоров'я або нейророзвиткові розлади
  - потреб в підтримці та типу підтримки (наприклад, психологічної, навчальної, соціальної).
- Рекомендовано заохочувати дітей з РДУГ обговорювати будь-які переваги щодо припинення або зміни медикаментів та брати участь у прийнятті будь-яких рішень щодо припинення лікування.
- Слід розглянути пробні періоди припинення прийому медикаментів або зменшення дози, коли оцінка загального балансу користі та шкоди свідчить про те, що це може бути доцільним.
- Якщо прийнято рішення продовжити лікування, слід задокументувати причини такого рішення.

# Додаток 1. Діагностичні критерії за DSM-V

## Розлад дефіциту уваги та гіперактивності

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 неакуратною);
- 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);
  - 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, що-найменше, 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 «в русі», поводить ся, як «заведений / а» (наприклад, почувається некомфортно, коли треба сидіти впродовж тривалого часу, наприклад, у ресторанах, на зустрічах; збоку виглядає, як неспокійний / а або такий / а, якому / їй 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).
- V. Деякі симптоми неухважності або імпульсивності / гіперактивності спостерігалися у віці до 12 років.
- C. Декілька симптомів неухважності або імпульсивності / гіперактивності присутні у двох або більше випадках(наприклад, вдома, в школі, на роботі, з друзями чи родичами, в іншій діяльності).
- D. Існує чітке свідчення того, що симптоми заважають або знижують якість соціального, академічного і професійного функціонування.
- E. 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.

## Міжнародні клінічні протоколи використані при розробці даного протоколу

- Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management, (NICE guideline, 14 March 2018 Last updated: 13 September 2019)
- «Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder» AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007)

# Синдром Туретта та хронічні тикозні розлади

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ПОСЛУГ  
ДІТЯМ ТА ПІДЛІТКАМ

2023



## Просвітництво щодо вчасного виявлення, діагностики, раннього втручання та доказових методів допомоги при тикових розладах

- Освітня та інформаційно-просвітницька діяльність як у громаді, так і на національному рівні повинна охоплювати інформацію про синдром Туретта та інші тикові розлади.
- Просвітництво необхідно здійснювати серед медичних фахівців та фахівців освітніх закладів, а також серед осіб з синдромом Туретта та їхніх сімей задля поширення інформації щодо діагностики та лікування синдрому Туретта та інших тикових розладів.
- Освітні програми необхідні для:
  - зменшення стигми та покращення доступу до медичної допомоги
  - забезпечення своєчасного встановлення діагнозу
  - допомоги дітям з синдромом Туретта вести здоровий та продуктивний спосіб життя.

## **У громаді**

1. Розуміння дітей з тиковими розладами та усунення стигматизації
2. Створення сприятливого середовища та превенції булінгу

## **У середовищі батьків**

1. Розуміння симптомів, перебігу розладу та необхідності звернення за належною допомогою
2. Супутні розлади
3. Доказові методи втручання
4. Академічні труднощі та поведінка у школі
5. Превенція булінгу

## **У середовищі медичних фахівців**

1. Основні види тикових розладів, симптоми, перебіг
2. Коморбідність
3. Доказові методи лікування

## **У середовищі фахівців освітніх закладів**

1. Розуміння дітей з тиковими розладами
2. Менеджмент в класі, рекомендовані стратегії та техніки для симптомів тиків та супутніх розладів
3. Превенція булінгу

## Діагностика

### Діагностичні критерії

- Діагноз синдром Туретта та тикових розладів може бути встановлений виключно за умови наявності відповідних діагностичних критеріїв розладу (за діагностичними системами DSM-V або МКХ-10).

### Процес діагностики

- Перше обстеження проводить лікар дитячий психіатр.
- Первинне психіатричне обстеження повинно включати плановий скринінг на незвичні рухи, стереотипії, тики.
- Можна використовувати скринінгові шкали, які включають конкретні запитання щодо тиків.
- Якщо скринінг позитивний, слід провести ретельніше обстеження тикових розладів, включаючи вік появи, типи тиків, їх частоту, полегшуючі та провокуючі фактори, а також спадковий анамнез.
- Також необхідно оцінювати функціональні порушення, пов'язані з тиками, з точки зору пацієнта та, якщо це можливо, батьків.
- Оцінюючи тики, рекомендується використовувати інформаційні дані з багатьох джерел та поєднувати з безпосереднім спостереженням (як у домашньому, так і в шкільному середовищі) та історією хвороби і, при можливості, зібрати відеоматеріали в клінічних умовах, коли пацієнт сам вдома, або в обох ситуаціях. Додатковий відеомоніторинг тиків дасть можливість краще охопити весь спектр тиків пацієнта.
- Можуть використовуватися рейтингові шкали, специфічні для тиків.
- Найчастіше використовується Єльська шкала важкості тиків Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS).

### Додаткові обстеження

- Обстеження тикових розладів повинно включати ретельне обстеження наявності соматичних захворювань і вживання наркотичних речовин.

- При деяких клінічних особливостях, таких як раптовий початок важких тиків, атипові тики або порушення психічного статусу, що наводять на думку про органічний процес (наприклад, дезорієнтація, неможливість копіювання фігур та ін.), рекомендовано провести загальний аналіз крові з гемограмою, біохімічний аналіз крові на печінкові проби, сечовину, креатинін, гормони щитовидної залози, феритин, аналіз сечі на наркотики для підлітків.
- ЕЕГ та МРТ рекомендовано лише у випадку додаткових неврологічних симптомів.
- При незвичних та складних проявах тиків, може бути корисна додаткова консультація дитячого невролога.

## **Діагностика коморбідних розладів**

- Обстеження тикових розладів повинно включати ретельне обстеження супутніх психічних захворювань.
- Необхідно враховувати можливі супутні розлади:
  - РДУГ
  - obsесивно-компульсивний розлад
  - тривожні розлади
  - депресія
  - опозиційно-викличний розлад поведінки (ОВРП)
  - розлади шкільних навичок
- Слід обстежити наявність суїцидальних думок та наміри у підлітків із синдромом Туретта.

## **Диференційна діагностика**

- Деякі повторювані рухи можуть імітувати тики, такі як при стереотипії, міоклонії, дистонії та хорей (Додаток 2).
- Необхідно врахувати, що тики можуть бути наслідком дії різноманітних медикаментів або соматичних захворювань. Зокрема, психостимулянти, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), ламотриджин потенційно погіршують тики.
- Тики також можуть виникати при різних неврологічних захворюваннях. Слід скерувати на подальше неврологічне обстеження пацієнтів з тиками, які виникають у контексті порушення рухових або когнітивних функцій.

# Модель допомоги дітям та підліткам з тиковими розладами та синдромом Туретта

## Загальні принципи

- Варіанти лікування повинні бути індивідуальними, а вибір - результатом спільного виваженого рішення дитини, батьків/опікунів та лікаря, під час якого враховуються переваги та шкода окремих методів лікування, а також наявність супутніх захворювань та рівень порушень і переживань, спричинених тиками.
- Варіанти лікування включають динамічне спостереження (пильне очікування), комплексне поведінкове втручання та медикаментозну терапію.
- Немає доказів того, що лікування є ефективнішим, якщо розпочате раніше.
- Оскільки тики з часом можуть покращуватися, пильне очікування є прийнятним підходом для осіб, які не мають жодних функціональних порушень внаслідок тиків.
- Однак, навіть у таких випадках можна застосовувати комплексне поведінкове втручання при тиках, якщо пацієнт має мотивацію спробувати лікування.
- Слід проконсультувати пацієнтів, що лікування тиків не завжди призводить до повного їх припинення.

## Загальний огляд моделі допомоги

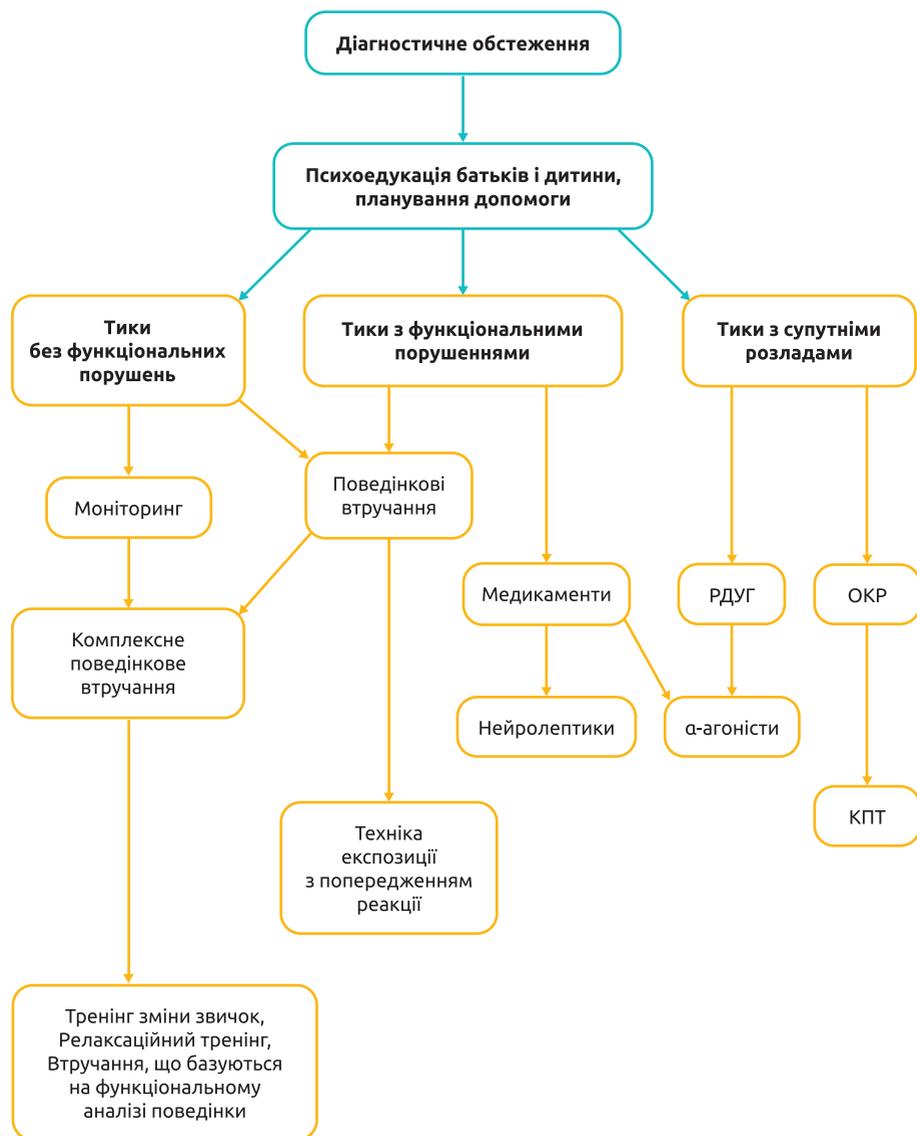
### Базові втручання

- Психоедукація батькам та дитині/підлітку, спільне планування допомоги
- Динамічне спостереження (пильне очікування)
- Поведінкові втручання у вигляді комплексного поведінкового втручання (тренінгу заміни звичок, тренінгу релаксації і втручання, що базується на функціональному аналізі поведінки) та експозиції з попередженням реакції.
- Консультування соціального середовища (школа, гуртки та ін.) у форматі базової психоедукації і рекомендацій щодо менеджменту тиків у класі та превенції булінгу.

### Додаткові втручання

- Фармакотерапія
- Індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія для дітей та підлітків із супутнім obsесивно-компульсивним розладом

# Графічний алгоритм послуг для дітей та підлітків і з тикозними розладами



## Психоедукація та спільне планування допомоги

- Психоедукація є важливим компонентом у забезпеченні підтримки та подоланні невизначеності, нерозуміння і стигматизації дітей та підлітків з тиковими розладами, синдромом Туретта. Інформація про типовий перебіг синдрому Туретта і допомога дитині та її сім'ї у визначенні сильних сторін часто зменшує тривожність.
- Психоедукація для дитини має бути чутливою до її віку та містити відповідну інформацію про розлад. Це допоможе виробити стратегію подолання, сприятиме вірі у власні сили та забезпечить дитину необхідними навичками для пояснення свого розладу оточенню (особливо вчителям та одноліткам).
- Психоедукація підлітків та їхніх сімей щодо тикових розладів повинна також включати інформацію про загальні прояви симптомів, ризики, пов'язані з супутніми розладами, прогноз (25% залишаються з тиками у зрілому віці) і варіанти лікування.
- Необхідно розглянути типові фактори, які посилюють (наприклад, хвороба, стрес, спека) та послаблюють (наприклад, відпочинок, прослуховування музики) тики у підлітків.
- Надання сім'ї інформації про типовий перебіг розладу допомагає прийняти рішення щодо лікування. Оскільки тики з часом можуть зменшуватися, слід інформувати пацієнтів та їхніх батьків/опікунів, що динамічне спостереження є прийнятним підходом для осіб, які не відчувають жодних функціональних порушень від своїх тиків.
- Однак, навіть у таких випадках може застосовуватися комплексне поведінкове втручання при тиках, якщо пацієнт вмотивований спробувати лікування.
- За погодженням з батьками, рекомендовано надати загальну інформацію про етіологію, прояви та перебіг тикових розладів вчителям. Це допоможе їм реалізувати ефективні індивідуальні стратегії управління поведінкою в класі, дозволить дитині збільшити навчальний потенціал.

## Поведінкові втручання

- У випадку доступності комплексного поведінкового втручання, слід рекомендувати його як втручання першого вибору стосовно іншого психосоціального / поведінкового втручання та медикаментозної терапії.
- Комплексне поведінкове втручання можна проводити дистанційно через телеконференцію або захищений відеозв'язок, якщо відсутні можливості особистого спілкування.
- Якщо комплексне поведінкове втручання недоступне, можуть бути прийнятними інші поведінкові втручання для лікування тиків, зокрема, техніка експозиції з попередженням реакції.
- **Комплексне поведінкове втручання** — це програма лікування, що складається з тренінгу заміни звичок, тренінгу релаксації та втручаннях, що базуються на функціональному аналізі поведінки для вирішення ситуацій, що підтримують або погіршують тики.
  - **Тренінг заміни звичок** є одним із найбільш досліджуваних поведінкових способів лікування тиків. Цей спосіб пропонує цілий ряд технік, які допомагають пацієнтові спершу усвідомити наявність тиків, а згодом, завдяки так званому тренінгу конкурентних реакцій, зупиняти або пригнічувати їх. Тренінг заміни звичок може також включати релаксаційний тренінг, управління наслідками та тренінг перенесення навиків у щоденне життя. Усвідомлення тиків відбувається завдяки виявленню реакції, опису їх, процедурі раннього запобігання та завдяки тренінгу усвідомлення ситуації. З тренінгом конкурентних реакцій пацієнт вчиться ініціювати у себе на 1-3 хвилини відповідну реакцію, яка дає змогу зменшити інтенсивність тиків або ж взагалі запобігти його виникненню. Дослідження доводять, що тренінг зміни звичок ефективний як для рухових, так і для вокальних тиків дітей та дорослих, пацієнтів, які отримують ліки від синдрому Туретта, а також тих, хто цього не робить. Тренінг допомагає зменшити як інтенсивність, так і частоту тиків.
  - **Релаксаційний тренінг.** Використання релаксаційного тренінгу у лікуванні тиків базується на спостереженнях, коли збільшення стресового та тривожного відчуття супроводжується посиленням тикових реакцій. Викорінення чи послаблення тикових реакцій у релаксаційному тренінгу відбувається безпосередньо через зменшення стресу. Релаксація допоможе зменшити м'язову напругу. Тренінг включає глибоке дихання, поступову роботу з м'язами та роботу з уявою. Цей метод зазвичай використовується як частина багатокомпонентного лікування.

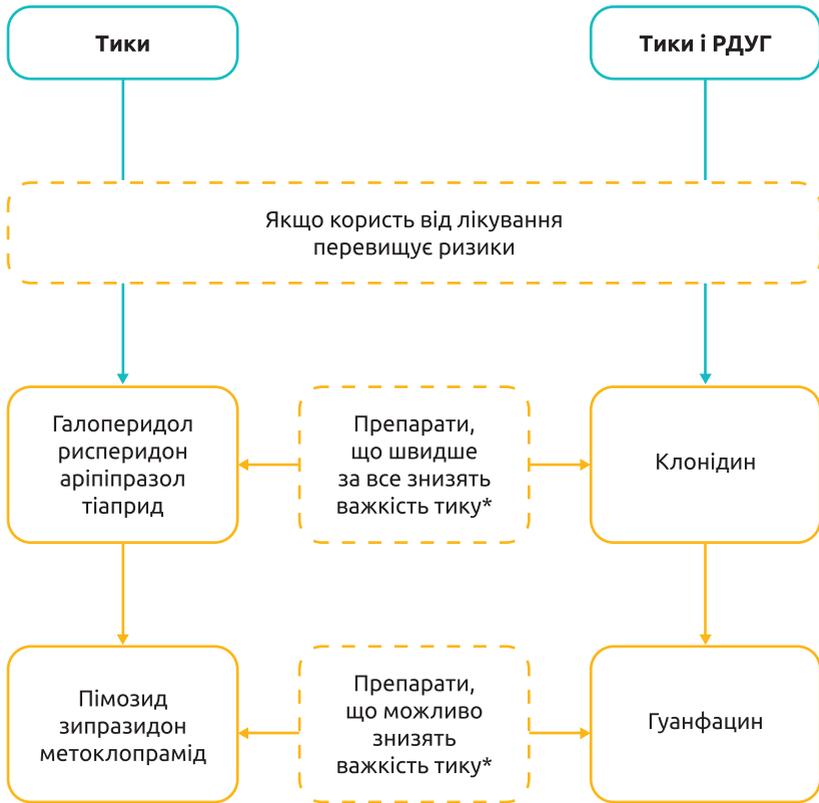
- **Управління наслідками/Втручання, що базуються на функціональному аналізі поведінки.** Управління наслідками здійснюється таким чином, щоб позитивно підкріпити вільні від тиків інтервали, а тикову поведінку зігнорувати.
- Застосування **техніки експозиції з попередженням реакції** для зменшення тиків базується на взаємодії неприємного попереднього відчуття з руховими чи вокальними тиками, які його послаблюють. У навчальній термінології тики можуть розглядатися як зумовлені попередніми внутрішніми стимулами реакції. Якщо такі стимули повторюються упродовж тривалого часу, сила взаємодії між відчуттями і тиками збільшується. Техніка експозиції з попередженням реакції має на меті переривання цієї взаємодії, отже, запобігає виникненню тиків. Конфронтуючи упродовж тривалого часу з відчуттями (експозиція) та не піддаючись тикам (попередження реакції), пацієнти можуть навчитися толерувати неприємні відчуття (габітуація). Габітуація зменшить бажання та потребу вдаватися до тиків, що перейде у зменшення тикових реакцій. Попередні результати вказують на те, що техніка експозиції з попередженням реакції є ефективною для зменшення вокальних та рухових тиків, їх інтенсивності та частоти як у дітей, так і у дорослих. При використанні цієї техніки не зафіксовано симптомів зворотного ефекту. Оскільки маленькі діти менш усвідомлюють сенсомоторні феномени, які передують тикам, слід уточнити, чи є вікові обмеження у використанні техніки експозиції з попередженням реакції та тренінгу заміни звичок.

## Медикаментозна терапія

- Варто врахувати, що внаслідок часткової або повної ремісії при типовому перебігу синдрому Туретта, медикаменти, призначені для лікування тиків у дитячому віці, з часом можуть не знадобитися.
- При призначенні препаратів для тиків, слід періодично переоцінювати необхідність постійного медикаментозного лікування.
- При призначенні агоністів  $\alpha 2$ -адренорецепторів необхідно врахувати, що клонідин та гуанфацин ймовірно зменшують ступінь тяжкості тиків.
- У дітей із тиками та коморбідним РДУГ клонідин та гуанфацин продемонстрували сприятливий вплив як на тики, так і на симптоми РДУГ. Ефект впливу клонідину та гуанфацину на тики більший у дітей із тиками та РДУГ, ніж у пацієнтів з тиками без супутнього діагнозу РДУГ.

- Рекомендовано взяти до уваги, що клонідин, швидше за все, асоційований з більш високими показниками седативного ефекту, а гуанфацин, імовірно, пов'язаний із вищими показниками сонливості.
- Крім того, системний огляд альфа-2-адренергічних агоністів у дітей та підлітків з РДУГ продемонстрував гіпотонію, брадикардію та седативний ефект при використанні обох препаратів, а також подовження інтервалу QT при призначенні пролонгованих форм гуанфацину.
- При призначенні нейролептиків, необхідно врахувати, що галоперидол, рисперидон, аріпіпразол і тіаприд, швидше за все, зменшать тяжкість тику, а пімозид, зипразидон, і метоклопрамід, можливо, знизять тяжкість тику.
- Рекомендовано зауважити, що фактичні дані свідчать про вищий ризик:
  - порушення функцій руху, спричинені лікарськими засобами при призначенні галоперидолу, пімозиду та рисперидону;
  - збільшення ваги при застосуванні рисперидону та аріпіпразолу;
  - сонливості при застосуванні рисперидону, аріпіпразолу та тіаприду;
  - подовження інтервалу QT при призначенні пімозиду;
  - підвищення пролактину при застосуванні галоперидолу, пімозиду та метоклопраміду.
- Системні огляди досліджень демонструють вищий ризик медикаментозних розладів руху (включаючи пізню дискінезію, паркінсонізм, спричинений лікарськими засобами, акатизію, гостру та пізню дистонію), збільшення ваги, метаболічних побічних ефектів, підвищення пролактину та подовження QT інтервалу при застосуванні антипсихотиків як першого, так і другого покоління при психіатричних та неврологічних станах.
- Дозування, застосування медикаментів — додаток 3.

# Алгоритм фармакотерапії



\* Tamara Pringsheim, Michael S. Okun, Kirsten Müller-Vahl, Davide Martino, Joseph Jankovic, Andrea E. Cavanna, Douglas W. Woods, Michael Robinson, Elizabeth Jarvie, Veit Roessner, Maryam Oskoui, Yolanda Holler-Managan, John Piacentini «Practice guideline recommendations summary: Treatment of tics in people with Tourette syndrome and chronic tic disorders», 2019

## Агоністи $\alpha 2$ -адренорецепторів

- Слід інформувати пацієнтів з тиками та коморбідним РДУГ, що агоністи  $\alpha 2$ -адренорецепторів можуть забезпечити користь для обох станів.
- Необхідно призначати  $\alpha 2$ -адренорецептори для лікування тиків, якщо користь від лікування перевищує ризик.
- Слід консультиувати пацієнтів щодо поширених побічних ефектів  $\alpha 2$ -адренергічних агоністів, включаючи седативний ефект.
- Необхідно контролювати частоту серцевих скорочень та артеріальний тиск у пацієнтів з тиками, які отримують агоністи  $\alpha 2$ -адренорецепторів.
- При призначенні пролонгованих форм гуанфацину, слід контролювати інтервал QTc у пацієнтів із серцевими захворюваннями в анамнезі та пацієнтів, які приймають інші препарати, що подовжують інтервал QT, а також пацієнтів із сімейним анамнезом синдрому подовженого QT.
- При припиненні лікування агоністами  $\alpha 2$ -адренорецепторів, слід поступово зменшувати дозування, щоб уникнути гіпертонії.

## Антипсихотичні медикаменти

- Можна призначати нейролептики для лікування тиків, якщо користь від лікування перевищує ризики.
- Перед ухваленням рішення щодо того, який нейролептик слід призначити, необхідно проконсультиувати пацієнтів щодо відносної схильності антипсихотичних препаратів до екстрапірамідних, гормональних та метаболічних побічних дій.
- При призначенні нейролептиків для лікування тиків, слід призначити найнижчу ефективну дозу препарату, щоб зменшити ризик побічних дій.
- Також слід контролювати наявність рухових розладів, обумовлених дією медикаментів, а також метаболічні та гормональні побічні ефекти нейролептиків, використовуючи науково обгрунтовані протоколи моніторингу.
- Рекомендовано проведення електрокардіографії та вимірювання інтервалу QTc до та після початку прийому пімозиду або зипразидону, або якщо нейролептики одночасно вводяться з іншими препаратами, які можуть продовжити інтервал QT.
- При відміні нейролептиків, слід поступово зменшувати медикаменти протягом тижнів та місяців, щоб уникнути пізньої дискінезії.

## Когнітивно-поведінкова терапія

- КПТ рекомендовано як втручання першої лінії для лікування обсесивно-компульсивного розладу в осіб з тиковими розладами.

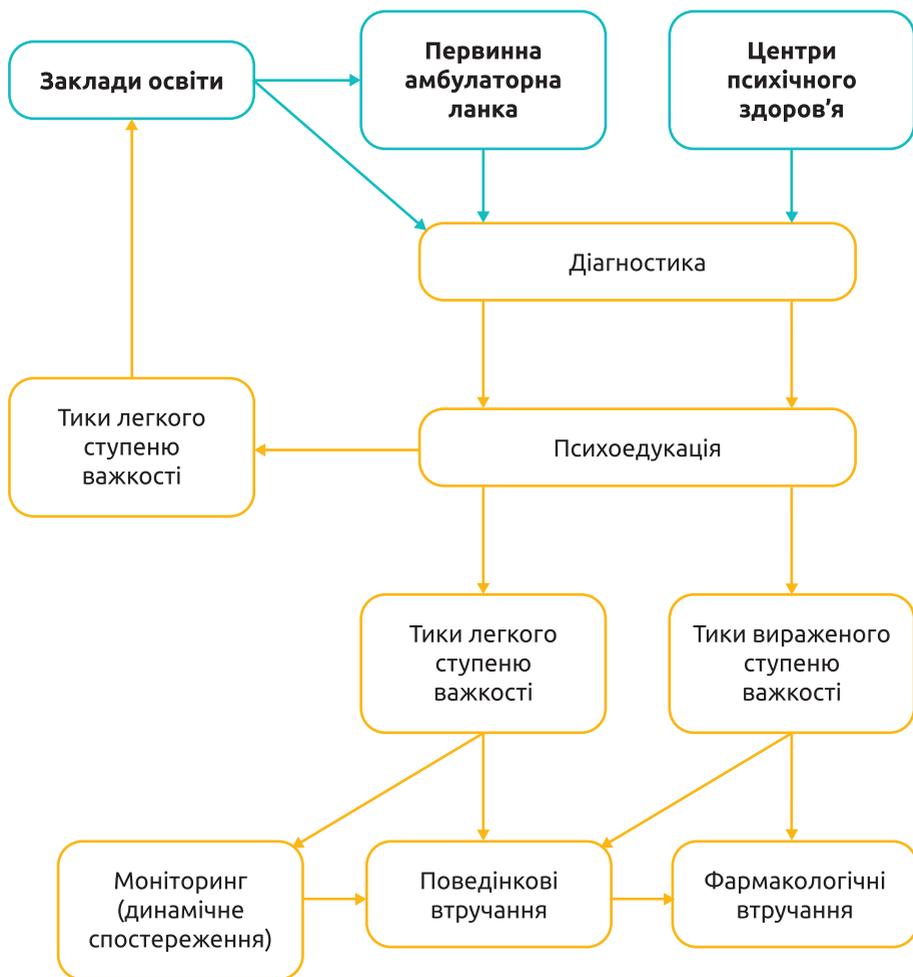
## Засоби моніторингу ефективності допомоги

- Слід періодично переоцінювати ефективність лікування та потребу у постійній медикаментозній терапії.
- Для моніторингу ефективності лікування та оцінки важкості тиків можна використовувати Ельську шкалу важкості тиків Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS).

## Мережева співпраця і зв'язок з локальними маршрутами допомоги

- Мережева співпраця між фахівцями первинної медичної ланки (сімейними лікарями, педіатрами), вузькими спеціалістами, фахівцями у сфері психічного здоров'я (дитячими психіатрами, психологами), освітніми фахівцями та батьками націлена на координацію спільних зусиль у виявленні тикових розладів та допомозі дітям та їх сім'ям, а також на розуміння проблеми синдрому Туретта та тикових розладів важкого ступеню, подолання стигми та превенцію булінгу.
- Важливим елементом мережевої співпраці є створення локального маршруту допомоги дітям з тиковими розладами та його дотримання.
- При потребі та за погодженням з батьками фахівці одних установ долучаються до команди фахівців інших (наприклад, школи) у якості консультантів з метою допомоги в організації і координації послуг даній дитині та її родині.
- Запропонований нижче локальний маршрут допомоги дітям та підліткам з тиковими розладами та синдромом Туретта.

## Локальний маршрут допомоги



## Додаток 1. Діагностичні критерії за DSM-V

### **Розлад Туретта (синдром Туретта)**

- A. Множинні моторні тики або один чи більше вокальних тиків, які спостерігаються під час захворювання, але не обов'язково одночасно.
- B. Тики можуть збільшуватися і зменшуватися за частотою, але повинні тривати більше, ніж 1 рік від першого прояву.
- C. Перший прояв хвороби з'являється до 18 років.
- D. Розлад не зумовлений фізіологічним наслідком вживання речовин (наприклад, кокаїну) або іншими клінічними станами (наприклад, хворобою Гантігтона, поствірусним енцефалітом).

### **Тривалий (хронічний) моторний або вокальний тиковий розлад**

- A. Одинокі чи множинні моторні або вокальні тики виникають під час захворювання (хоча вокальні та моторні тики не присутні одночасно).
- B. Тики можуть виникати частіше чи рідше, але повинні тривати понад 1 рік від першого прояву.
- C. Перший прояв хвороби з'являється до 18 років.
- D. Розлад не зумовлений фізіологічним наслідком вживання речовин (наприклад, кокаїну) або іншими клінічними станами (наприклад, хворобою Гантігтона, поствірусним енцефалітом).
- E. Критерії не відповідають синдрому Туретта (розладу Туретта).

### **Транзиторний тиковий розлад**

- A. Одинокі чи множинні моторні і/або вокальні тики.
- B. Тривалість тиків менше 1 року від першого прояву.
- C. Перший прояв хвороби з'являється до 18 років.
- D. Розлад не зумовлений фізіологічним наслідком вживання речовин (наприклад, кокаїну) або іншими клінічними станами (наприклад, хворобою Гантігтона, поствірусним енцефалітом).
- E. Критерії не відповідають синдрому Туретта (розладу Туретта) чи тривалому (хронічному) моторному або вокальному тиковому розладу.

## Додаток 2. Повторювані рухи у дитинстві

	Опис	Типові розлади, для яких характерні рухи
<b>Тики</b>	Раптові швидкі, періодичні, неритмічні вокалізації або моторні рухи	Транзиторні тики, хронічні тики, синдром Туретта
<b>Дистонія</b>	Мимовільні, стійкі або періодичні скорочення м'язів, які є причиною скручувань, повторних рухів та незвичної постави, або те й інше	Синдром Вільсона, міоклонічна дистонія, екстрапірамідні симптоми внаслідок дії блокаторів дофамінових рецепторів
<b>Хорея</b>	Мимовільні, випадкові, швидкі посмикування, найчастіше проксимальних кінцівок, що перетікають від суглоба до суглоба. Рухи різкі, неповторювані, аритмічні з різною частотою та інтенсивністю	Хорея Сиденгама, хорея Гантінгтона
<b>Стереотипії</b>	Стереотипні, ритмічні, повторювані рухи або зразки комунікації, без змін з часом	Розлад спектру аутизму, стереотипні рухові розлади, інтелектуальні порушення
<b>Компульсії</b>	Повторювана, надмірна, безглузда діяльність або ментальна вправа, яку людина виконує, намагаючись уникнути хвилювань або тривоги	Обсесивно-компульсивний розлад, трихотиломанія та ін.
<b>Міоклонус</b>	Подібні до удару струмом, мимовільні м'язеві посмикування, які можуть охопити окрему ділянку тіла, одну сторону або все тіло	Синдром Леннокса-Гасто, юнацька міоклонічна епілепсія, мітохондріальні енцефалопатії, порушення обміну речовин
<b>Звички</b>	Дія або модель поведінки, яка часто повторюється	Онїхофагія
<b>Акатизія</b>	Неприємні відчуття «внутрішнього» неспокою, які часто спонукають до рухів у намаганні їх зменшити	Екстрапірамідні побічні дії блокаторів дофаміну, тривожність
<b>Модель поведінки</b>	Поведінка, яка є імпульсивною або наслідком нудьги, наприклад, зачіпання однолітків, видавання звуків (звуки тварин) та ін.	Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, опозиційно-викличний розлад поведінки

## Додаток 3. Медикаменти, дози, застосування та коментарі

Медикаменти	Початкова доза (мг)	Типовий діапазон доз(мг/д)	Примітки
Галоперідол	0,25-0,5	1-4	Екстрапірамідні побічні дії
Пімозид	0,5-1,0	2-8	Екстрапірамідні побічні дії, підвищення пролактину, подовження інтервалу QT( ЕКГ моніторинг)
Рісперидон	0,125-0,5	0,75-3,0	Метаболічні побічні дії, підвищення пролактину, сонливість, збільшення ваги
Зипразидон	5-10	10-40	Сонливість, ЕКГ моніторинг
Аріпіпразол	1,0-2,5	2,5-15,0	Сонливість, збільшення ваги
Тіаприд	50-100 (2мг/кг)	100-500	Сонливість
Клонідин	0,025-0,05	0,1-0,4	Седативний ефект, гіпотонія, брадикардія
Клонідин пролонгована форма	0,1	0,1-0,4	
Гуанфацин	0,5-1,0	1,0-4.0	Гіпотонія, брадикардія, сонливість
Гуанфацин пролонгована форма	1.0	1-4	

## Міжнародні клінічні протоколи використані при розробці даного протоколу

- “Practice guideline recommendations summary: Treatment of tics in people with Tourette syndrome and chronic tic disorders”, American Academy of Neurology, 2019
- “Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Tic Disorders”, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), 2013

# Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ПОСЛУГ  
ДІТЯМ ТА ПІДЛІТКАМ

2023



# Виявлення та обстеження

## Процес діагностики

- Первинне психіатричне обстеження дітей та підлітків повинно включати запитання про травматичний досвід та симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
- Навіть якщо травма не є причиною обстеження, слід з'ясувати, чи дитина не переживала або не була свідком однієї чи більше травматичних подій, наприклад:
  - серйозні нещасні випадки
  - жорстоке поводження
  - фізичне насильство
  - травми, пов'язані із серйозними проблемами зі здоров'ям (наприклад, госпіталізацією в реанімацію)
- Особливу увагу необхідно звернути на дітей та підлітків із незрозумілими фізичними симптомами, які регулярно звертаються за допомогою у медичні заклади.
- У випадку підтвердження, дитину чи підлітка слід обстежити на наявність симптомів ПТСР.
- При цьому не слід керуватись інформацією виключно від батьків чи опікунів. Необхідно окремо безпосередньо розпитати саму дитину чи підлітка про наявність симптомів ПТСР.
- Скринінгові питання повинні використовувати мову, що відповідає віку і розвитку дитини та базуватися на критеріях МКХ-10 та DSM-V.
- Необхідно зважати, що діти та підлітки з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) можуть мати низку симптомів, пов'язаних з функціональними порушеннями, включаючи:
  - повторне переживання
  - уникнення
  - перезбудження (включаючи підвищену настороженість, гнів та дратівливість)
  - негативні зміни настрою та мислення
  - емоційне оніміння

- дисоціацію
  - порушення емоційної регуляції
  - труднощі або проблеми у стосунках
  - негативне сприйняття себе (включаючи відчуття приниження, спустошеності чи нікчемності)
- Під час обстеження, крім наявності симптомів ПТСР, необхідно запитати дитину та батьків про тяжкість симптомів та функціональні порушення.

### **Використання діагностичних та рейтингових шкал**

- Як доповнення до клінічного інтерв'ю у дітей та підлітків, можна використовувати короткі валідизовані інструменти скринінгу.
- Зокрема, для скринінгу дітей віком від 8 років, що перебувають у групі ризику щодо посттравматичного стресового розладу, рекомендовано використовувати опитувальник The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES).

### **Диференційна діагностика**

- При психіатричному обстеженні слід враховувати диференціальну діагностику інших психічних розладів та фізичних станів, які можуть імітувати ПТСР.
- Зокрема, при диференційній діагностиці ПТСР, необхідно розглянути:
  - РДУГ
  - опозиційно-викличний розлад поведінки (ОВРП)
  - тривожні розлади
  - великий депресивний розлад
  - біполярний розлад
  - порушення сну

- Фізичні стани, які можуть проявлятися симптомами, подібними до ПТСР, включають:
  - гіпертиреоз
  - мігрень
  - астма
  - судомний синдром
  - деякі пухлини (катехоламіно- або серотоніно-секреторні)
- Деякі медикаменти мають побічні ефекти, що можуть імітувати симптоми ПТСР, зокрема:
  - протиастматичні
  - симпатоміметики
  - стероїдні
  - селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС)
  - антипсихотичні засоби (акатизія)

### **Діагностика супутніх розладів**

- Діти з ПТСР часто мають супутні психічні розлади, тому при обстеженні слід врахувати наступні розлади та проблеми:
  - депресивні розлади
  - тривожні розлади
  - РДУГ
  - зловживання алкоголем/наркотиками

# Модель допомоги дітям та підліткам з ПТСР

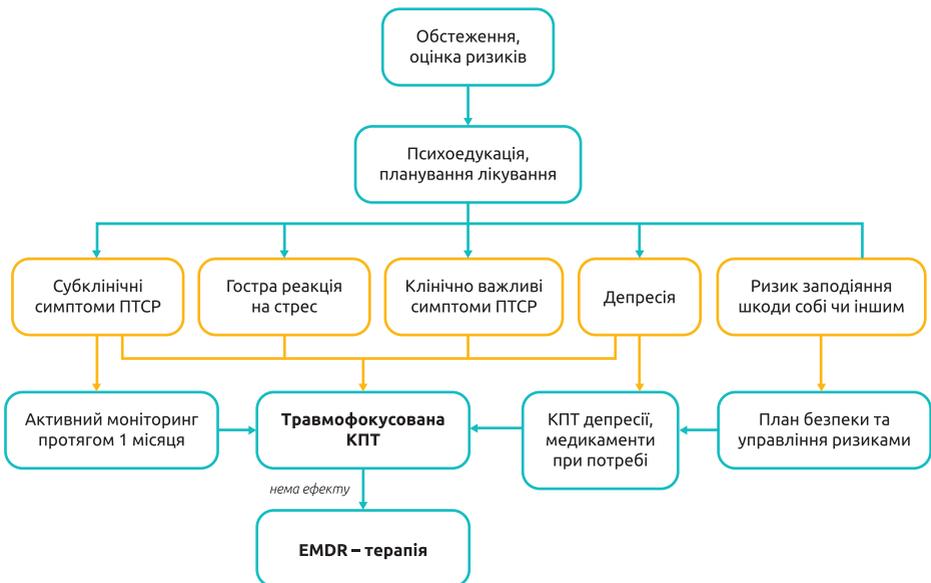
## Базові втручання

- Психоедукація батьків та дитини/підлітка, спільне планування допомоги
- Активний моніторинг протягом першого місяця
- Психологічні втручання: травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія, метод десенсибілізації та репроцесуалізації рухом очей (EMDR)

## Додаткові втручання

- Менеджмент ризиків та супутніх розладів чи проблем (наприклад, план управління ризиками, медикаментозна терапія депресії, розладів сну та ін.)
- Психологічний супровід та підтримка батьків/рідних
- Консультування/супровід в освітніх закладах, соціальному середовищі при потребі

## Графічний алгоритм лікування ПТСР у дітей та підлітків



## Психоедукація, підтримка та планування лікування

- Необхідно надавати інформацію та підтримку дітям та підліткам із ПТСР (та членам їхніх родин чи опікунам), що охоплює:
  - загальні реакції на травматичні події, включаючи симптоми ПТСР та їх перебіг
  - можливості обстеження, лікування та супроводу
  - заклади, де можна отримати допомогу.
- Надавати інформацію слід як в усному, так і в письмовому форматах.
- При обговоренні варіантів лікування з дітьми та підлітками з ПТСР (та членами їхніх родин чи опікунами) необхідно:
  - надавати інформацію про всі запропоновані втручання, включаючи:
    - мету, зміст, тривалість та способи
    - ймовірність покращення стану та відновлення
    - очікування під час втручання, а також те, що симптоми можуть тимчасово погіршуватися.
  - враховувати уподобання дитини чи підлітка, будь-яке попереднє лікування, функціональні порушення та супутні розлади
  - враховувати будь-які соціальні чи особисті фактори, які можуть відігравати роль у розвитку або підтримці розладу, такі як жорстоке поводження з дитинства та численні травматичні переживання.
- Слід мати на увазі, що діти та підлітки з ПТСР можуть відчувати тривогу, хвилювання чи сором. Вони можуть уникати лікування, вважати, що їхні проблеми не піддаються лікуванню, або мати труднощі у розвитку довіри.
- Для дітей та підлітків з ПТСР, обстеження яких виявляє значний ризик заподіяння шкоди собі чи іншим, необхідно скласти план безпеки та управління ризиками (залучаючи членів сім'ї та доглядальників) як частину початкового плану лікування.
- Слід пам'ятати про ризик тривалого впливу середовища, яке пов'язане з травмою. Необхідно уникати тригерів, які можуть погіршити симптоми або перешкодити залученню дитини чи підлітка до лікування (наприклад, проведення обстеження або лікування у шумних або закритих приміщеннях).

## Активний моніторинг

- Рекомендовано активне спостереження за дітьми та підлітками із субклінічними симптомами ПТСР упродовж першого місяця після травматичної події.
- Слід організувати наступну консультацію протягом першого місяця.

## Психологічні втручання для запобігання та лікування ПТСР у дітей та підлітків

### Запобігання ПТСР у дітей та підлітків

- Слід запропонувати активний моніторинг або індивідуальну травмо-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) протягом першого місяця після травматичної події для дітей та підлітків віком до 18 років з діагнозом гострий стресовий розлад або при наявності клінічно важливих симптомів ПТСР.
- Слід запропонувати групову травмо-фокусовану КПТ для дітей та підлітків віком від 7 до 17 років, якщо протягом останнього місяця відбулася подія, яка призвела до масштабної спільної травми.
- Групова КПТ, орієнтована на травму для дітей та підлітків, які піддалися масштабній спільній травмі протягом останнього місяця, повинна:
  - ґрунтуватися на валідизованому посібнику
  - зазвичай тривати 5-15 сеансів
  - проводитися підготовленими психотерапевтами під постійною супервізією
  - включати психоедукацію щодо реакцій на травму, стратегії управління збудженням та флешбеками, а також планування безпеки
  - включати опрацювання спогадів про травму
  - передбачати реструктуризацію значень, пов'язаних з травмою
  - допомагати у подоланні уникнення.

## Лікування дітей та підлітків

- Рекомендовано індивідуальну травмо-фокусовану КПТ для дітей віком від 5 до 6 років з діагнозом ПТСР або при наявності клінічно важливих симптомів ПТСР, які тривають більше 1 місяця після травматичної події.
- Рекомендовано індивідуальну травмо-фокусовану КПТ для дітей та підлітків віком від 7 до 17 років з діагнозом ПТСР або при наявності клінічно важливих симптомів ПТСР, які тривають від 1 до 3 місяців після травматичної події.
- Рекомендовано індивідуальну травмо-фокусовану КПТ дітям та підліткам у віці від 7 до 17 років з діагнозом ПТСР або при наявності клінічно важливих симптомів ПТСР, які виявилися через 3 місяці після травматичної події.
- Індивідуальна травмо-фокусована КПТ для дітей та підлітків повинна:
  - ґрунтуватися на валідизованому посібнику
  - зазвичай тривати протягом 6-12 сеансів, або більше, якщо це клінічно показано (наприклад, якщо діти/підлітки перенесли багаторазові травми)
  - проводитися підготовленими психотерапевтами під постійною супервізією
  - бути адаптованою до віку та розвитку дитини чи підлітка
  - залучати батьків або опікунів, якщо це доречно, включати психоедукацію щодо реакцій на травму, стратегії управління збудженням та флешбеками, а також планування безпеки
  - включати опрацювання спогадів про травму
  - включати опрацювання емоцій, пов'язаних з травмою, включаючи сором, провину, втрату та гнів
  - передбачати реструктуризацію значень, пов'язаних з травмою
  - надавати допомогу у подоланні уникнення
  - готувати дітей/підлітків до закінчення лікування
  - включати планування бустерних сесій, якщо це необхідно, особливо стосовно значимих дат (наприклад, річниці травми).
- Слід рекомендувати десенсибілізацію та репроцесуалізацію рухом очей (EMDR) для дітей та підлітків віком від 7 до 17 років з діагнозом ПТСР або при наявності клінічно важливих симптомів ПТСР, які тривають понад 3 місяця після травматичної події, лише в тому випадку, якщо вони не реагують на індивідуальну травмо-фокусовану КПТ.

## Фармакологічне втручання

- Не слід пропонувати медикаментозне лікування для профілактики або лікування ПТСР у дітей та підлітків віком до 18 років.

## Лікування супутніх розладів

- У дітей та підлітків із ПТСР та супутньою депресією:
  - зазвичай спочатку лікують ПТСР, оскільки депресія часто покращується при успішному лікуванні ПТСР
  - слід спочатку лікувати депресію, якщо депресія достатньо важкого ступеню і ускладнює лікування ПТСР, або існує ризик заподіяння шкоди собі чи іншим.

## Сприяння взаємодтримці родин

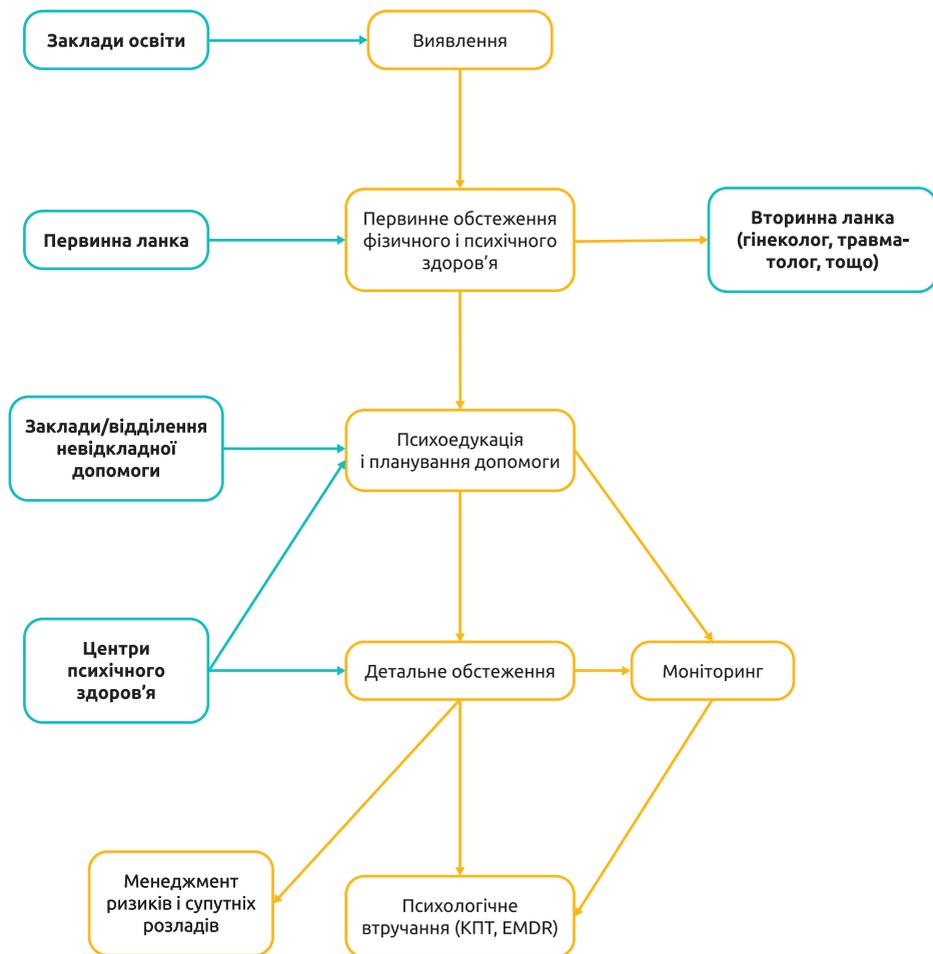
- Слід подбати про надання практичної та емоційної підтримки чи поради членам сім'ї та опікунам, наприклад, про скерування їх до медичних закладів чи соціальних служб.
- Необхідно врахувати вплив травматичної події на інших членів сім'ї, оскільки вони також можуть мати ПТСР. Слід взяти до уваги подальше обстеження, втручання та супровід для будь-якого члена сім'ї з імовірним ПТСР.
- Для членів однієї родини, які мають ПТСР після переживання однієї і тієї ж травматичної події, необхідно поміркувати, які аспекти лікування можуть бути корисними для всіх (наприклад, психоедукація) поряд із індивідуальними методами лікування.

## Мережева співпраця і зв'язок з локальними маршрутами допомоги

- Якщо на первинному рівні були виявлені клінічно важливі симптоми ПТСР у дитини чи підлітка, лікарям загальної практики рекомендовано взяти на себе відповідальність за обстеження та первинну координацію допомоги.
- Обстеження дітей та підлітків з ПТСР повинне бути комплексним, включаючи обстеження фізичних, психологічних, соціальних потреб та оцінку ризиків.

- Якщо організація допомоги розподіляється між первинною та вторинною ланками медичної допомоги, необхідно узгодити, хто відповідає за моніторинг дітей та підлітків з ПТСР.
- У випадку перескерування дитини чи підлітка з ПТСР на іншу послугу, слід:
  - інформувати дитину чи підлітка про послугу, на яку скеровується, включаючи обстановку та хто надаватиме допомогу
  - забезпечити ефективний обмін інформацією між усіма залученими службами
  - залучати дитину чи підлітка та членів сім'ї, опікунів до планування переходу
  - вирішувати будь-які турботи дитини чи підлітка, наприклад, щодо змін у своєму розпорядку дня або тривоги щодо знайомства з новими людьми.
- Якщо діти або підлітки, які пережили травматичну подію, перебувають на лікуванні у відділенні невідкладної допомоги, персоналу невідкладної допомоги необхідно пояснити батькам або опікунам нормальну реакцію на травму та можливість розвитку ПТСР.
- Слід коротко описати можливі симптоми (наприклад, нічні жахи, повторювані ігри, пов'язані з травмами, нав'язливі думки, уникання речей, пов'язаних з подією, посилення поведінкових труднощів, проблеми з концентрацією уваги, підвищена настороженість та труднощі зі сном) і запропонувати батькам чи опікунам зв'язатися зі своїм сімейним лікарем, педіатром або дитячим психіатром, якщо симптоми зберігаються понад 1 місяць.

## Локальний маршрут допомоги дітям та підліткам з ПТСР



# Додаток 1

## Посттравматичний стресовий розлад

### Діагностичні критерії

*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).
  5. Примітка: критерій А4 не поширюється на експозицію за допомогою електронних медіа, телебачення, фільмів та фотографій, крім випадків, які стосуються роботи.
- B.** Присутність одного (чи більше) з наведених нижче інтрузивних симптомів, пов'язаних з травматичною подією/подіями, які виникають після того, як подія відбулася:
- Періодичні, мимовільні, інтрузивні, болючі спогади про травматичну подію/події.

*Примітка: у дітей, які старші 6 років, може виникати повторювана гра, в якій відображається основна тема або аспекти травматичної ситуації/ситуацій.*

- 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.*

- Дисоціативні реакції (флешбеки), 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.*

- Інтенсивне чи тривале психологічне страждання через вплив внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспекти травматичної події/подій.
  - Виражені фізіологічні реакції на внутрішні чи зовнішні сигнали, що символізують або нагадують аспекти травматичної події/подій.
- C.** Постійне уникання пов'язаних з травматичною подією подразників, які з'являються після події. Про це свідчить зазначене в одному чи обох наступних пунктах:
- 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.
  - 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.
- D.** 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:
- Нездатність згадати важливий аспект травматичної події/подій (через дисоціативну амнезію, але не через травму голови, алкоголь чи медикаменти).
  - 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»).
  - Постійні спотворені думки про причини або наслідки травматичної події, які призводять до того, що особа звинувачує себе або інших.

- Постійний негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, почуття провини або сорому).
  - Помітне зменшення інтересу до важливих заходів або до участі у них.
  - Почуття відокремленості або відчуженості щодо інших.
  - Постійна нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення, любов).
- E.** Помітні зміни в активності та здатності реагувати, які з'являються або погіршуються після травматичної події/подій. Про це свідчать два (або більше) з наступних проявів:
- Дратівлива поведінка та спалахи гніву (з найменшим провокуванням чи без), які, зазвичай, проявляються як словесна або фізична агресія щодо людей чи об'єктів.
  - Ризикована або самошкодуюча поведінка.
  - Надмірна пильність.
  - Перебільшена реакція здригання.
  - Проблеми із зосередженістю.
  - Порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням, неміцний або неспокійний сон).
- F.** Тривалість розладу (критерії B, C, D, E) понад 1 місяць.
- G.** Розлад викликає значне страждання чи порушення функціонування у соціальній, професійній або інших сферах.
- H.** Порушення не зумовлене фізіологічним наслідком дії речовин (наприклад, ліків, алкоголю) чи іншим клінічним станом.

# Розлад харчової поведінки

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ПОСЛУГ  
ДІТЯМ ТА ПІДЛІТКАМ

2023

05

## Заходи, спрямовані на забезпечення вчасного виявлення та скерування за належною допомогою

- Необхідно проводити регулярну інформаційно-просвітницьку роботу для підвищення обізнаності про фактори ризику, ранні ознаки та доказові методи лікування розладів харчової поведінки (РХП) у громаді, середовищі батьків, підлітків, молодих людей, серед медичних фахівців, а також спеціалістів освітніх закладів, спортивних секцій тощо.
- Особливу увагу слід звернути:
  - громаді – на здорові харчові звички, вплив дієт, обмежень у харчуванні на здоров'я, фактори ризику та ранні ознаки розладів харчової поведінки, а також важливість вчасного звернення за допомогою.
  - батькам – на можливі причини виникнення розладів харчової поведінки, фактори ризику, негативні наслідки, методи запобігання, вчасне скерування на обстеження та лікування.
  - медичним фахівцям, особливо первинної ланки, – на ранні ознаки розладів харчової поведінки, діагностику, доказові методи лікування, моніторинг фізичних та психічних ризиків, вчасне скерування на стаціонарне лікування.
  - фахівцям освітніх закладів – на організацію превентивних програм, націлених на зменшення факторів ризику та скерування за потреби дітей і підлітків за допомогою.

## Діагностика та обстеження

### Загальні принципи

- Діти та підлітки з розладами харчової поведінки повинні пройти обстеження та розпочати лікування якомога раніше.
- Раннє втручання особливо важливе для тих дітей та підлітків, у яких є значне виснаження або існує ризик виснаження. Таким пацієнтам слід надавати пріоритет у лікуванні.

## Обстеження на первинній та вторинній ланках медичної допомоги

- Незважаючи на те, що розлади харчової поведінки можуть розвиватися у будь-якому віці, слід мати на увазі, що найвищий ризик є у дівчат та хлопців від 13 до 17 років.
- Не варто використовувати скринінгові інструменти (наприклад, SCOFF) як єдиний метод, щоб визначити, чи є у дітей та підлітків розлади харчової поведінки.
- При обстеженні дітей та підлітків на розлади харчової поведінки або при вирішенні питання щодо скерування на ретельніше обстеження необхідно врахувати:
  - надмірно низький або високий для свого віку індекс маси тіла (ІМТ) або вагу тіла;
  - швидку втрату ваги;
  - дотримання дієти або обмежувальні харчові звички (наприклад, дотримання дієти при недостатній вазі), які турбують самих пацієнтів, членів їхніх сімей, опікунів чи фахівців;
  - повідомлення членів сім'ї або опікунів про зміну харчової поведінки;
  - соціальне дистанціювання, особливо у ситуаціях, що стосуються прийому їжі;
  - інші проблеми психічного здоров'я;
  - невідповідну стурбованість своєю вагою або формою (наприклад, стурбованість збільшенням ваги як побічним ефектом контрацептивних препаратів);
  - проблеми, пов'язані з хронічними захворюваннями, які впливають на харчування, наприклад, діабет або целіакія;
  - менструальні або інші ендокринні порушення;
  - шлунково-кишкові симптоми нез'ясованої етіології;
  - фізичні ознаки:
    - недоїдання, включаючи недостатній кровообіг, запаморочення, пришвидшене серцебиття, непритомність або блідість;
    - компенсаторної поведінки, включаючи зловживання проносними медикаментами або препаратами для схуднення, блювоту або надмірні фізичні навантаження;

- біль у животі, викликаний блювотою або обмеженнями в дієті та який не може бути повністю пояснений медичним станом;
  - електролітний дисбаланс або гіпоглікемія нез'ясованої етіології;
  - нетипове стирання зубів (наприклад, ерозія);
  - діяльність, пов'язану з високим ризиком розвитку розладів харчової поведінки (наприклад, професійний спорт, заняття моделінгом, танцями тощо).
- Необхідно мати на увазі, що діти та підлітки з розладом харчової поведінки можуть також мати зниження темпу росту (наприклад, низькі для їхнього віку вагу або зріст) або затримку статевого дозрівання.
  - Не слід брати за основу окремі показники, такі як ІМТ або тривалість розладу харчової поведінки, щоб оцінити, чи скерувувати на лікування.
  - Фахівці первинної та вторинної ланки чи невідкладної медичної допомоги повинні оцінювати у дітей та підлітків із ймовірним розладом харчової поведінки наступне:
    - показники фізичного здоров'я, включаючи будь-які фізичні наслідки недостатнього харчування або компенсаторної поведінки, такої як блювота;
    - наявність проблем психічного здоров'я, які часто пов'язані з розладами харчової поведінки, включаючи депресію, тривожні розлади, самопошкоджуючу поведінку;
    - ймовірність зловживання алкоголем або наркотиками;
    - необхідність невідкладної допомоги дітям та підліткам із порушеним фізичним здоров'ям або з ризиком суїциду.
  - Якщо після первинного обстеження є підозра на розлад харчової поведінки, слід негайно скерувати до відповідної установи, що надає послуги дітям та підліткам із розладами харчової поведінки для подальшого обстеження і лікування.

## Діагностика супутніх розладів

- Обстеження розладів харчової поведінки повинно включати ретельне обстеження супутніх психічних розладів.
- При анорексії необхідно врахувати такі ймовірні супутні розлади, як:
  - депресія,
  - генералізований тривожний розлад,
  - obsесивно-компульсивний розлад,
  - соціальна фобія,
  - сепараційний розлад,
  - зловживання наркотичними речовинами.
- При булімії слід врахувати наступні коморбідні розлади та проблеми:
  - афективні розлади,
  - тривожні розлади,
  - зловживання алкоголем/наркотичними речовинами,
  - розлади особистості,
  - суїцидальні думки, наміри та спроби (у підлітків).
- При розладі харчової поведінки з приступами переїдання слід взяти до уваги:
  - депресивні розлади,
  - тривожні розлади,
  - ПТСР,
  - порушення імпульс-контролю,
  - зловживання алкоголем/наркотичними речовинами,
  - розлади особистості.

## Диференційна діагностика

- Необхідно врахувати, що існує багато можливих причин схуднення, втрати апетиту та відмови від їжі. Будь-який медичний або психіатричний розлад, який призводить до змін апетиту, втрати ваги або зміни споживання їжі, ймовірно, збільшує ризик розвитку розладів харчування.
- При диференційній діагностиці нервової анорексії слід розглянути розлади, що можуть призвести до зниження ваги, апетиту та відмови від їжі, а саме:
  - хронічні інфекції,
  - захворювання щитовидної залози,
  - хвороба Аддісона,
  - розлади сполучної тканини,
  - цистифіброз,
  - виразкова хвороба,
  - захворювання стравоходу та кишківника,
  - целиакія,
  - діарея,
  - цукровий діабет,
  - злоякісні захворювання.
- Розлади, що потребують розгляду при диференційній діагностиці нервової булімії:
  - нервова анорексія (тип переїдання/очищення),
  - розлад харчової поведінки з приступами переїдання,
  - розлад очищення,
  - великий депресивний розлад,
  - пухлини ЦНС,
  - Синдром Клейна-Левіна,
  - Синдром Клювера-Басі.
- Розлади, що потребують розгляду при диференційній діагностиці розладу харчової поведінки з приступами переїдання:
  - нервова анорексія,
  - нервова булімія,
  - синдром нічного прийому їжі,
  - розлад харчування, пов'язаний із нічним сном.

## Обстеження фізичного здоров'я та моніторинг усіх розладів харчової поведінки

- Необхідно обстежити водно-електролітний баланс у дітей та підлітків із розладами харчової поведінки, які мають компенсаторну поведінку, таку як блювота, прийом проносних чи сечогінних медикаментів або посилений питний режим.
- Початкове лабораторне тестування зазвичай включає повний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, зокрема на електроліти (натрій, калій, кальцій і магній), азот сечовини в крові, креатинін, глюкозу та показники функції печінки, включаючи аспартат-амінотрансферазу (АСТ) та аланін-амінотрансферазу (АЛТ). Ці тести також можуть бути використані для контролю за лікуванням.
- Подальше обстеження крові повинно включати визначення показників кальцію, магнію, фосфору, загального білка, альбуміну, швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) та амілазу (оскільки деякі дослідження вказують на те, що підвищення рівня амілази свідчить про те, що пацієнт блює).
- Необхідно здійснювати моніторинг електрокардіограми (ЕКГ) у дітей та підлітків із розладом харчової поведінки, виходячи з таких факторів ризику:
  - швидке схуднення,
  - надмірні фізичні навантаження,
  - серйозні способи очищення, такі як прийом проносних і сечогінних медикаментів або блювота,
  - брадикардія,
  - гіпотонія,
  - вживання надмірної кількості кофеїну (у тому числі з енергетичних напоїв),
  - прийом призначених або не призначених медикаментів,
  - м'язова слабкість,
  - електролітний дисбаланс,
  - попередній аномальний серцевий ритм.

## **Обстеження та моніторинг фізичного здоров'я при нервовій анорексії**

- Лікарі загальної практики повинні здійснювати обстеження фізичного та психічного здоров'я принаймні щороку дітям та підліткам із нервовою анорексією, які не отримують постійного лікування.
- Огляд повинен включати:
  - визначення ваги або ІМТ (з урахуванням віку),
  - визначення артеріального тиску,
  - відповідні аналізи крові,
  - визначення будь-яких проблем щоденного функціонування,
  - оцінку ризиків (фізичного і психічного здоров'я),
  - ЕКГ для дітей та підлітків із очищувальною поведінкою або значними змінами ваги,
  - обговорення варіантів лікування.
- Необхідно контролювати ріст та розвиток у дітей і підлітків із нервовою анорексією, які не досягли статевого дозрівання (наприклад, не досягли менархе або кінцевого зросту).

## **Модель допомоги дітям та підліткам з розладами харчової поведінки**

### **Загальний огляд моделі допомоги**

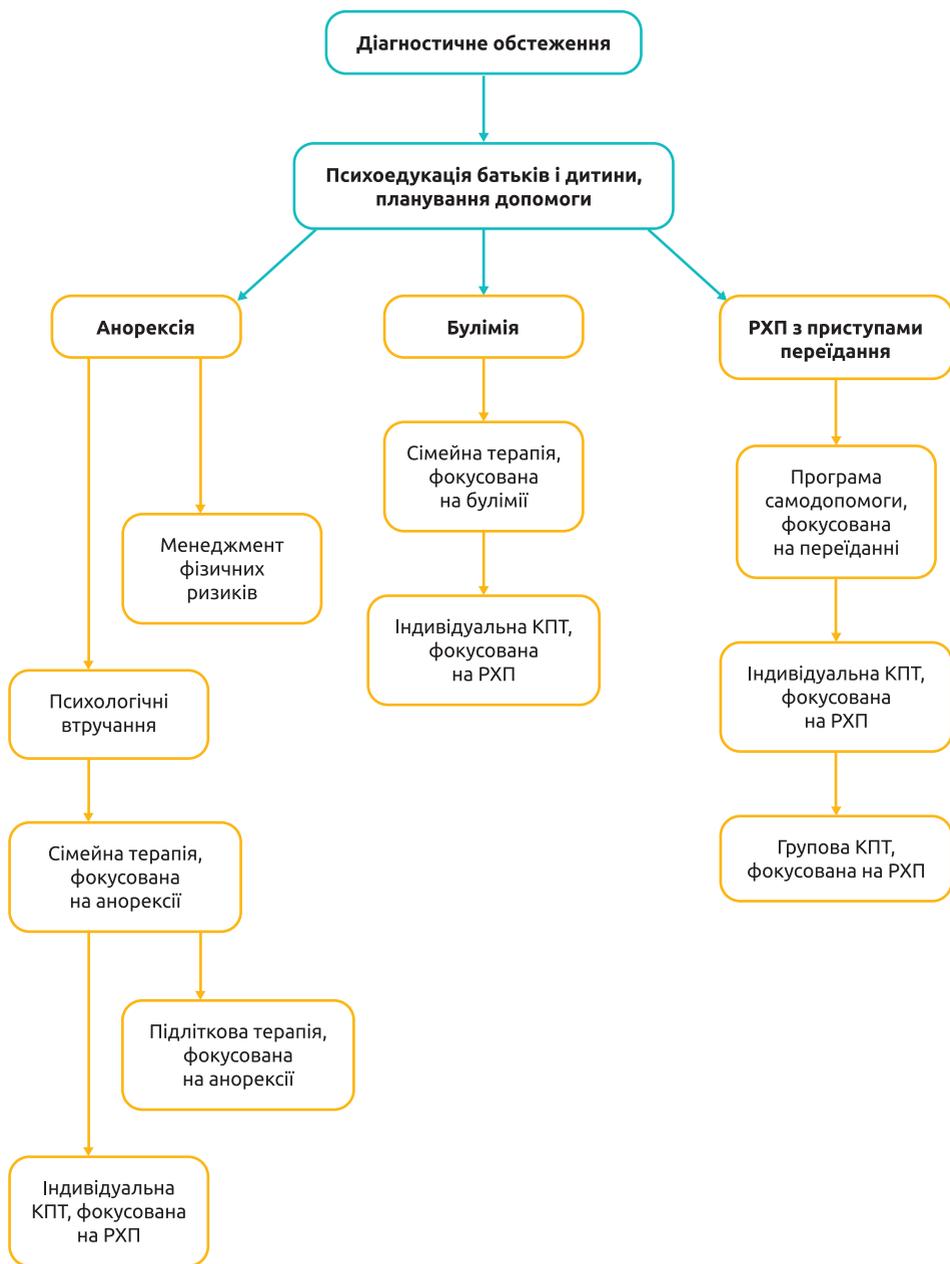
#### **Базові втручання**

- Психоедукація батьків та дитини/підлітка, спільне планування допомоги.
- Психологічні втручання (індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія, сімейна терапія, психотерапія для підлітків).
- Менеджмент фізичних симптомів (моніторинг ваги та фізичних ризиків).

#### **Додаткові втручання**

- Фармакотерапія супутніх розладів.
- Психологічний супровід батьків/опікунів, сімейна психотерапія.

# Графічний алгоритм послуг для дітей та підлітків з розладами харчової поведінки



# Психоедукація та спільне планування допомоги

- При обстеженні дітей чи підлітків із потенційним розладом харчової поведінки, слід з'ясувати, що відомо їм та їхнім батькам/опікунам про розлади харчової поведінки і спростувати будь-які помилкові уявлення.
- Необхідно надати дітям та підліткам із розладом харчової поведінки та членам їхніх родин/опікунам інформацію щодо:
  - природи та ризиків розладів харчової поведінки і впливу на здоров'я;
  - доступних методів лікування та їхні можливі переваги й обмеження.
- Під час спілкування з дітьми та підлітками, що страждають на розлади харчової поведінки, та членами їхньої сім'ї необхідно:
  - проявляти делікатність, обговорюючи вагу та зовнішній вигляд;
  - пам'ятати, що члени сім'ї або опікуни можуть почуватися винними та відповідальними за розлад харчової поведінки;
  - проявляти співпереживання, співчуття та повагу;
  - надавати інформацію у відповідному для дітей і підлітків форматі та перевіряти її розуміння.
- Слід переконатися, що діти та підлітки з розладом харчової поведінки та їхні батьки або опікуни (за необхідності) розуміють мету зустрічей та причини обміну інформацією про лікування з іншими фахівцями.

## Нервова анорексія

### Загальні принципи

- Слід надавати підтримку та допомогу всім дітям та підліткам із нервовою анорексією, які звернулися у спеціалізовані служби, незалежно від того, чи отримують вони відповідні втручання для лікування розладів харчової поведінки.
- Підтримка повинна:
  - включати психоедукацію про розлад;
  - включати моніторинг ваги, психічного і фізичного здоров'я та будь-яких інших факторів ризику;
  - бути мультидисциплінарною та скоординованою між службами;
  - залучати членів сім'ї або опікунів (за потреби).

- Під час лікування нервової анорексії необхідно пам'ятати, що:
  - основною метою є допомога у досягненні здорової ваги тіла або індексу маси тіла (ІМТ) відповідно до віку;
  - збільшення ваги є ключовим фактором для підтримки інших психологічних і фізичних змін та якості життя, необхідних для покращення стану чи відновлення.

## Психологічні втручання

- Рекомендовано **сімейну терапію, сфокусовану на анорексії (СТ-А)** для дітей та підлітків.
- Слід запропонувати дітям та підліткам кілька сімейних сеансів:
  - окремо від членів їхніх сімей/опікунів та
  - разом із членами їхніх сімей/опікунів.
- **СТ-А** для дітей та підлітків з нервовою анорексією повинна:
  - складатися, як правило, з 18–20 сеансів протягом 1 року;
  - включати перегляд потреб дитини чи підлітка через 4 тижні від початку лікування, а потім кожні 3 місяці, щоб встановити регулярність сеансів і тривалість лікування;
  - підкреслювати роль сім'ї у процесі одужання;
  - не звинувачувати особу чи членів сім'ї;
  - включати психоосвіту про харчування та наслідки недоїдання.
- Якщо **СТ-А** є неприйнятною або неефективною для дітей або молодих людей із нервовою анорексією, слід запропонувати індивідуальну **когнітивно-поведінкову терапію, сфокусовану на розлад харчової поведінки (КПТ-РХП) або психотерапію для підлітків, сфокусовану на анорексії (ПП-А)**.
- **Індивідуальна КПТ-РХП** для дітей та підлітків з нервовою анорексією повинна:
  - складатися, як правило, до 40 сеансів протягом 40 тижнів;
  - мати сеанси двічі на тиждень у перші 2 або 3 тижні;
  - якщо потрібно, 8–12 додаткових коротких сімейних занять із дитиною або молодістю особою та її батьками чи опікунами;
  - включати психоосвіту про харчування та наслідки недоїдання.

- **ПП-А** для дітей та підлітків повинна:
  - зазвичай складати 32–40 індивідуальних сеансів протягом 12–18 місяців;
  - мати більш регулярні заняття спочатку, щоб допомогти дитині/підлітку вибудувати відносини з терапевтом та мотивувати зміни свою поведінку;
  - мати 8–12 додаткових сімейних занять із дитиною/підлітком та її батьками чи опікунами (за необхідності);
  - включати перегляд потреб дитини/підлітка через 4 тижні після початку лікування, а потім кожні 3 місяці, щоб встановити регулярність сеансів і тривалість лікування.

### **Фармакологічні втручання**

- Не слід використовувати медикаментозну терапію як єдине або основне лікування нервової анорексії.
- Необхідно пам'ятати про ризик прийому препаратів, які подовжують інтервал QTc на ЕКГ, наприклад, нейролептики, трициклічні антидепресанти, макроліди та деякі антигістамінні препарати.
- Слід уникати призначень препаратів із побічними діями, які можуть призвести до порушення функціонування серцево-судинної системи у пацієнтів із нервовою анорексією та ризиком серцевих ускладнень.
- Якщо призначення ліків, що можуть призвести до порушення функціонування серцево-судинної системи, є необхідним, слід здійснювати моніторинг ЕКГ.

### **Дієтичні рекомендації для дітей та підлітків із нервовою анорексією**

- Слід рекомендувати консультації дієтолога лише як частину мультидисциплінарного підходу.
- Необхідно залучати членів сім'ї або опікунів до будь-якого інформування про раціон і планування харчування дітей та підлітків з нервовою анорексією, які проходять терапію самостійно.

## Діти та підлітки з нервовою анорексією, які не отримують лікування

- Дітей і підлітків з анорексією, які не отримують лікування (наприклад, тому що воно не допомогло або тому що вони відмовилися від нього) і не мають серйозних або складних проблем слід:
  - скерувати до первинної ланки медичної допомоги;
  - інформувати про можливість скерування сімейним лікарем на лікування у будь-який час.
- Дітям та підліткам з анорексією, які відмовилися або не лікувалися та мають серйозні або складні проблеми, спеціалізовані служби розладів харчової поведінки повинні надавати допомогу, відповідно до рекомендацій про надання допомоги в розділі про лікування нервової анорексії.

## Нервова булімія

### Психологічні втручання

- Слід запропонувати сімейну терапію, сфокусовану на булімії (СТ-Б) для дітей та підлітків.
- Сімейна терапія, сфокусована на булімії повинна:
  - тривати від 18 до 20 сесій протягом 6 місяців;
  - встановлювати хороші терапевтичні стосунки з особою та членами її сім'ї;
  - підтримувати та заохочувати сім'ю допомогти дитині/підлітку у відновленні;
  - не звинувачувати особу та членів її сім'ї;
  - містити інформацію про:
    - регулювання ваги тіла,
    - негативні наслідки спроб контролювати вагу через провокування блювоти, вживання проносних чи іншу компенсаторну поведінку;
  - сприяти співпраці батьків та підлітка для встановлення регулярного режиму харчування і мінімізації компенсаторної поведінки.

- Якщо сімейна терапія, сфокусована на булімії, є неприйнятною або неефективною, слід розглянути **індивідуальну когнітивно-поведінкову терапію, орієнтовану на розлад харчової поведінки (КПТ-РХП)** для дітей та підлітків із нервовою булімією.
- **Індивідуальна КПТ-РХП** для дітей та підлітків з нервовою булімією повинна:
  - зазвичай складатися з 18 сеансів протягом 6 місяців, при цьому частіше проводити сеанси на початку лікування;
  - включати до 4 додаткових сеансів із батьками чи опікунами;
  - надавати інформацію про порушення харчової поведінки на заняттях із батьками та опікунами;
  - визначати сімейні фактори, які заважають особі змінити свою поведінку, та обговорювати, як сім'я може підтримати одужання дитини/підлітка з булімією.

### Фармакологічні втручання

- Не слід пропонувати медикаменти як єдине лікування розладу харчової поведінки з переїданням.

## Розлад харчової поведінки з переїданням

### Психологічні втручання

- Рекомендовано керовану програму самопомоги, сфокусовану на розлад харчової поведінки з переїданням.
- Керована програма самопомоги, сфокусована на розлад харчової поведінки з переїданням, повинна:
  - використовувати когнітивно-поведінкові матеріали самопомоги;
  - зосереджувати увагу на дотриманні програми самопомоги;
  - доповнювати програму самопомоги короткими сесіями підтримки (наприклад, 4-9 сеансів тривалістю 20 хвилин кожен протягом 16 тижнів, спочатку щотижня);
  - зосереджуватися виключно на допомозі особі слідувати програмі.

- Якщо керована самопомога неприйнятна або неефективна через 4 тижні, слід запропонувати групову когнітивно-поведінкову терапію, сфокусовану на розлад харчової поведінки (КПТ-РХП).
- Програми групової когнітивно-поведінкової терапії, сфокусованої на розлад харчової поведінки для осіб, які страждають від розладу харчової поведінки з переїданням, повинні:
  - зазвичай складатися з 16 тижневих 90-хвилинних групових занять протягом 4 місяців;
  - зосереджуватися на психоедукації, самоконтролі харчової поведінки та допомагати особі проаналізувати свої проблеми і цілі;
  - включати складання щоденного плану прийому їжі та визначати переїдання;
  - допомагати особі виявляти та змінювати негативні переконання про своє тіло;
  - допомагати уникати рецидивів та впоратися з поточними і майбутніми ризиками та тригерами.
- Якщо групова КПТ-РХП неприйнятна або особа відмовляється від неї, рекомендовано індивідуальну КПТ-РХП для осіб із розладом харчової поведінки з переїданням.
- Індивідуальна КПТ-РХП для осіб із розладом харчової поведінки з переїданням повинна:
  - зазвичай складатися з 16–20 сеансів;
  - розробити формулювання для визначення, які фактори сприяють переїданню;
  - включати щотижневий моніторинг поведінки при переїданні, дієтичного харчування та ваги;
  - пояснювати особі, що хоча КПТ-РХП не спрямована на схуднення та припинення приступів переїдань, може мати такий ефект у довгостроковій перспективі;
  - рекомендувати особі не намагатися схуднути (наприклад, дотримуючись дієти) під час лікування, оскільки це може спровокувати переїдання.

## **Фармакологічні втручання**

- Не слід пропонувати медикаменти як єдине лікування розладу харчової поведінки з переїданням.

## Ризики, пов'язані з фармакологічним втручанням

- Призначаючи медикаменти особам з РХП та коморбідними психічними чи фізичними станами здоров'я, слід враховувати вплив недоїдання та компенсаторної поведінки на ефективність ліків і ризик побічних ефектів.
- При призначенні медикаментів особам з РХП необхідно враховувати ризики прийому ліків, які можуть впливати на фізичне здоров'я через наявні медичні ускладнення.
- Рекомендовано моніторинг ЕКГ особам з РХП, які приймають медикаменти, що можуть погіршити роботу серця (включно з медикаментами, які можуть викликати електролітний дисбаланс, брадикардію нижче 40 ударів на хвилину, гіпокаліємію або подовжений інтервал QT).

## Інші специфічні розлади харчової поведінки

- Для дітей та підлітків з іншими специфічними розладами харчової поведінки слід рекомендувати можливість використання методів лікування харчового розладу, який має найбільшу подібність.

## Вегення фізичних симптомів

- Слід забезпечити невідкладну медичну допомогу (включаючи невідкладну госпіталізацію) дітям та підліткам із розладами харчової поведінки, які мають виражений електролітний дисбаланс, важке недоїдання, значне зневоднення або ознаки ранньої поліорганної недостатності.
- Дітей і підлітків із розладами харчової поведінки та тривалим електролітним дисбалансом нез'ясованої етіології слід обстежити для з'ясування, чи не спричинено це іншим захворюванням.
- Слід заохочувати дітей та підлітків із розладами харчової поведінки, які блюють:
  - проходити регулярні стоматологічні та медичні огляди;
  - уникати чищення зубів відразу після блювоти;
  - полоскати рот не кислою рідиною після блювоти;
  - уникати надмірно кислої їжі та напоїв.
- Дітям та підліткам із розладами харчової поведінки, які зловживають проносними або діуретиками:
  - необхідно рекомендувати поступово зменшувати і припиняти прийом проносних або діуретиків;
  - повідомляти, що проносні та діуретики не зменшують засвоєння калорій і тому не допомагають при схудненні.

## Лікування в стаціонарних умовах

- Дітей та підлітків із розладами харчової поведінки, чиє фізичне здоров'я серйозно погіршилося, необхідно госпіталізувати в заклади медичної стаціонарної допомоги для соматичної стабілізації та відновного годування, якщо це неможливо зробити в амбулаторних умовах.
- Не слід використовувати абсолютну вагу або поріг ІМТ при прийнятті рішення про госпіталізацію в стаціонар дітей та підлітків із розладами харчової поведінки.
- При прийнятті рішення щодо доцільності стаціонарного лікування слід враховувати наступне:
  - ІМТ або вагу дитини/підлітка або швидкість втрати ваги (наприклад, більше 1 кг на тиждень);
  - активний моніторинг показників фізичного здоров'я, зокрема аналіз крові, фізичні спостереження та ЕКГ (наприклад, брадикардія нижче 40 ударів на хвилину або подовжений інтервал QT);
  - суттєве зниження показників фізичного здоров'я.
- Для дітей та підлітків із розладами харчової поведінки та значним ризиком суїциду необхідно розглянути питання надання кризової психіатричної допомоги чи психіатричної стаціонарної допомоги.
- При наданні допомоги дітям і підліткам у стаціонарних умовах лікар-консультант дитячий психіатр повинен:
  - підтримувати зв'язок із лікарями стаціонарного відділення для консультацій щодо догляду та лікування як під час поступлення, так і під час планування виписки;
  - залучати членів сім'ї або опікунів;
  - розглядати можливість призначення або продовження психологічного лікування розладу харчової поведінки.

## Мережева співпраця та зв'язок із локальними маршрутами допомоги

- Мережева співпраця між фахівцями первинної, вторинної медичної ланки і фахівцями у сфері психічного здоров'я націлена на надання своєчасного, ефективного, науково-обґрунтованого лікування, що відповідає потребам дітей та підлітків із розладами харчової поведінки.
- Особливо слід подбати про злагоджену координацію між надавачами послуг, коли:
  - задіяно більше однієї служби (наприклад, стаціонарні та амбулаторні послуги, дитячі та сімейні послуги або коли лікування супутного розладу здійснюється окремою службою);
  - підлітки потребують догляду в різних місцях у різний час року (наприклад, студенти університетів);
  - підліток переходить від послуг для дітей до дорослих.

# Локальний маршрут допомоги дітям та підліткам з розладами харчової поведінки



# Додаток 1. Діагностичні критерії за DSM-V

## Розлади харчової поведінки

### Нервова анорексія

- 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 є меншою за мінімально очікувану у дітей та підлітків.
- B. Сильний страх набрати вагу чи стати товстим або постійна поведінка, яка перешкоджає збільшенню ваги навіть при істотно малій масі тіла.
- C. Порушення у сприйнятті власної ваги або форми тіла, надмірний вплив маси чи форми тіла на самооцінку або постійне невизнання серйозності факту, що теперішня маса тіла є низькою.

### Нервова булімія

- A. Періодичні епізоди переїдання. Епізод переїдання характеризується двома наступними проявами:
  - Споживання протягом певного проміжку часу (наприклад, 2 годин) кількості їжі, яка безперечно перевищує ту, що її більшість людей споживали б за аналогічний час за тих же обставин.
  - 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 — навмисна блювота, зловживання проносними, сечогінними чи іншими препаратами, утримання від прийому їжі або надмірні фізичні навантаження.
- C. Переїдання та застосування невідповідної компенсаторної поведінки відбувається у 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**

- A. Періодичні епізоди переїдання. Епізод переїдання характеризується двома наступними проявами:
- Споживання протягом певного проміжку часу (наприклад, 2 годин) кількості їжі, яка безперечно перевищує ту, що її більшість людей споживали б за аналогічний час за тих же обставин.
  - 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 проявами:
- Споживання їжі є швидшим, ніж зазвичай.
  - Споживання їжі аж до відчуття некомфортного переповнення.
  - Споживання великої кількості їжі тоді, коли фізично немає відчуття голоду.
  - Харчування на самоті, тому що є збентеження через кількість спожитої їжі.
  - 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**

- A. Атипова нервова анорексія. Усі критерії відповідають нервовій анорексії, за винятком того, що, попри значну втрату, вага коливається у 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 у середньому менше 1 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 у середньому менше, ніж 1 раз на тиждень і/або протягом періоду, меншого за 3 місяці.

## Міжнародні клінічні протоколи використані при розробці даного протоколу

- «Eating disorders: recognition and treatment» (NICE guideline, 2017)
- «Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders», AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2015)

# Тривожні розлади

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ПОСЛУГ  
ДІТЯМ ТА ПІДЛІТКАМ

2023



# Виявлення та обстеження

## Загальні принципи

- Тривожні розлади є одними з найпоширеніших психічних розладів у дітей та підлітків.
- Середній вік появи тривожних розладів становить приблизно 11 років, проте кожен тривожний розлад часто (але не завжди) виникає на певній фазі розвитку:
  - тривога розлуки в дошкільному/молодшому шкільному віці;
  - специфічні фобії у шкільному віці;
  - соціальна фобія у пізньому шкільному віці та ранньому підлітковому віці;
  - генералізований тривожний розлад, панічний розлад та агорафобія у пізньому підлітковому/молодому віці.
- Тривожні розлади слід відрізнити від повсякденних тривог і страхів, які є загальними для людського досвіду та нормальними (навіть коли перебільшені) на певних стадіях розвитку.
- Батьківські/виховні фактори, стресовий/травматичний вплив та ненадійна прив'язаність також можуть відігравати важливу етіологічну роль.
- Незважаючи на те, що початок може бути гострим, перебіг тривоги має тенденцію бути хронічним, часто з періодичним покращенням і погіршенням.

## Діагностика

### Процес діагностики

- Дитячий психіатр повинен мати необхідну підготовку та досвід для проведення діагностичного обстеження дитини або підлітка відповідно до Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів 5-го перегляду (DSM-5).
- Діагноз тривожних розладів може бути встановлений виключно за умови відповідності діагностичним критеріям DSM-5.
- При обстеженні тривожних розладів необхідно оцінити початок, характер, тривалість і вираженість симптомів та пов'язані з ними функціональні порушення.

- Слід також врахувати фактори, які можуть впливати на розвиток, перебіг та важкість розладу, зокрема:
  - наявність будь-якого іншого психічного розладу;
  - наявність хронічної проблеми фізичного здоров'я;
  - будь-який минулий досвід лікування та реакція на нього;
  - якість міжособистісних стосунків;
  - умови життя та соціальна ізоляція;
  - сімейний анамнез психічних розладів;
  - історія домашнього чи сексуального насильства.
- Діагностичне інтерв'ю щодо тривоги включає батьків/опікунів і пацієнта окремо, разом або обох залежно від рівня розвитку та клінічних показань.
- При проведенні діагностичного інтерв'ю з дитиною чи підлітком необхідно враховувати рівень розвитку та використовувати кілька методів обстеження відповідно до віку (наприклад, прямі та непрямі опитування, інтерактивні та проєктивні методи, шкали оцінки симптомів, тести поведінкового підходу).
- При обстеженні сім'ї слід звернути увагу на виявлення стилів виховання та поведінки батьків, які можуть потенційно викликати чи підкріплювати тривогу.
- Дані з додаткових джерел (записи, інтерв'ю, рейтингові шкали), у тому числі (за згодою пацієнта батьків/опікунів) інших членів сім'ї, вчителів, лікарів первинної ланки медичної допомоги та психологів та/або працівників дитячих установ, можуть бути доповненням до діагностичної інформації.
- Для врахування додаткових джерел інформації діагностичне обстеження дитини чи підлітка може включати більше однієї консультації.

## **Особливості обстеження соціальної фобії**

- При обстеженні соціальної фобії слід детально описати поточну соціальну тривогу дитини чи підлітка та пов'язані з нею проблеми і обставини, включаючи:
  - соціальні ситуації, яких дитина чи підліток боїться і уникає;
  - страх того, що дитина чи підліток очікує може трапитися у соціальних ситуаціях (наприклад, що матиме тривожний вигляд, червонітиме, пітнітиме, тремтітиме або здасться нудним/нудною);
  - симптоми тривоги;
  - уявлення про себе;

- зміст власного образу;
  - захисну поведінку;
  - фокус уваги в соціальних ситуаціях;
  - шкільні обставини;
  - сімейні обставини та підтримку;
  - стосунки з однолітками;
  - вживання алкоголю, наркотиків.
- Для допомоги у встановленні соціальної фобії рекомендовано скористатися наступним:
    - Іноді люди дуже переживають, коли їм доводиться щось робити поруч з іншими людьми, особливо тими, кого вони не знають. Вони можуть хвилюватися робити щось перед іншими людьми, які дивляться на них. Вони можуть тривожитися, що зроблять щось нерозумно або інші люди сміятимуться з них. Вони можуть уникати цього або, якщо їм доведеться це зробити, дуже засмутуються чи роздратуються.
    - Чи боїшся ти/боїться ваша дитина робити щось поруч з іншими людьми, зокрема, розмовляти, їсти, ходити на вечірки чи заняття у школі або з друзями?
    - Чи важко тобі/вашій дитині робити щось, коли інші люди дивляться, наприклад, займатися спортом, грати у виставах чи виступати на концертах, ставити або відповідати на запитання, читати вголос чи відповідати перед класом?
    - Чи ти коли-небудь відчував/ла, що не можеш чогось робити або намагаєшся уникати? Чи ви коли-небудь відчували, що ваша дитина не може чогось робити або намагається уникати?

## **Особливості обстеження обсесивно-компульсивного розладу**

- При обстеженні обсесивно-компульсивного розладу рекомендовано ставити прямі запитання щодо можливих симптомів, як наведено нижче:
  - Чи ти часто миєшся або прибираєш?
  - Чи ти часто перевіряєш речі?
  - Чи існує якась думка, яка постійно турбує тебе, якої ти хотів/ла би позбутися, але не можеш?
  - Чи твої щоденні заняття займають багато часу для завершення?
  - Чи ти переймаєшся тим, щоб складати речі в особливому порядку, або чи дуже засмучує тебе безлад?
  - Чи ці проблеми тебе турбують?

## Використання рейтингових шкал

- Для підвищення діагностичної точності як частини обстеження можна використовувати структуровані інтерв'ю. Зокрема, структуроване інтерв'ю **K-SADS PL (Present and Lifetime) DSM-5**, яке включає розділи, що оцінюють паніку, агорафобію, тривогу розлуки, соціальну тривожність, селективний мутизм, специфічні фобії та генералізований тривожний розлад.
- Для підтвердження діагнозу тривоги, оцінки характеру та вираженості конкретних симптомів, а також для оцінки важкості симптомів перед лікуванням і відстеження ефективності лікування можуть бути корисними наступні стандартизовані шкали:
  - опитувальник дитячих емоційних розладів, пов'язаних із тривожністю **Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)**, версія для дітей та батьків;
  - 7-пунктна шкала генералізованого тривожного розладу **Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)**, версія «підліток/дорослий».

## Додаткові інструментальні та лабораторні обстеження

- Додаткові інструментальні та лабораторні дослідження не є базовою частиною діагностики тривожних розладів і можуть бути показані лише за необхідності діагностики інших проблем.
- Зокрема, можна розглянути:
  - визначення рівня глюкози, функції щитовидної залози, якщо на це вказують ознаки та симптоми захворювання;
  - тестування на наркотичні речовини, якщо на це вказують дані анамнезу.

## Диференційна діагностика

- Важливо пам'ятати, що симптоми тривожних розладів можуть бути викликані іншими розладами та причинами, тож важливо провести ретельну диференційну діагностику.
- Розлади, проблеми та стани, що потребують розгляду при диференційній діагностиці:
- Психіатричні стани, які можуть мати симптоми, подібні до тих, що спостерігаються при тривожних розладах, зокрема:
  - РДУГ (непокій, неухважність);
  - депресія (недостатня концентрація уваги, утруднений сон, соматичні скарги);

- біполярний розлад (відволікання, неспокій, дратівливість, безсоння);
- психотичні розлади (відволікання, неспокій та/або соціальна відстороненість);
- РСА (дефіцит соціальних навичок, соціальна відстороненість, відволікання);
- розлади шкільних навичок (хвилювання щодо шкільної успішності).
- Медичні стани, пов'язані з тривожністю, зокрема:
  - гіпертиреоз;
  - кофеїнізм;
  - мігрень;
  - астма;
  - діабет;
  - хронічний біль/захворювання;
  - епізоди гіпоглікемії;
  - гіпоксія;
  - феохромоцитома;
  - розлади ЦНС;
  - серцеві аритмії;
  - серцеві захворювання;
  - системний червоний вовчак;
  - алергічні реакції;
  - дисменорея;
  - інтоксикація свинцем.
- Прийом медикаментів із побічними діями, які можуть імітувати тривогу:
  - бронходилататори;
  - назальні судинозвужуючі препарати та інші симпатоміметики;
  - антигістамінні препарати;
  - дієтичні добавки;
  - психостимулятори;
  - антидепресанти;
  - антипсихотичні препарати;
  - протиастматичні препарати;
  - стероїдні препарати;
  - відміна бензодіазепінів (особливо короткої дії).
- Прийом речовин, які можуть викликати тривогу:
  - марихуана;
  - кокаїн;
  - анаболічні стероїди;
  - галюциногени;
  - фенциклідин
  - відмова від нікотину, алкоголю та кофеїну.

## Діагностика супутніх розладів

- Супутні захворювання можуть посилювати дистрес і функціональні порушення та впливати на результати лікування.
- Тривожні розлади (особливо генералізований тривожний розлад) є дуже коморбідними як один з одним, так і з іншими психічними розладами. Тому при обстеженні необхідно брати до уваги такі можливі супутні психіатричні розлади:
  - інші тривожні розлади;
  - РДУГ;
  - розлади поведінки;
  - біполярний розлад;
  - розлади харчової поведінки;
  - розлади розвитку мови;
  - розлади шкільних навичок;
  - розлади, пов'язані зі зловживанням алкоголем та наркотиками (у підлітків).
- Діти та підлітки з тривожними розладами частіше мають різноманітні проблеми зі здоров'ям, включаючи головний біль, бронхіальну астму, шлунково-кишкові розлади та алергію.
- Тривога та супутні медичні захворювання по-різному можуть співіснувати, іноді тривога сприяє, а іноді є результатом медичного захворювання.

## Психоедукація та спільне планування допомоги

- Психоедукація має бути відповідною до когнітивного/мовного/культурного рівня батьків/опікунів і дитини.
- Для покращення розуміння при психоедукації можна використовувати додаткові інформаційні ресурси у формі буклетів, книжечок, відповідних відео та мультфільмів.
- Психоедукація має охоплювати обговорення:
  - діагнозу;
  - характеру, мети, супутніх ризиків та переваг запропонованого лікування;
  - альтернативних методів лікування та їхніх ризиків і переваг;
  - ризиків та переваг відмови від лікування.

- При призначенні лікування антидепресантами слід поінформувати дитину або молодшу особу (та її батьків чи опікунів, якщо це доречно) про обґрунтування лікування препаратом, затримку настання ефекту, часовий курс лікування, можливі наслідки та необхідність приймати ліки за призначенням. Обговорення цих питань необхідно доповнювати письмовою інформацією.
- Врахування уподобань пацієнта та батьків/опікунів щодо представлених варіантів лікування може збільшити ймовірність залучення та дотримання плану.

## Модель допомоги дітям та підліткам з тривожними розладами

### Базові втручання

- психоедукація батьків та дитини/підлітка, спільне планування допомоги;
- індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія (КПТ);
- фармакологічне втручання (селективні інгібітори зворотного захоплення як альтернативний варіант лікування, інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну як додатковий варіант лікування).

### Додаткові втручання

- додаткові втручання для дітей та підлітків (орієнтовані на наявність супутніх розладів та проблем);
- психологічний супровід батьків (зокрема, втручання, що покращують стосунки батьки-дитина, полегшують вирішення сімейних проблем, зменшують батьківську тривожність, а також сприяють набуттю навичок виховання, які підсилюють адаптацію та належну самостійність дитини);
- консультування фахівців освітніх закладів за згодою (інформування вчителів про тривожність дитини і стратегії подолання та управління тривогами у шкільному середовищі).

### Загальні принципи базових втручань

- Рішення щодо рівня надання допомоги залежать від діагнозу, поточної важкості симптомів, наявності супутніх медичних або психічних розладів, оцінки ризиків для дитини чи інших, попереднього перебігу хвороби дитини та ускладнень, потенційної підтримки дитини та альянсу лікування між дитячим психіатром, дитиною та сім'єю.
- Врахування культурних і духовних цінностей, переконань і установок у лікувальних втручаннях може посилити участь дитини та сім'ї в лікуванні та підвищити його ефективність.

- Слід рекомендувати когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) і селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) як безпечні та ефективні короточасні методи лікування тривожних розладів у дітей і підлітків.
- Інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну (ІЗЗСН) можна рекомендувати як додатковий варіант лікування.
- КПТ можна розглядати як терапію першого вибору для лікування пацієнтів віком від 6 до 18 років із соціальною фобією, генералізованим тривожним розладом, сепараційним розладом, специфічною фобією або панічним розладом, особливо при легких або помірних проявах.
- СІЗЗС (і, можливо, ІЗЗСН) рекомендовано розглядати як альтернативний варіант лікування пацієнтів віком від 6 до 18 років із соціальною фобією, генералізованим тривожним розладом, сепараційним розладом, специфічною фобією або панічним розладом, особливо при важких проявах або коли якісна КПТ недоступна.
- Комбіноване лікування (КПТ та СІЗЗС) може бути більш ефективним короткостроковим лікуванням тривоги у дітей і підлітків, ніж будь-яке лікування окремо.

### **Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)**

- КПТ — це втручання, спрямоване на три основні виміри тривоги: когнітивний (наприклад, когнітивні спотворення щодо ймовірності заподіяння шкоди), поведінковий (наприклад, уникнення потенційно шкідливих ситуацій) і фізіологічний (наприклад, вегетативне збудження та інші соматичні симптоми).
- Терапевтичні втручання підбираються індивідуально, щоб проілюструвати зв'язки між занепокоєнням та страхами, думками та поведінкою, і стратегічно спрямовані на усунення емоційного та фізичного стресу, зміну дезадаптивних переконань і ставлень, а також пом'якшення поведінки уникнення.
- При проведенні когнітивно-поведінкової терапії важливою є співпраця між пацієнтом, сім'єю та психотерапевтом, а в деяких випадках і персоналом школи.
- Метою структурованої КПТ є досягнення значного симптоматичного та функціонального покращення протягом 12-20 сеансів.
- Систематичне оцінювання ефективності лікування за допомогою стандартизованих шкал оцінки симптомів може доповнити клінічне інтерв'ю.
- Для ефективного проведення КПТ необхідні спеціальна освіта, підготовка та досвід.

## Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС)

- СІЗЗС мають значну емпіричну підтримку ефективності та безпеки для лікування тривожних розладів.
- Вибір конкретного СІЗЗС регулюється такими міркуваннями, як фармакокінетика, фармакодинаміка, переносимість та ризики, що призводять до попереджувальних чи запобіжних заходів.
- Слід дотримуватися повільного титрування, щоб уникнути ненавмисного перевищення оптимальної дози медикаментів.
- СІЗЗС зазвичай добре переносяться дітьми та підлітками. Більшість побічних ефектів з'являються протягом перших кількох тижнів лікування та можуть включати (але не обмежуватися ними) сухість у роті, нудоту, діарею, печію, головний біль, сонливість, безсоння, запаморочення, яскраві сновидіння, зміни апетиту, втрату або збільшення ваги, втому, дратівливість, тремор, бруксизм і потовиділення.
- Потенційно серйозні побічні ефекти включають (але не обмежуються ними) суїцидальні думки та поведінку, поведінкову активацію/збудження, гіпоманію, манію, сексуальну дисфункцію, судоми, аномальну кровотечу та серотоніновий синдром.
- Незважаючи на низький очевидний ризик, рекомендовано ретельно стежити за суїцидальністю, особливо у перші місяці лікування та після коригування дози.
- Кожен СІЗЗС має свої особливості призначення.
- Пароксетин, флувоксамін і сертралін пов'язані з синдромом відміни.
- Циталопрам може викликати подовження інтервалу QT, пов'язане з torsade de pointes, шлуночковою тахікардією та раптовою смертю при добових дозах, що перевищують 40 мг/добу, тому його слід уникати пацієнтам із синдромом подовженого інтервалу QT.
- Пароксетин асоціюється із підвищеним ризиком суїцидальних думок або поведінки, порівняно з іншими СІЗЗС.
- Систематичну оцінку відповіді на лікування за допомогою стандартизованих шкал оцінки симптомів можна розглядати як доповнення до клінічного інтерв'ю разом із повідомленими та спостережуваними побічними ефектами.
- Якщо пацієнти повідомляють або спостерігають побічну дію, яку можна обґрунтовано пов'язати з медикаментами, загалом дозу препарату слід зменшити, а якщо побічна дія збережеться, прийом препарату варто припинити.

- Для всіх СІЗС медичний моніторинг може включати зріст і вагу; спеціальні лабораторні дослідження не рекомендуються.
- Оптимальна тривалість фармакологічного лікування тривожних розладів для тривалої ремісії симптомів невідома, але загальновизнаним підходом є продовження ефективної переносимої дози протягом приблизно 12 місяців після ремісії з моніторингом протягом кількох місяців після припинення повторної появи симптомів.
- Зазвичай припинення прийому медикаментів має відбуватися протягом відносно вільного від стресу періоду.
- Деяким підліткам із серйозними та хронічними проявами тривоги може знадобитися тривале медикаментозне лікування.

### **Інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну (ІЗЗСН)**

- Доступні обмежені дані щодо фармакокінетики та фармакодинаміки ІЗЗСН для підлітків.
- Дулоксетин — єдиний ІЗЗСН, який має показання для лікування будь-якого тривожного розладу, зокрема, генералізованого тривожного розладу у дітей та підлітків 7- 17 років (FDA , U.S. Food and Drug Administration — Управління санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів США).
- Венлафаксин пролонгованого вивільнення, десвенлафаксин і дулоксетин мають достатньо довгий період напіввиведення, щоб дозволити одноразове щоденне дозування.
- Венлафаксин негайного вивільнення через короткий період напіввиведення може вимагати прийому двічі або тричі на день.
- Побічні дії ІЗЗСН можуть включати (але не обмежуватися ними) потовиділення, сухість у роті, дискомфорт у животі, нудоту, блювання, діарею, запаморочення, головний біль, тремор, безсоння, сонливість, зниження апетиту та втрату ваги.
- ІЗЗСН також були пов'язані зі стійкою артеріальною гіпертензією, підвищеним артеріальним тиском і тахікардією.
- Рідші, але потенційно серйозні побічні дії ІЗЗСН включають суїцидальні думки та поведінку (до 24 років), поведінкову активацію/ажитацію, гіпоманію, манію, сексуальну дисфункцію, судоми, аномальну кровотечу та серотоніновий синдром.
- Венлафаксин може бути пов'язаний з більшим ризиком самогубства, ніж інші ІЗЗСН.

- Застосування дулоксетину асоціюється з порушенням функції печінки, що проявляється болем у животі, гепатомегалією та підвищенням рівня трансаміназ. Також є повідомлення про холестатичну жовтяницю.
- Застосування дулоксетину слід припинити та не починати знову в пацієнтів, у яких розвивається жовтяниця або інші ознаки клінічно значущої дисфункції печінки.
- Тяжкі шкірні реакції, включаючи мультиформну еритему та синдром Стівенса-Джонсона, можуть виникнути при застосуванні дулоксетину; відповідно, дулоксетин слід припинити при першій появі пухирів, висипу, що лущиться, ерозії слизової або інших ознак гіперчутливості.
- Медичний моніторинг прийому всіх ІЗЗН повинен включати зріст, вагу, пульс та артеріальний тиск; спеціальні лабораторні дослідження не рекомендуються.

## Графічний алгоритм послуг для дітей та підлітків з тривожними розладами та членів їх родин



## Соціально фобія

- Слід запропонувати дітям та підліткам індивідуальну чи групову КПТ, зосереджену на соціальній фобії. Рекомендовано розглянути можливість залучення батьків чи опікунів, щоб забезпечити ефективне втручання, особливо для дітей молодшого віку.
- Індивідуальна/групові КПТ повинні враховувати когнітивну та емоційну зрілість дитини чи підлітка та складатися з наступного:
  - 8-12 індивідуальних сесій тривалістю 45 хвилин або 8-12 сесій тривалістю 90 хвилин із групою дітей чи підлітків приблизно однакового 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, із метою сприяти закріпленню дитиною експозиції до соціальних ситуацій, яких вона боїться чи уникає.
- Не слід брати за правило призначати медикаментозне лікування при розладі соціальної фобії у дітей та підлітків.

## Графічний алгоритм лікування дітей та підлітків з соціальною фобією та членів їх родин



## Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР)

### ОКР: незначне функціональне порушення

#### Необхідно:

- Запропонувати програму самодопомоги під керівництвом лікаря.
- Надати підтримку та забезпечити необхідною інформацією членів сім'ї чи опікунів.

### ОКР: помірне та значне функціональне порушення

#### Необхідно:

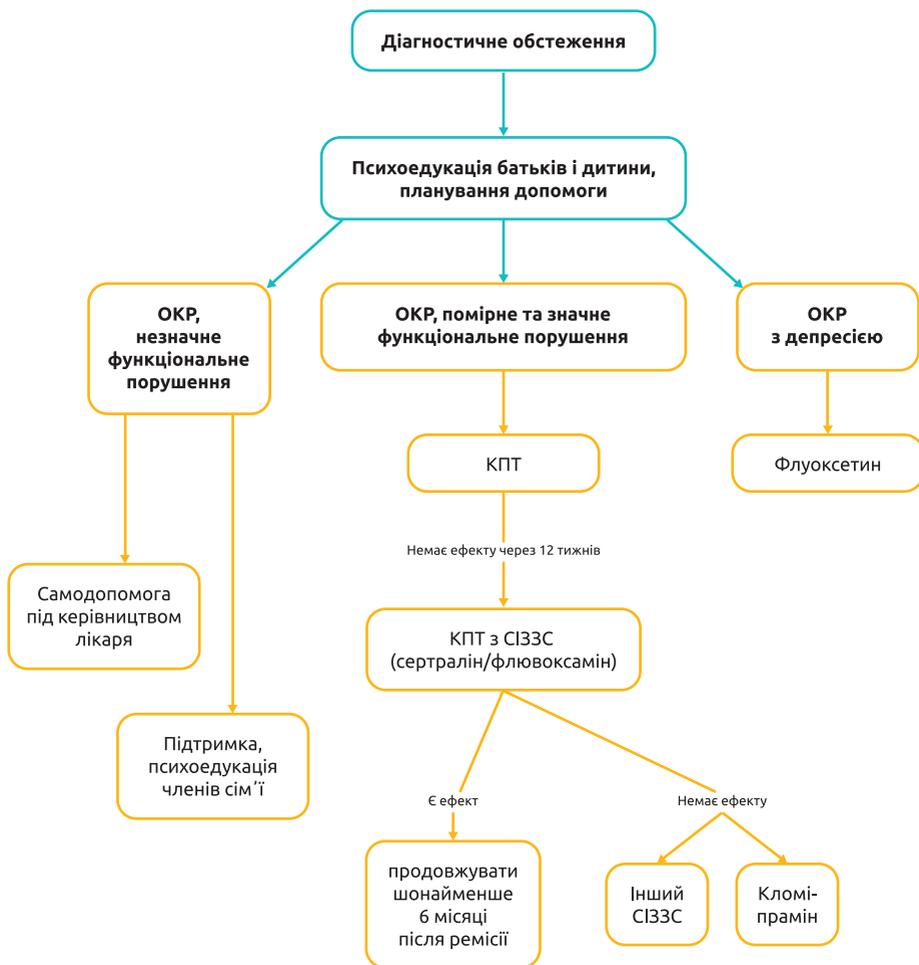
- Запропонувати когнітивно-поведінкову терапію (включно з технікою експозиції з попередженням реакції), а також:
  - залучити сім'ю / опікунів;
  - адаптувати сесії до рівня розвитку пацієнта;
  - вибрати груповий чи індивідуальний формат (за бажанням пацієнта та членів сім'ї чи опікунів).
- Якщо пацієнт відмовляється чи не може піддатися КПТ (включно з технікою експозиції з попередженням реакції):
  - слід взяти до уваги лікування селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС);
  - ретельно моніторити побічні дії.
- Якщо через 12 тижнів немає адекватного ефекту від КПТ, необхідно:
  - повторити мультидисциплінарне обстеження;
  - запропонувати лікування селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну та продовжити КПТ (включаючи техніку експозиції з попередженням реакції);
  - розглянути можливість використання СІЗЗС для дітей вікової групи 8-11 років;
  - запропонувати СІЗЗС для дітей вікової групи 12-18 років.
- Якщо фармакотерапія даним СІЗЗС є неефективною чи пацієнт її не переносить, слід спробувати:
  - інший СІЗЗС;
  - кломіпрамін.
- Необхідно уважно спостерігати за можливими побічними діями.

- Якщо лікування СІЗС для пацієнта є ефективним, рекомендовано не припиняти його впродовж щонайменше 6 місяців після ремісії (симптоми не спостерігаються, а пацієнт повноцінно функціонує в різних сферах життя впродовж щонайменше 12 тижнів).

## Особливості фармакологічного лікування СІЗС при ОКР

- Якщо виписано СІЗС, їх слід поєднувати з КПТ (включно з технікою експозиції з попередженням реакції).
- СІЗС можуть використовуватися лише після попереднього обстеження та діагностики у дитячого психіатра, який повинен бути залучений до будь-яких рішень, пов'язаних зі зміною дозування чи припинення вживання ліків.
- Необхідно починати 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;
  - флувоксамін.
- При ОКР зі значною коморбідною депресією:
  - флуоксетин.
- 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.
- Рекомендовано:
  - припиняти лікування препаратами, якщо досягнуто ремісії (симптоми не спостерігаються, а пацієнт повноцінно функціонує в різних сферах життя), яка зберігається впродовж щонайменше 6 місяців, а пацієнт погоджується відмовитися від препаратів;
  - зменшувати дозу антидепресантів, особливо СІЗС, 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.

# Графічний алгоритм лікування дітей та підлітків з ОКР та членів їх родин



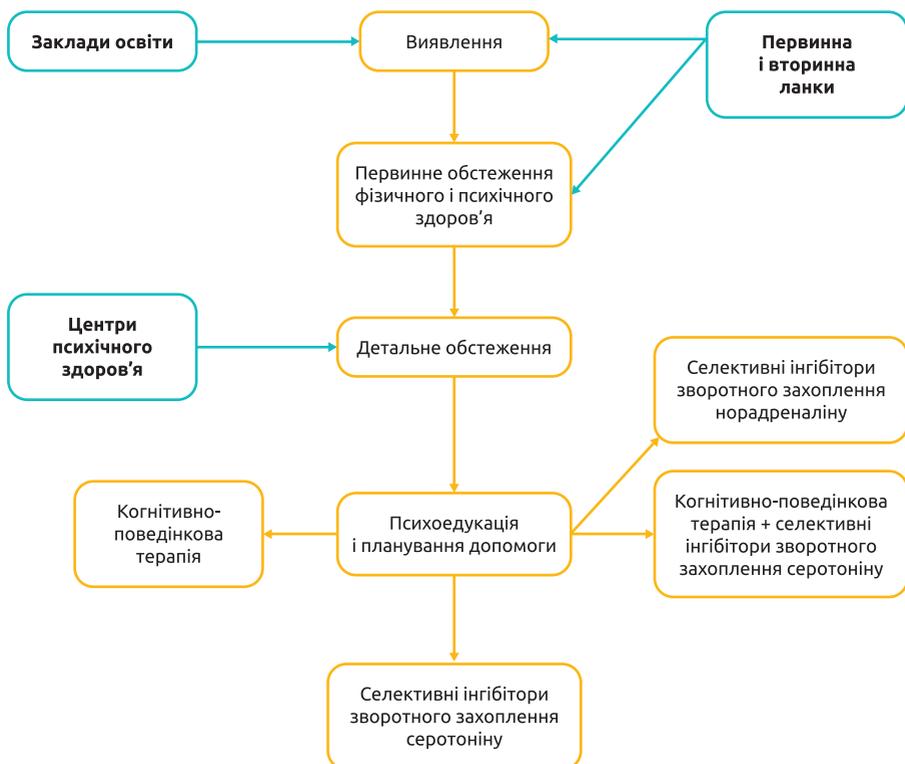
## Менеджмент супутніх проблем та розладів

- Особлива увага має бути зосереджена на виявленні супутніх проблем (не лише наявних, але й потенційних) та включенні їх у план терапії.
- Для кожного супутнього розладу може знадобитися окремий план лікування.
- За наявності порушень у стосунках батьки-дитина мають бути рекомендовані втручання, що покращують стосунки батьки-дитина, полегшують вирішення сімейних проблем, зменшують батьківську тривожність, а також сприяють розвитку навичок виховання, які підсилюють адаптацію та належну самостійність дитини.
- У випадку наявності у батьків розладів у сфері психічного здоров'я (тривожні розлади, депресія та ін.) батькам потрібно запропонувати відповідні втручання.

## Мережева співпраця і зв'язок із локальними маршрутами допомоги

- Медичні та соціальні працівники закладів первинної медичної допомоги, освіти та громади повинні бути уважними до можливих тривожних розладів у дітей та підлітків, особливо тих, хто уникає школи, соціальних чи групових заходів або розмов у соціальних ситуаціях або є драгівливими, надмірно сором'язливими чи надмірно залежать від батьків або опікунів.
- Фахівці психічного здоров'я повинні співпрацювати з місцевими та національними волонтерськими організаціями, щоб підвищити обізнаність і розуміння ОКР, а також покращити доступ до високоякісної інформації про ці організації. Така інформація також має бути доступною для працівників первинної та вторинної ланок медичної допомоги, а також для спеціалістів інших державних служб, які можуть контактувати з дітьми будь-якого віку з ОКР.
- На даний момент не існує емпірично обґрунтованих рекомендацій щодо універсального скринінгу тривожних розладів у дітей та підлітків. Однак у закладах первинної медичної допомоги, школах чи інших дитячих закладах можна систематично застосовувати доступні загальні інструменти скринінгу (Анкета сильних сторін і труднощів) для ідентифікації тривожних проблем.

## Локальний маршрут допомоги дітям та підліткам з тривожними розладами



## Міжнародні клінічні протоколи використані при розробці даного протоколу

- Anxiety disorders, NICE guideline (2014).
- Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment, NICE guideline (2013).
- Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment, NICE guideline (2005).
- Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Anxiety Disorders, AACAP (2020).

# Поведінкові розлади

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ПОСЛУГ  
ДІТЯМ ТА ПІДЛІТКАМ

**2023**



# Виявлення та обстеження

## Процес діагностики

- Слід провести первинне обстеження щодо підозрюваного розладу поведінки у дитини чи підлітка, якщо батьки або опікуни, працівники охорони здоров'я, соціального захисту, навчального закладу чи група однолітків висловлюють занепокоєння щодо постійної антисоціальної поведінки дитини чи підлітка.
- Необхідно обстежити наявність таких істотних ускладнюючих факторів:
  - супутні проблеми психічного здоров'я (наприклад, депресія, пост-травматичний стресовий розлад)
  - нейророзвиткові розлади (зокрема РДУГ та РСА)
  - труднощі у навчанні або розлади шкільних навичок
  - зловживання психоактивними речовинами у підлітків.
- Якщо присутні будь-які значні ускладнюючі фактори, слід провести комплексне обстеження дитини або підлітка.
- Стандартні компоненти комплексного обстеження розладів поведінки повинні оцінювати наступне:
  - основні симптоми розладів поведінки:
    - моделі негативістичної, ворожої, викличної поведінки у дітей до 11 років
    - агресивність до людей та тварин, нищення майна
    - брехливість або злочинство і серйозні порушення правил у дітей понад 11 років
  - теперішнє функціонування у школі, вдома, стосунки з однолітками
  - якість виховання
  - історію будь-яких попередніх та теперішніх психічних чи фізичних проблем зі здоров'ям.
- Необхідно провести комплексне інтерв'ювання батьків чи опікунів дитини або підлітка, яке повинно охоплювати:
  - позитивні та негативні аспекти виховання, зокрема будь-яке використання дисципліни із застосуванням сили
  - стосунки дитина-батьки

- позитивні та негативні стосунки дорослих у сім'ї дитини чи підлітка, зокрема домашнє насильство
- батьківське благополуччя, яке охоплює психічне здоров'я, зловживання психоактивними речовинами (зокрема факт вживання наркотиків або алкоголю під час вагітності) та злочинна поведінка.

## Використання діагностичних та рейтингових шкал

- Для первинного обстеження ймовірного розладу поведінки у дитини чи підлітка, слід використовувати опитувальник «Сильні сторони і труднощі» SDQ (заповненого батьками, опікунами або вчителями).
- Для діагностики супутніх розладів рекомендовано:
  - Шкала CBCL (Child Behavior Checklist) для усіх дітей та підлітків
  - Опитувальник «Сильні сторони і труднощі» SDQ для усіх дітей та підлітків
  - Шкала оцінювання Коннерса (Conners Comprehensive Behavior Rating Scales), переглянута для дітей та підлітків з підозрою на РДУГ
  - обстеження аутистичної поведінки дітей і підлітків з підозрою на РСА за допомогою валідизованих діагностичних методик (наприклад, Діагностичне обстеження на аутизм ADOS-2)
  - обстеження когнітивної здатності дітей та підлітків з підозрою на труднощі у навчанні за допомогою валідизованих діагностичних методик (наприклад, Шкала інтелекту Векслера для дітей WISC-IV)
  - обстеження читання дітей та підлітків з підозрою на труднощі з читанням за допомогою валідизованих діагностичних методик.

## Диференційна діагностика

- При психіатричному обстеженні слід враховувати диференційну діагностику інших психічних розладів.
- Зокрема, при диференційній діагностиці розладів поведінки необхідно розглянути:
  - **Гіперкінетичний синдром та розлад гіперактивності з дефіцитом уваги.** Жоден із симптомів порушення поведінки не є частиною гіперактивності. Рекомендовано використати опитувальник «Сильні сторони та труднощі» (SDQ).
  - **Гостра реакція на стрес.** З'являється відразу після стресу (протягом 1 місяця для МКХ-10 та протягом 3 місяців для DSM-V, а симптоми не повинні зберігатися довше 6 місяців після припинення стресу або його наслідків).

- **Розлади настрою.** Депресія може проявлятися дратівливістю та опозиційністю, але, на відміну від типового розладу поведінки, настрої зазвичай виражено знижені, наявні втрата відчуття задоволення, порушення сну та апетиту, відсутні важкі поведінкові труднощі.
- **Розлади аутистичного спектру.** Вони часто супроводжуються помітними істериками або деструктивною поведінкою, але наявні інші симптоми розладів аутистичного спектру.
- **Дисоціальний та антисоціальний розлади особистості.** У МКХ-10 передбачається, що для діагностики дисоціальних розладів особистості особі повинно бути 17 років. Характеристики цих розладів включають грандіозність, бездушність, виражену схильність до обманів, поверхневий (нездатність до вираженого) афект та відсутність каяття.

## Діагностика супутніх розладів

- Діагностика коморбідностей проводиться на основі загальноприйнятих процедур і має включати в себе щонайменше клінічне інтерв'ювання зі скринінговими питаннями щодо найбільш поширених коморбідних розладів, а також використання скринінгових опитувальників.
- Необхідно враховувати можливі супутні розлади, такі як:
  - труднощі в навчанні або нездатність до навчання
  - РДУГ та РСА
  - неврологічні розлади, включаючи епілепсію та моторні порушення
  - інші проблеми з психічним здоров'ям (наприклад, депресію, пост-травматичний стресовий розлад та біполярний розлад)
  - зловживання психоактивними речовинами
  - порушення комунікації (наприклад, проблеми з мовленням).

# Модель допомоги дітям та підліткам з поведінковими розладами

## Базові втручання

- Психоедукація батьків та дитини/підлітка, спільне планування допомоги
- Психологічні втручання:
  - Навчальні програми для батьків
  - Мультимодальні втручання
  - Програми, орієнтовані на дитину.
- Фармакологічні втручання.

## Додаткові втручання

- Додаткові втручання націлені на подолання труднощів у школі, зокрема на проблеми з навчанням та деструктивною поведінкою.
- Для вирішення проблем з навчанням, рекомендовані консультування шкільного середовища, психоедукація щодо наявних труднощів (наприклад, дислексії), додаткові заняття з фахівцями (спеціальним педагогом), організація індивідуальної форми навчання та інше.
- Для подолання труднощів у школі, пов'язаних з деструктивною поведінкою, рекомендовані психоедукація шкільного середовища та надання рекомендацій щодо керування поведінкою, впровадження поведінкової терапії із залученням вчителів та шкільного психолога.
- Консультування соціального середовища проводиться за згоди батьків.

## Психоедукація

- Під час спілкування з дітьми та підлітками з розладом поведінки та їхніми батьками чи опікунами необхідно:
  - враховувати рівень розвитку, емоційну зрілість і когнітивні здібності дитини або підлітка, зокрема будь-які порушення шкільних навичок, проблеми із зором або слухом, затримку в розвитку мови чи труднощі соціального спілкування
  - використовувати зрозумілу мову, якщо це можливо, чітко пояснювати будь-які клінічні терміни; пристосувати стратегії до мовленнєвої здатності особи, наприклад, розділяти інформацію, перевіряти, узагальнювати та повторювати

- переконатися, що дитина чи підліток та їхні батьки чи опікуни розуміють те, про що йдеться
- за потреби використовувати інші засоби спілкування (наприклад, зображення, символи, великий шрифт тощо).
- При наданні інформації дітям і підліткам з розладом поведінки та їхнім батькам/опікунам, потрібно обговорити місцеві та національні джерела інформації (організації та веб-сайти) та/або підтримки і поради, як отримати доступ до цих ресурсів.
- При спілкуванні з дитиною чи підлітком, рекомендовано використовувати різноманітні медіазасоби, включаючи листи, телефонні дзвінки, електронні листи чи текстові повідомлення, відповідно до їхніх уподобань.
- Обговорюючи лікування чи втручання з дитиною або підлітком з розладом поведінки, та, якщо це доречно, з їхніми батьками чи опікунами, варто взяти до уваги:
  - їхній минулий і поточний досвід розладу
  - їхній досвід і реакцію на попередні втручання та послуги
  - характер, серйозність і тривалість проблем
  - вплив розладу на навчальну успішність
  - будь-які хронічні проблеми зі здоров'ям
  - будь-які соціальні або сімейні фактори, які можуть відігравати роль у розвитку або підтримці виявлених проблем
  - будь-які супутні розлади.
- Обговорюючи лікування чи втручання з дитиною або підлітком з розладом поведінки та, якщо це доречно, з їхніми батьками чи опікунами, слід надати інформацію про:
  - характер, зміст і тривалість будь-якого запропонованого втручання
  - прийнятність і переносимість будь-якого запропонованого втручання
  - можливий вплив на втручання для будь-якої іншої поведінкової або психічної проблеми
  - наслідки для продовження надання будь-яких поточних втручань.
- При скеруванні на лікування чи втручання, варто враховувати переваги дитини чи підлітка та, якщо це доречно, їхніх батьків або опікунів, обираючи ґрунтовані на доказах втручання.

# Психологічні втручання

## Навчальні програми для батьків

- Навчання батьків проводиться як в індивідуальному, так і в груповому форматах.
- Слід запропонувати групову/індивідуальну навчальну програму для батьків дітей віком від 3 до 11 років, які:
  - мають високий ризик розвитку опозиційно-викличного розладу чи розладу поведінки
  - мають опозиційно-викличний розлад чи розлад поведінки
  - перебувають у контакті з системою кримінального правосуддя через асоціальну поведінку.
- До групової/індивідуальної навчальної програми для батьків слід, в інтересах дитини, залучати обох батьків, якщо це можливо.
- Групова навчальна програма для батьків повинна:
  - мати групи по 10-12 батьків
  - базуватись на моделі соціального навчання, використовуючи моделювання ситуацій, тренувальні вправи та зворотний зв'язок для покращення навичок виховання
  - складатися в середньому з 10-16 зустрічей тривалістю 90-120 хвилин.
- Індивідуальна навчальна програма для батьків повинна:
  - базуватися на моделі соціального навчання, використовуючи моделювання ситуацій, тренувальні вправи та зворотний зв'язок для покращення навичок виховання
  - складатися в середньому з 8-10 зустрічей тривалістю 60-90 хвилин.

## Програми, орієнтовані на дитину

- Слід запропонувати групові та індивідуальні соціальні та когнітивні програми із вирішення проблем для дітей та підлітків віком від 9 до 14 років, які:
  - мають високий ризик розвитку опозиційно-викличного розладу чи розладу поведінки
  - мають опозиційно-викличний розлад чи розлад поведінки
  - перебувають у контакті з системою кримінального правосуддя через асоціальну поведінку.

- Соціальні та когнітивні програми із вирішення проблем мають бути адаптовані до рівня розвитку дітей та повинні:
  - базуватися на когнітивно-поведінковій моделі вирішення проблем
  - використовувати моделювання ситуацій, тренувальні вправи та зворотний зв'язок для покращення навичок
  - складатися з 10-18 щотижневих зустрічей тривалістю по 2 години.

## **Мультиmodalьні втручання**

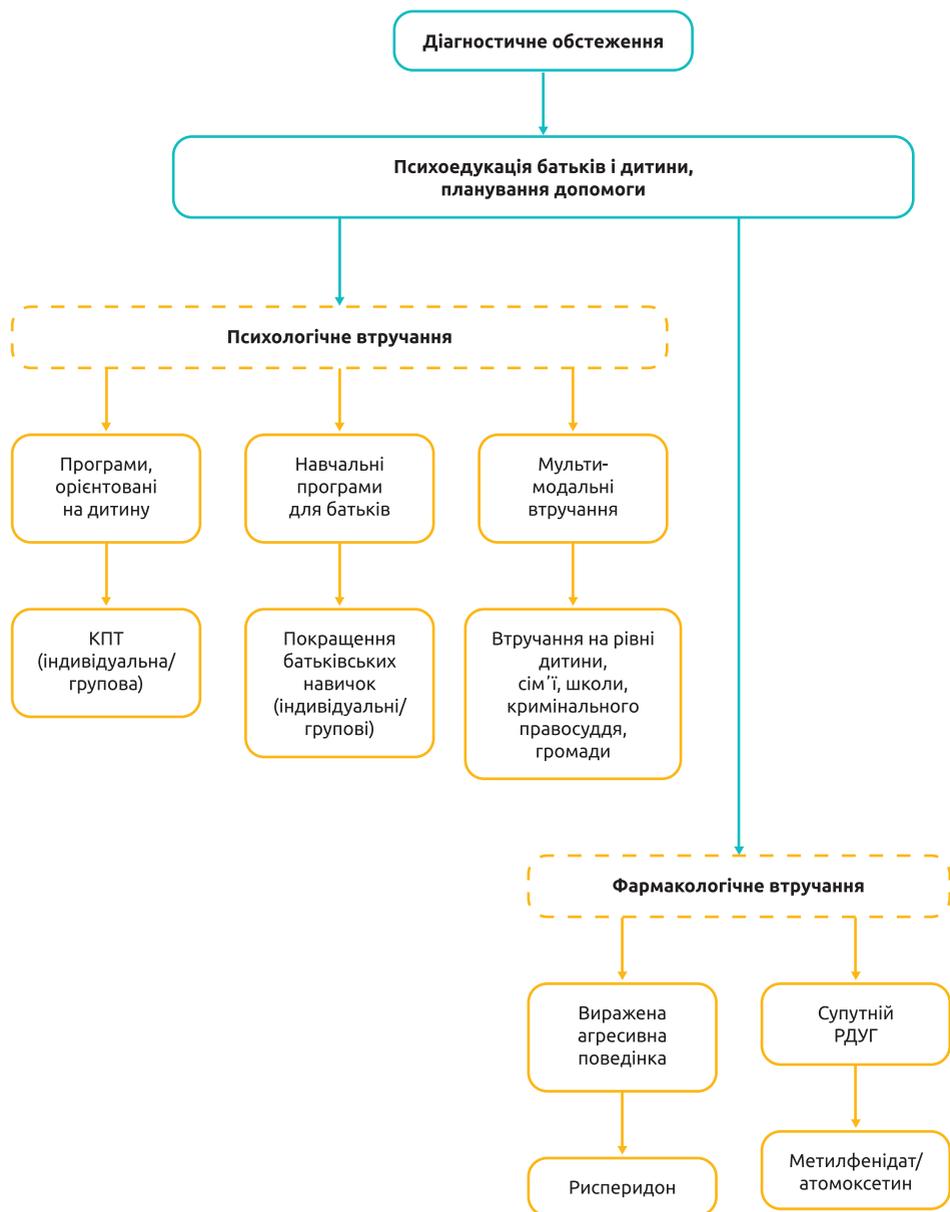
- Мультиmodalьні втручання, зокрема, мультисистемну терапію, слід запропонувати для лікування розладів поведінки дітей та підлітків віком від 11 до 17 років.
- Мультиmodalьні втручання мають залучати дитину чи підлітка, а також батьків чи опікунів, і повинні:
  - мати чіткий підтримуючий сімейний фокус
  - ґрунтуватися на соціальній моделі навчання із втручаннями на рівні сім'ї, школи, кримінального правосуддя і громади
  - бути забезпечені спеціалістами, які пройшли спеціальне навчання з даної проблеми
  - тривати від 3 до 5 місяців по 3-4 зустрічі на тиждень.

## **Фармакологічні втручання**

- Не слід пропонувати медикаментозну терапію як шаблон тактики лікування поведінкових проблем у дітей чи молодих осіб з опозиційно-викличним розладом та розладами поведінки.
- Необхідно запропонувати метилфенідат чи атомoksetин згідно з рекомендаціями при РДУГ у дітей чи підлітків з опозиційно-викличним розладом та розладами поведінки.
- Рекомендовано рисперидон для короткотривалого застосування при надзвичайно агресивній поведінці підлітків із розладами поведінки, які мають вибухи гніву і важкі порушення емоційної регуляції та не піддаються психосоціальним втручанням.
- Слід забезпечити підлітків та молодих людей, їх батьків чи опікунів відповідною віку інформацією про переваги та можливі побічні ефекти рисперидону, включаючи:
  - метаболічні (зокрема, збільшення ваги та діабет)
  - екстрапірамідні (зокрема, акатизію, дискінезію та дистонію)

- серцево-судинні (зокрема, подовження інтервалу QT)
- гормональні (зокрема, підвищення пролактину в плазмі)
- інші (зокрема, неприємні суб'єктивні переживання)
- Під час лікування ризперидоном, слід записувати покази, очікувані переваги та ризики, а також очікуваний час зміни симптомів і появи побічних дій.
- Починати лікування слід з найменшої дози дозволеного діапазону, потім поступово збільшувати дозу, повільно титруючи в межах дозволеного діапазону доз.
- Необхідно обґрунтувати та записати причини дозування, яке перевищує дозволений діапазон.
- Рекомендовано контролювати та систематично записувати протягом лікування, особливо під час титрування:
  - ефективність, зокрема зміни в симптомах і поведінці
  - появу рухових розладів
  - вагу і зріст (щотижня)
  - рівень глюкози в крові натще або HbA1c
  - рівень ліпідів і пролактину в крові
  - дотримання медикаментозного режиму
  - фізичне здоров'я, зокрема слід попереджати батьків або опікунів і молоду людину про симптоми та ознаки злякисного нейрорептичного синдрому.
- Необхідно обґрунтувати та записати рішення про продовження або припинення лікування та його наслідки.
- Слід переглянути ефективність ризперидону за 3-4 тижні та припинити його прийом, якщо немає показників клінічно важливої реакції після 6 тижнів.
- Фармакотерапія має здійснюватися на основі загальних принципів і правил згідно рекомендацій міжнародних протоколів з ретельним моніторингом безпеки, ефективності та наявності побічних дій.

# Графічний алгоритм лікування дітей та підлітків з поведінковими розладами та членів їх родин



## Втручання, спрямовані на профілактику розладів поведінки

- Вибіркова профілактика включає втручання, спрямовані на окремих осіб або групу, у яких ризик розвитку розладу поведінки значно вищий за середній, про що свідчать індивідуальні, сімейні та соціальні фактори.
- Індивідуальні фактори ризику включають низьку шкільну успішність та імпульсивність, сімейні — контакти батьків із системою кримінального правосуддя та жорстоке поводження з дітьми, а соціальні — низькі сімейний дохід і рівень освіти.
- Необхідно пропонувати програми емоційної компетентності та навичок вирішення проблем на заняттях для дітей від 3 до 7 років у дошкільних та навчальних закладах з великою кількістю дітей, які мають ризик розвитку опозиційного викличного розладу або розладу поведінки внаслідок будь-яких наступних факторів:
  - низький соціально-економічний статус
  - низька шкільна успішність
  - жорстоке поводження з дитиною або конфлікт між батьками
  - розлучені батьки
  - проблеми психічного здоров'я батьків або зловживання психоактивними речовинами
  - контакт батьків із системою кримінального правосуддя.
- Програми емоційної компетентності та навичок вирішення проблем повинні проходити в позитивній атмосфері та складатися з втручань, спрямованих на:
  - підвищення усвідомлення дітьми власних та чужих емоцій
  - навчання самоконтролю збудження і поведінки
  - розвиток позитивної самооцінки та хороших стосунків з однолітками
  - розвиток вміння дітей вирішувати проблеми.
- Зазвичай програми мають складатися з 30 занять в аудиторії протягом 1 навчального року.

# Додаток 1. Діагностичні критерії за DSM-V

## Розлад поведінки

- A. Постійні та повторювані моделі поведінки, при яких порушуються фундаментальні права інших людей або основні соціальні норми та правила і при яких упродовж 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 (вуличне 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).

### Брехливість або злочинство

10. Зламає чийсь машину, проникає в дім, будівлю.
11. Часто обманює, щоб отримати товари чи послуги, або уникнути зобов'язань (тобто чинить шахрайство).
12. Краде вартісні предмети без протистояння із жертвою (крадіжки у магазинах, але без зламу чи проникнення; підроблення).

### Серйозні порушення правил

13. З 13 років часто не ночує вдома, попри заборону батьків.
  14. Живучи з батьками або в прийомній сім'ї, втікав на ніч з дому щонайменше двічі, або один раз, не повертаючись тривалий час.
  15. Часто прогулює школу з 13 років.
- B. Розлад поведінки викликає значне порушення функціонування у соціальному, навчальному та професійному середовищах.
- C. Якщо особі 18 або більше років, ці критерії не застосовуються до антисоціального розладу особистості.

## Опозиційно-викличний розлад поведінки

### Діагностичні критерії

- A. Модель злого/дратівливого настрою, конфліктної/викличної поведінки або мстивості, яка триває принаймні 6 місяців і проявляється під час взаємодії хоча б з однією людиною, яка не є рідним братом або сестрою, про що свідчать щонайменше 4 симптоми з наступних категорій.

#### Злий/дратівливий настрій

1. Часто втрачає самовладання.
2. Часто вразливий або дратівливий.
3. Часто сердитий та ображений.

#### Конфліктна/виклична поведінка

4. Часто сперечається з авторитетними особами або з дорослими (діти та підлітки).
5. Часто активно кидає виклик чи відмовляється виконувати правила або прохання авторитетних осіб.
6. Часто навмисно дратує інших.
7. Часто звинувачує інших у своїх помилках або поганій поведінці.

#### Мстивість

8. Був сердитий або мстивий принаймні двічі за останні 6 місяців.

**Примітка:** щоб відрізнити симптоматичну поведінку від поведінки в межах норми, слід враховувати тривалість та частоту такої поведінки. Для дітей до 5 років вона повинна виникати у більшості днів протягом 6 місяців, якщо не вказано інше. Для дітей старших за 5 років – щонайменше 1 раз на тиждень протягом 6 місяців, якщо не вказано інше. Необхідно враховувати також інші фактори, зокрема, частоту та інтенсивність поведінки, яка виходить за межі діапазону, котрий є нормо-типним для рівня розвитку особи, її статі та культури.

- B. Розлад поведінки пов'язаний із дистресом особи чи її безпосереднього соціального оточення (наприклад, сім'ї, однолітків, співробітників) або впливає негативно на соціальну, освітню, професійну або інші важливі сфери діяльності.
- C. Поведінка не є проявом психотичного, біполярного, депресивного розладів чи зловживання психоактивними речовинами. Також критерії не збігаються з розладом регуляції емоцій з вираженою дратівливістю та приступами злості (disruptive mood dysregulation disorder).

## 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 Oppositional Defiant Disorder (2007)

# Депресивні розлади

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ПОСЛУГ  
ДІТЯМ ТА ПІДЛІТКАМ

2023



# Виявлення та обстеження

## Процес діагностики

- Психіатричне обстеження дітей та підлітків повинне неодмінно включати скринінгові запитання про депресивну симптоматику.
- Для скринінгу симптомів депресії рекомендовано також використовувати опитувальники, що базуються на критеріях DSM-V або ICD-10, та/або шкали самооцінки депресії для дітей і батьків.
- Діагноз депресії може бути встановлений виключно за умови наявності ознак, які відповідають діагностичним критеріям міжнародної класифікації ICD-10 або DSM-V.
- При обстеженні дітей слід неодмінно врахувати деякі відмінності клінічної картини депресії у дітей та підлітків, які обумовлені фізичним, емоційним, когнітивним та соціальним розвитком дитини. Зокрема, діти можуть мати або труднощі з висловлюванням своїх почуттів, або заперечувати, що вони пригнічені.
- Слід бути уважним до таких проявів депресії, як дратівливість, зміни звичок сну, зниження успішності в школі та відмова від попередньої приємної діяльності.
- При обстеженні дитини/підлітка слід неодмінно взяти до уваги та занотувати наступне:
  - можливі супутні захворювання;
  - соціальний, навчальний та сімейний контексти, зокрема якість міжособистісних стосунків як з членами сім'ї, так із друзями та однолітками.
- Необхідно завжди запитувати дітей/підлітків та їхніх батьків/опікунів безпосередньо про:
  - вживання алкоголю та наркотиків;
  - досвід булінгу (цькування) чи насильства;
  - самопошкоджуючу поведінку;
  - суїцидальні думки та наміри.
- Підлітку слід запропонувати можливість обговорити ці питання спочатку наодинці.

- При обстеженні необхідно зібрати спадковий анамнез, зокрема щодо наявності депресії у батьків, зловживання ними психоактивними речовинами або інших психічних розладів та проблем у житті.
- Обстеження повинно враховувати культурні та етнічні відмінності в спілкуванні, сімейні цінності та місце дитини чи підлітка в сім'ї.
- Перш ніж почати будь-яке лікування, медичні працівники разом із підлітком повинні оцінити соціальну мережу навколо неї. Це має включати письмове формулювання з визначенням факторів, які могли сприяти розвитку та підтримці депресії, і які можуть вплинути на ефективність запропонованого лікування як позитивно, так і негативно.

### **Використання рейтингових шкал**

- Для діагностики депресій у дітей та підлітків можуть бути використані такі інструменти:
  - напівструктуроване інтерв'ю Kiddie-Sads (The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, K-SADS)
  - структуроване психіатричне інтерв'ю The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)
- Для моніторингу перебігу депресії у дітей та підлітків слід запропонувати опитувальник настрою та почуттів The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ).

### **Додаткові інструментальні та лабораторні обстеження**

- Додаткові інструментальні та лабораторні дослідження не є базовою частиною діагностики депресії і можуть бути показані лише при підозрі на депресію органічного походження чи наявності супутніх розладів.

### **Диференційна діагностика**

- Розлади та проблеми, що потребують розгляду при диференційній діагностиці:
  - Депресивна реакція на стрес, переживання втрати
  - Інші розлади психіки (тривожні розлади, розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, опозиційно-викличний розлад, біполярний розлад, розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин)
  - Соматичні розлади (анемії, дисфункція щитовидної залози, інфекційний мононуклеоз, деякі злоякісні новоутворення, аутоімунні захворювання та ін.)
  - Прийом медикаментів (кортикостероїди, психостимулянти, контрацептиви та ін.)

## Діагностика супутніх розладів

- Депресія зазвичай супроводжується іншими психіатричними та медичними станами, часто вони виникають разом.
- Найчастішими супутніми розладами є:
  - тривожні розлади
  - розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ)
  - розлади харчової поведінки
  - розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (у підлітків)

## Психоедукація та спільне планування допомоги

- Необхідно забезпечити дитину/підлітка та батьків достовірною інформацією щодо розладу.
- Ця інформація має відповідати віку та висвітлювати особливості, перебіг і лікування депресії, а також ймовірні побічні дії призначених медикаментів.
- Також рекомендовано надавати інформацію щодо матеріалів самопомоги чи інших методів, які використовуються або вважаються потенційно корисними для пацієнта та батьків/опікунів. Зокрема:
  - інформаційні буклети
  - телефони довіри
  - групи підтримки/взаємопідтримки батьків, у громаді
  - додаткові методи лікування та релігійні спільноти.
- Необхідно рекомендувати матеріали чи стратегії самопомоги лише як частину підтримуваного та запланованого пакету допомоги.
- Слід докласти всіх зусиль, необхідних для залучення дитини або підлітка та батьків/опікунів до прийняття рішень щодо лікування, з повним урахуванням очікувань пацієнта та батьків.
- Необхідно проінформувати дитину чи підлітка, які починають приймати антидепресанти, та їх батьків/опікунів про:
  - обґрунтування медикаментозного лікування
  - затримку настання ефекту
  - часовий курс лікування
  - можливі побічні дії
  - необхідність приймати ліки за призначенням.
- Обговорення цих питань має доповнюватися письмовою інформацією, що відповідає потребам дітей/підлітків та їх батьків/опікунів.

# Модель допомоги дітям та підліткам з депресією

## Загальні принципи

- Більшість дітей та підлітків з депресією слід лікувати амбулаторно.
- Перш ніж почати будь-яке лікування, медичні працівники разом із підлітком повинні оцінити соціальну мережу навколо нього. Це має включати письмове формулювання з визначенням факторів, які могли сприяти розвитку та підтримці депресії, і які можуть вплинути на ефективність запропонованого лікування як позитивно, так і негативно.
- Коли цькування вважається фактором депресії дитини або підлітка, фахівці психічного здоров'я, сімейні лікарі та працівники освіти повинні співпрацювати, щоб запобігти йому та розробити ефективні стратегії боротьби з ним.
- Психотерапевти повинні створити лікувальний альянс з сім'єю. Якщо це виявиться складним, слід розглянути питання про надання сім'ї альтернативного психотерапевта.
- Слід запропонувати дитині або підлітку з депресією рекомендації щодо переваг регулярних фізичних вправ і заохочувати до виконання програми структурованої фізичної активності, яка зазвичай включає від 3 занять на тиждень середньої тривалості (від 45 хвилин до 1 години) впродовж 10-12 тижнів.
- Слід запропонувати дитині або підлітку з депресією рекомендації щодо гігієни сну та переваг збалансованого харчування.

## Лікувальна тактика депресії легкого ступеню

### Активне спостереження

- З дітьми та підлітками з депресією легкого ступеню, які відмовляються від втручання або які, на думку лікаря, можуть одужати без втручання, слід домовитися про додаткове обстеження (зазвичай протягом 2 тижнів — «активне спостереження»).
- Необхідно зв'язатися з дітьми та підлітками з депресією, які не відвідують призначені консультації.

### Лікування

- Антидепресанти не слід застосовувати для початкового лікування дітей та підлітків з легкою депресією.
- Рекомендовано обговорити вибір психотерапії з дітьми та підлітками з легкою депресією та батьками чи опікунами (за потреби).

- Необхідно пояснити:
  - що включають різні види психотерапії
  - докази для кожної вікової групи (зокрема, обмежені докази для дітей 5-11 років)
  - як психотерапія може задовольнити індивідуальні потреби, вподобання та цінності
- Вибір психотерапії має базуватись на:
  - повній оцінці потреб дитини, включаючи:
    - стан дитини та членів сім'ї
    - клінічну та особисту/соціальну історію та презентацію
    - зрілість і рівень розвитку
    - контекст, у якому має проводитися лікування
    - супутні захворювання, нейророзвиткові розлади, потреби в спілкуванні (мова, сенсорні порушення) та розлади шкільних навичок
  - уподобаннях та цінностях пацієнта та опікуна (якщо це доречно).
- **Для дітей 5-11 років із легкою депресією**, що триває після 2-х тижневої вічікувальної тактики, без значних коморбідних проблем або активних суїцидальних ідей чи планів, слід розглянути такі варіанти, адаптовані до рівня розвитку:
  - комп'ютеризована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)
  - групова КПТ
  - групова недирективна підтримуюча терапія
  - групова інтерперсональна психотерапія (ІПТ).
- Якщо ці варіанти не відповідають клінічним потребам або ситуації дитини, слід розглянути наступні, адаптовані до рівня розвитку:
  - сімейну терапію, що базується на прив'язаності
  - індивідуальну КПТ
- Слід врахувати, що комп'ютеризована КПТ повинна:
  - базуватися на принципах КПТ
  - надаватися з використанням цифрових пристроїв (комп'ютера, планшета або мобільного телефону).

- **Для дітей 12-18 років з легкою депресією**, що триває після 2-х тижневої вичікувальної тактики, і без значних коморбідних проблем або активних суїцидальних ідей чи планів слід запропонувати на вибір наступні види психотерапії протягом обмеженого періоду (приблизно від 2 до 3 місяців):
  - комп'ютеризована КПТ
  - групова КПТ
  - групова недирективна підтримуюча терапія
  - групова інтерперсональна психотерапія (ІПТ).
- Якщо ці варіанти не відповідають клінічним потребам або ситуації, дітям 12–18 років з легкою депресією слід розглянути:
  - сімейну терапію, що базується на прив'язаності
  - індивідуальну КПТ.
- Якщо у дитини чи підлітка з легкою депресією немає клінічної відповіді на психотерапію через 2 - 3 місяці, необхідно скерувати дитину чи молоду людину на повторний огляд до дитячого психіатра.
- Слід дотримуватися тих же рекомендацій, що й при лікуванні помірної та важкої депресії у дітей та підлітків, в яких депресія продовжується після 2 - 3 місяців психотерапії.

### **Лікувальна тактика депресії помірного та важкого ступеню**

- **Дітям 5-11 років** із середньою та важкою депресією необхідно запропонувати наступні варіанти, адаптовані до рівня розвитку:
  - сімейно-центровану ІПТ
  - сімейну терапію (сімейно-орієнтоване лікування дитячої депресії та системну інтегративну сімейну терапію)
  - психодинамічну психотерапію
  - індивідуальну КПТ.
- **Дітям 12-18 років** із помірною та важкою депресією необхідно запропонувати індивідуальну КПТ щонайменше на 3 місяці.
- Якщо індивідуальна КПТ не відповідає клінічним потребам та стану дитини 12-18 років із помірною та важкою депресією, слід розглянути наступні варіанти:
  - ІПТ-П (інтерперсональна психотерапія для підлітків)
  - сімейну терапію (базовану на прив'язаності або системну)
  - коротке психосоціальне втручання
  - психодинамічну психотерапію.

## Комбіноване лікування депресії помірного та важкого ступеню

- Слід розглянути комбіновану терапію (флуоксетин та психотерапію) для початкового лікування помірної та важкої депресії у підлітків (12–18 років), як альтернативу психотерапії з наступною комбінованою терапією.
- Якщо у дитини чи підлітка з депресією помірного та важкого ступеню немає клінічної відповіді після 4-6 сеансів психотерапії, слід провести мультидисциплінарний огляд.
- Після мультидисциплінарного огляду, якщо депресія дитини чи підлітка не реагує на психотерапію внаслідок інших супутніх факторів (наявність коморбідних станів, постійних психосоціальних факторів ризику, наприклад, сімейних розбіжностей або проблем психічного здоров'я батьків), слід розглянути альтернативну або, можливо, додаткову психотерапію для батьків або інших членів сім'ї, або альтернативну психотерапію для пацієнта.
- Після мультидисциплінарного огляду необхідно запропонувати флуоксетин, якщо у дитини з депресією помірного та важкого ступеню (12–18 років) немає клінічної відповіді на специфічну психотерапію через 4-6 сеансів.
- Після мультидисциплінарного огляду слід обережно запропонувати флуоксетин, якщо у дитини з депресією помірного та важкого ступеню (5–11 років) немає клінічної відповіді на психотерапію після 4-6 сеансів, попри те, що немає доказів про ефективність флуоксетину в цій віковій групі.

## Якщо депресія не відповідає на комбіновану терапію

- Якщо у дитини чи підлітка з депресією помірного та важкого ступеню немає клінічної відповіді на комбіноване лікування певним методом психотерапії та флуоксетином після додаткових 6 сеансів, або пацієнт та/або їх батьки чи опікуни відмовилися від пропозиції флуоксетину, мультидисциплінарна команда повинна оцінити всі потреби та ризики.
- Обстеження повинно включати перегляд діагнозу, вивчення можливих супутніх діагнозів, переоцінку можливих індивідуальних, сімейних та соціальних причин депресії, розгляд того, чи достатньо доказове лікування, оцінку подальшої психотерапії для пацієнта та/або додаткової допомоги для сім'ї.
- Після мультидисциплінарного огляду, слід розглянути наступне:
  - альтернативну психотерапію, яку не пробували раніше (індивідуальну КПТ, інтерперсональну терапію або короткотермінову сімейну терапію, тривалістю щонайменше 3 місяці)
  - системну сімейну терапію (щонайменше 15 сеансів що два тижні) або
  - психодинамічну психотерапію (приблизно 30 щотижневих сеансів).

## Як застосовувати антидепресанти у лікуванні дітей та підлітків

- Не пропонуйте дитині чи підлітку з середньою та важкою депресією антидепресанти, окрім як у поєднанні з одночасною психотерапією.
- Необхідно прийняти конкретні заходи щодо ретельного моніторингу побічних реакцій на медикаменти, а також для огляду психічного стану та загальної динаміки. Наприклад, щотижневий контакт з дитиною або молодією людиною та її батьками упродовж перших 4 тижнів лікування.
- У випадку відмови від психотерапії, медикаментозне лікування все ж може бути призначене, однак, дитячий психіатр повинен регулярно ретельно контролювати прогрес дитини чи підлітка та особливо зосереджуватися на побічних реакціях.
- При помірній та важкій депресії призначається флуоксетин.
- Початкова доза повинна становити 10 мг на день. Її можна збільшити до 20 мг щодня за 1 тиждень, якщо це клінічно необхідно, хоча нижчі дози слід враховувати у дітей із меншою масою тіла.
- Під час прийому антидепресанту, слід ретельно стежити за появою суїцидальної поведінки, самопошкодження чи ворожості. Після початку прийому медикаментів, пацієнти та їх батьки/опікуни повинні бути поінформовані, що якщо є ознаки нових подібних симптомів, необхідно терміново звернутися до лікаря, що призначив лікування.
- Коли дитина або підліток реагує на лікування флуоксетином, лікування препаратом слід продовжувати принаймні 6 місяців після ремісії (визначається як відсутність симптомів та повноцінне функціонування впродовж принаймні 8 тижнів). Іншими словами: впродовж 6 місяців після 8-тижневого періоду повноцінного функціонування.
- Якщо лікування флуоксетином не дає ефекту або не переноситься через побічні ефекти, слід розглянути застосування іншого антидепресанту. У цьому випадку сертралін або циталопрам є рекомендованим методом лікування другої лінії.
- Коли дитина або підліток реагує на лікування циталопрамом або сертраліном, лікування препаратом слід продовжувати принаймні 6 місяців після ремісії (визначається як відсутність симптомів та повноцінне функціонування впродовж принаймні 8 тижнів).
- Коли дитині або підлітку з депресією призначають антидепресант, відмінний від флуоксетину, початкова доза повинна становити половину денної початкової дози для дорослих. Її можна поступово збільшувати до денної дози для дорослих протягом наступних 2-4 тижнів, якщо це клінічно необхідно, хоча нижчі дози слід враховувати у дітей із меншою масою тіла.

- Пароксетин та венлафаксин не слід застосовувати для лікування депресії у дітей та підлітків.
- Трициклічні антидепресанти не слід застосовувати для лікування депресії у дітей та підлітків.
- Якщо є необхідність припинити прийом антидепресантів, препарат слід припиняти протягом 6-12 тижнів, причому точну дозу титрують відповідно до рівня припинення/відміни симптомів.

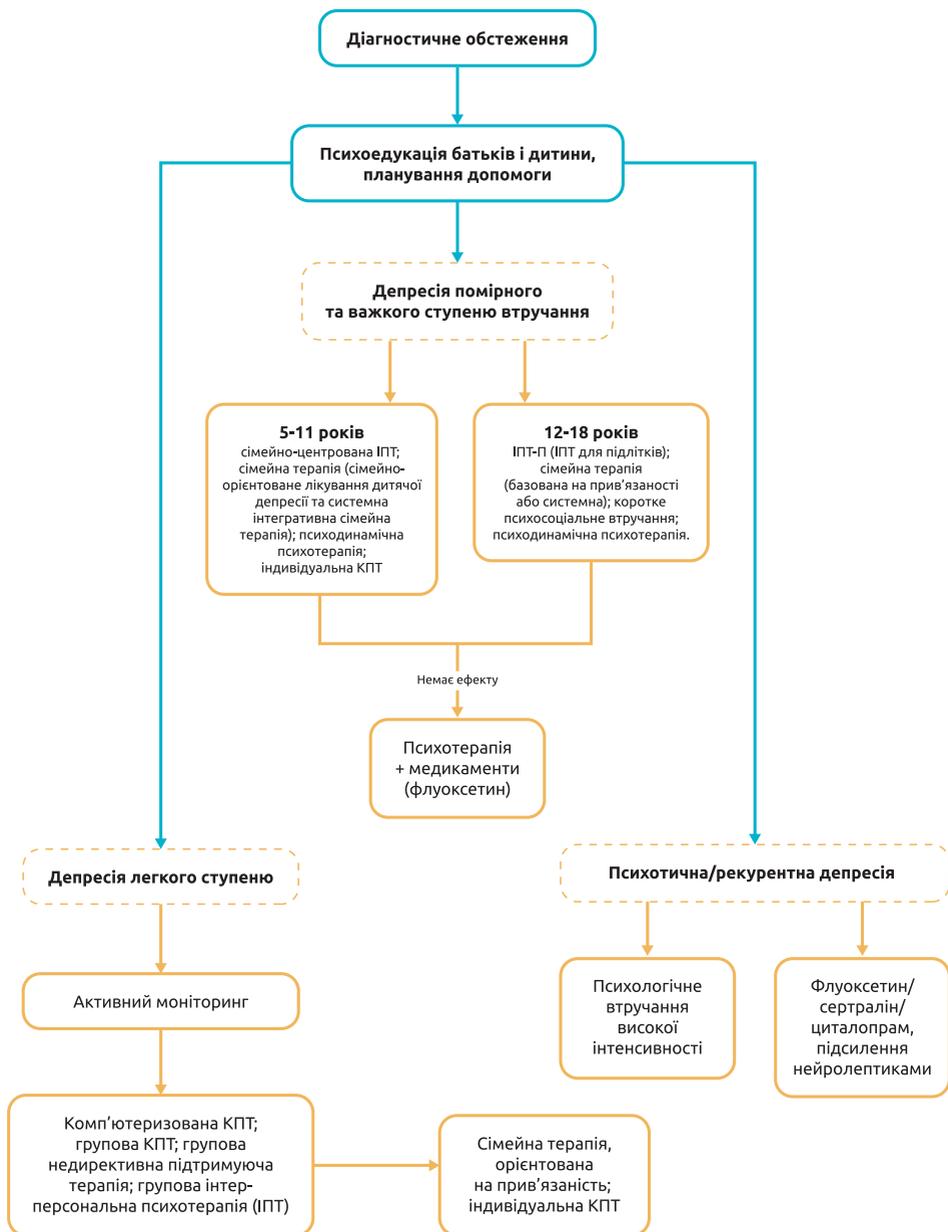
## **Лікування психотичної депресії**

- Для дітей та підлітків із психотичною депресією слід розглянути можливість розширення поточного плану лікування антипсихотичними препаратами другого покоління, хоча оптимальна доза та тривалість лікування невідомі.
- У дітей та підлітків, яким призначено антипсихотичні препарати другого покоління, слід ретельно контролювати наявність побічних ефектів.

## **Стаціонарне лікування**

- Слід розглянути питання про стаціонарне лікування дітей та підлітків, які мають високий ризик самогубства, високий ризик серйозного самопошкодження або високий ризик нехтування собою, та/або коли потрібна більша інтенсивність лікування (або спостереження) недоступна в інших місцях, або якщо показане інтенсивне обстеження.
- Розглядаючи питання про госпіталізацію дитини або підлітка з депресією, необхідно збалансувати переваги стаціонарного лікування з потенційними шкідливими наслідками, наприклад, втратою підтримки сім'ї та оточення.
- Якщо показано стаціонарне лікування, спеціалісти центрів психічного здоров'я повинні залучати дитину чи підлітка та батьків/опікунів до процесу госпіталізації та лікування, коли це можливо.

# Графічний алгоритм послуг для дітей та підлітків з депресією та членів їх родин



# Мережева співпраця і зв'язок з локальними маршрутами допомоги

## Покрокова допомога

Модель покрокової допомоги забезпечує основу для організації надання послуг та підтримує як медичних працівників, так і пацієнтів, їхніх батьків/опікунів у визначенні та доступі до найбільш ефективних втручань.

Настанови складаються з 5 кроків:

1. Виявлення депресії та оцінка ризиків в умовах первинної ланки медичної допомоги та у громаді.
2. Виявлення депресії у дітей та підлітків, які звернулися до служб психічного здоров'я дітей та підлітків (включаючи центри психічного здоров'я).
3. Лікування виявленої депресії в умовах первинної ланки – легка депресія.
4. Лікування виявленої депресії на вторинному (спеціалізованому) рівні в амбулаторних умовах консультативно-діагностичних підрозділів лікарень, міських дитячих лікарень або центрів психічного здоров'я – від помірної до тяжкої депресії.
5. Лікування виявленої депресії на третинному (високоспеціалізованому) рівні – депресія без відповіді, повторна та психотична депресія, зокрема, депресія, яка потребує стаціонарного лікування.

Кожен крок передбачає додаткові втручання; вищі ступені передбачають втручання на попередньому кроці.

## Виявлення депресії та визначення ризиків

- Медичним фахівцям первинної ланки необхідно пройти навчання щодо виявлення симптомів депресії та обстеження дітей та підлітків, які можуть піддаватися ризику розвитку депресії.
- Навчання має включати оцінювання:
  - недавніх та минулих психосоціальних факторів ризику, зокрема, вік, стать, сімейні конфлікти, цькування, фізичне, сексуальне чи емоційне насильство, супутні розлади, зокрема, вживання наркотиків та алкоголю та історію депресії батьків;
  - історію втрат близьких;
  - важливості множинних факторів ризику;

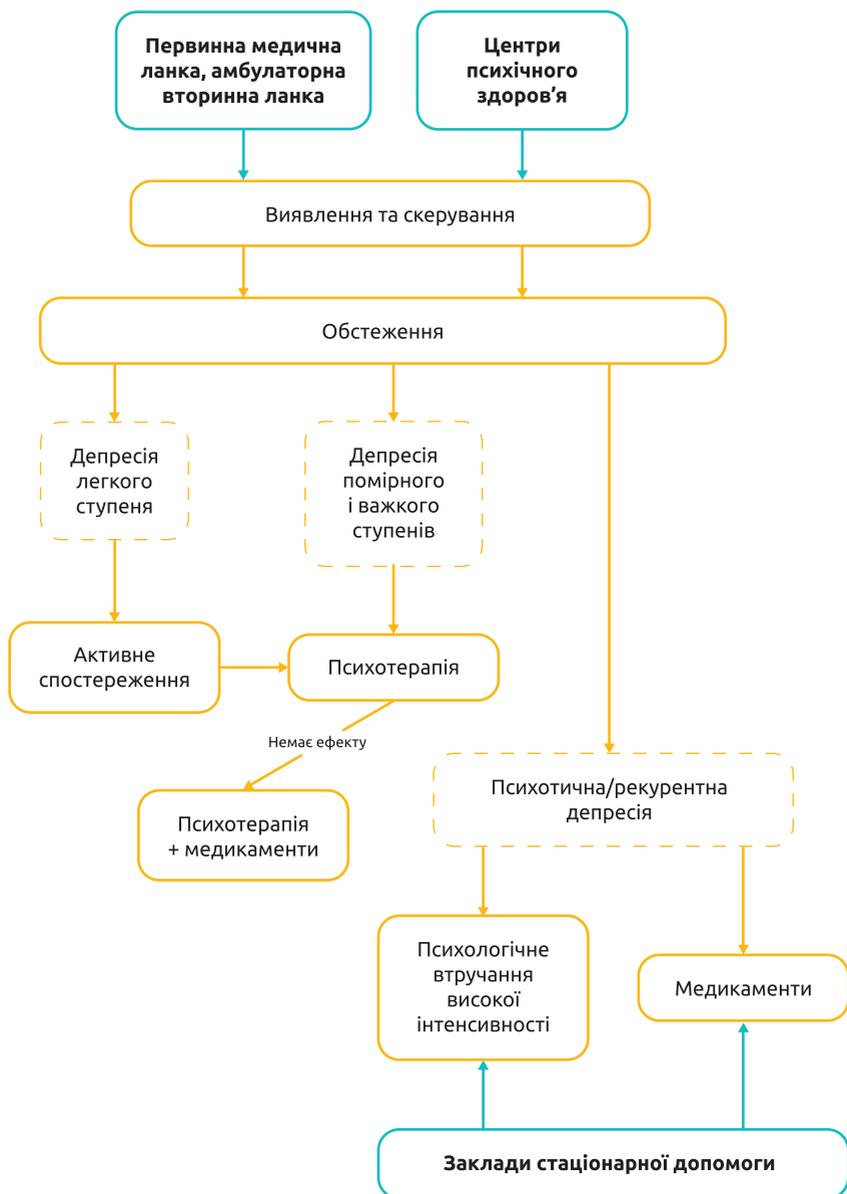
- етнічних та культурних факторів;
- факторів, які, як відомо, пов'язані з високим ризиком розвитку депресії та проблем зі здоров'ям: безпритульність, статус біженця та проживання в інституційних закладах.
- Також навчання для медичних фахівців первинної ланки повинно включати комунікативні навички, як-от «активне слухання» та «розмовні навички», щоб можна було впевнено справлятися з гострим смутком і стражданням, які можуть виникнути у дітей та підлітків після нещодавніх небажаних подій.
- Медичні фахівці первинної ланки медичної допомоги повинні бути знайомі зі скринінгом розладів настрою.
- Коли дитина або підліток зазнає однієї недавньої небажаної життєвої події, як-то важкої втрати, розлуки чи розлучення батьків, важкого сумного досвіду, медичні фахівці первинної ланки повинні провести оцінювання ризиків депресії.

### **Критерії скерування**

- Необхідно використовувати наступні фактори як критерії того, що лікування депресії у дітей та підлітків може здійснюватися на первинній ланці:
  - вплив однієї небажаної події за відсутності інших факторів ризику депресії
  - вплив нещодавньої небажаної життєвої події за наявності 2 або більше інших факторів ризику без ознак депресії та/або самоушкодження
  - вплив нещодавньої небажаної життєвої події, коли 1 чи більше членів сім'ї (батьків чи дітей) мають в анамнезі множинний ризик розвитку депресії, за умови, що немає доказів депресії та/або самоушкодження у дитини чи підлітка
  - легка депресія без супутніх захворювань.

- Необхідно використовувати наступні фактори як критерії скерування дітей та підлітків з депресією до дитячих психіатрів консультативно-діагностичних підрозділів лікарень, міських дитячих лікарень або центрів психічного здоров'я:
  - депресія з 2 або більше іншими факторами ризику депресії
  - депресія, коли 1 або більше членів сім'ї (батьків або дітей) мають в анамнезі множинний ризик депресії
  - легка депресія після втручання на первинному рівні через 2–3 місяці
  - помірна або важка депресія (включаючи психотичну депресію)
  - ознаки рецидиву депресії у тих, хто одужав від попередньої помірної або тяжкої депресії
  - незрозуміле нехтування собою тривалістю щонайменше 1 місяць, що може зашкодити фізичному здоров'ю
  - активні суїцидальні ідеї чи плани
  - скерування за запитом підлітків або їх батьків чи опікунів.
- Слід використовувати наступні фактори як критерії скерування дітей та підлітків з депресією на стаціонарне обстеження та лікування:
  - високий ризик рецидиву актів самоушкодження або самогубства
  - значне постійне нехтування собою (наприклад, недостатня особиста гігієна або значне зменшення споживання їжі, що може зашкодити фізичному здоров'ю)
  - вимога щодо інтенсивності оцінки/лікування та/або рівня нагляду, яка недоступна на вторинному рівні в амбулаторних умовах консультативно-діагностичних підрозділів лікарень, міських дитячих лікарень та центрів психічного здоров'я.

## Локальний маршрут допомоги дітям та підліткам з депресією та членам їх родин



# Додаток 1. Діагностичні критерії за DSM-V

## Депресивні розлади

**А.** П'ять (чи більше) наступних симптомів тривають впродовж двотижневого періоду і відображають зміну попереднього функціонування у хоча б одному: (1) пригніченому настрої або (2) втраті інтересу чи задоволення.

**Примітка:** не слід включати сюди симптоми, що чітко пов'язані з іншими клінічними станами.

1. Пригнічений настрій протягом більшої частини дня, майже кожного дня, як зазначає або сама особа (наприклад, відчуття суму, порожнечі, безнадії), або за спостереженнями інших (наприклад, особа виглядає так, ніби готова розплакатися).

**Примітка:** у дітей та підлітків може бути дратівливий настрій.

2. Помітне зниження інтересу або задоволення загалом чи майже загалом, активності протягом дня, майже кожного дня (як зазначає сама особа чи за спостереженнями інших).
3. Значна втрата ваги тіла без дотримування дієти чи набирання ваги (наприклад, зміна ваги більш, ніж на 5 % протягом місяця) або зростання чи зниження апетиту майже кожного дня.

**Примітка:** у дітей слід розглянути можливість недостатнього набирання потрібної ваги.

4. Безсоння чи надмірна сонливість майже кожного дня.
5. Психомоторне збудження чи загальмованість майже кожного дня (помітні іншим, а не лише за суб'єктивними відчуттями неспокою чи сповільненості).
6. Втомлюваність чи втрата енергії майже кожного дня.
7. Почуття нікчемності або надмірне чи невідповідне почуття вини (яке може бути маячним) майже кожного дня, (а не лише самозвинувачення чи почуття вини через хворобу).
8. Зниження здатності думати чи концентруватися або нерішучість майже кожного дня (за словами самої особи чи зі спостережень інших).
9. Рецидивуючі думки про смерть (не просто страх смерті), повторювані думки про самогубство без конкретного плану, або спроби самогубства, або конкретний план суїциду.

- В.** Симптоми викликають значний дистрес чи порушення функціонування у соціальній, професійній та інших важливих сферах.
- С.** Епізод не пов'язаний з фізіологічним впливом дії речовин чи іншим клінічним станом.

**Примітка:** критерії А-В відповідають великому депресивному епізоду.

**Примітка:** реакції на значні втрати (наприклад, втрата близької людини, фінансовий крах, втрати внаслідок стихійного лиха, серйозне захворювання чи неповносправність) можуть передбачати великий сум, роздуми про втрату, безсоння, знижений апетит і втрату ваги, згадану у критерії А, що можуть нагадувати депресивний епізод. Хоч такі симптоми можуть здаватися зрозумілими чи відповідними до втрати, наявність великого депресивного епізоду у поєднанні з нормальною реакцією на важку втрату має бути також уважно розглянута. Це рішення неминуче потребує клінічної оцінки на основі історії особи та культурних норм вираження стресу в контексті втрати.

**Д.** Виникнення великого депресивного епізоду не пояснюється шизоафективним розладом, шизофренією, шизофреноформними розладами, маячними розладами чи іншими специфічними або неспецифічними розладами шизофренічного спектру та іншими психотичними розладами.

**Е.** Відсутність епізодів манії чи гіпоманії.

**Примітка:** цей виняток не застосовується, якщо всі схожі на манію чи гіпоманію епізоди спричинені дією речовин чи пов'язані з фізіологічними наслідками інших клінічних станів.

## Ступені важкості

Важкість визначається за кількістю симптомів критерію, інтенсивністю цих симптомів та ступенем функціональної неповносправності.

**Легкий ступінь:** незначна кількість симптомів, інтенсивність яких спричиняє страждання, але дозволяє справитися з ними і викликає незначні порушення у соціальній чи професійній сфері.

**Помірний ступінь:** помірна кількість симптомів, інтенсивність яких і / або функціональне порушення знаходиться в діапазоні між «легким» та «важким» ступенями.

**Важкий ступінь:** кількість симптомів є істотно більшою від необхідної для встановлення діагнозу; інтенсивність симптомів викликає значне страждання і не дозволяє справитися з ними; симптоми значно ускладнюють функціонування у соціальній та професійній сферах.

## Міжнародні клінічні протоколи використані при розробці даного протоколу

- Depression in children and young people: identification and management, (NICE guideline, 2019)
- «Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders» AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007)

КОЛО(☺)СІМ'І

Центр здоров'я та розвитку

# Психотичні розлади та шизофренія

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ПОСЛУГ  
ДІТЯМ ТА ПІДЛІТКАМ

2023



# Виявлення та обстеження

## Процес діагностики

- Психіатричне обстеження дітей і підлітків має включати скринінгові запитання щодо психозу.
- Батьки, члени родини, вчителі та інші надавачі послуг є важливим джерелом інформації для документування явних змін у поведінці та мисленні.
- Явні ознаки розладу повинні бути очевидними при огляді психічного стану та в описах поведінки дитини. Без явних доказів психозу достовірність повідомлень про симптоми шизофренії у дітей потребує ретельної перевірки.
- Діагностика шизофренії у дітей і підлітків повинна відповідати критеріям DSM-5, (використовуються ті самі критерії, що й для діагностики дорослих).
- Комплексна діагностична оцінка включає бесіди з дитиною або підлітком та сім'єю, а також огляд минулих записів і будь-якої іншої доступної допоміжної інформації.
- При підозрі шизофренії у підлітка слід провести ретельне обстеження на наявність інших відповідних клінічних станів та/або пов'язаних із ними проблем, включаючи суїцидальні ризики, супутні захворювання, зловживання психоактивними речовинами, порушення розвитку, психосоціальні стресові фактори та медичні проблеми.
- Якщо чіткий діагноз психозу поставити неможливо, слід регулярно спостерігати за подальшими змінами симптомів і функціонування протягом 3 років. Частота та тривалість моніторингу визначається за допомогою:
  - тяжкості і частоти симптомів;
  - рівня порушення та/або стресу у дитини чи підлітка;
  - ступеня порушення або занепокоєння у сім'ї.
- Рекомендовано звернутись до сімейного лікаря із проханням/рекомендаціями продовжувати спостерігати за змінами психічного стану.

## Використання діагностичних та рейтингових шкал

- Для збільшення діагностичної точності можна використовувати структуровані діагностичні інтерв'ю, які розроблені для підлітків та включають модуль щодо психотичних розладів.
- Слід пам'ятати, що не існує нейровізуалізаційних, психологічних чи лабораторних тестів, які би встановлювали діагноз шизофренії.

## Додаткові обстеження

- Медичні обстеження повинні бути зосереджені на виключенні непсихіатричних причин психозу. Зокрема, детальніше обстеження показано для атипичних проявів, таких як значне погіршення когнітивних і моторних здібностей, вогнищевих неврологічних симптомів або делірію.
- Додаткові обстеження призначають, з огляду на конкретні медичні показання, наприклад, нейровізуалізаційні обстеження при наявності неврологічних симптомів або електроенцефалограма при наявності інформації в анамнезі, яка свідчить про судоми. Токсикологічні обстеження показані при гострому початку або загостренні психозу, якщо немає інших методів виявлення впливу наркотичних речовин.

## Диференційна діагностика

- При психіатричному обстеженні слід враховувати диференціальну діагностику інших розладів та станів, які можуть призвести до психозу.
- Медичні стани, які можуть призвести до психозу:
  - інфекції центральної нервової системи;
  - делірій;
  - новоутворення;
  - ендокринні розлади;
  - генетичні синдроми, наприклад, синдром Ді Джорджі (делеція 22q11);
  - аутоімунні розлади;
  - вплив токсичних речовин.
- Наркотики, які можуть викликати психотичні симптоми, включають декстрометорфан, діетиламід лізергінової кислоти, галюциногенні гриби, псилоцибін, пейот, канабіс, стимулятори та інгалянти.
- Медикаменти, які асоціюються з психозом, особливо при неправильному застосуванні, включають кортикостероїди, анестетики, антихолінергічні засоби, антигістамінні засоби та амфетаміни.

- Важливі розлади, які слід виключити при обстеженні шизофренії у підлітка:
  - **Шизоафективний синдром.** Шизоафективний розлад вимагає наявності психотичних симптомів, а також виражених перепадів настрою, що відповідають повністю критеріям манії чи депресії, і присутні протягом значної тривалості захворювання.
  - **Афективний психоз.** Психотичні розлади настрою (особливо біполярний розлад) можуть проявлятися різними афективними та психотичними симптомами.
  - **Нетипові повідомлення про психотичні симптоми.** Багато дітей і підлітків повідомляють про симптоми, що вказують на галюцинації та маячення, але не мають явних ознак психозу.
  - **Розлади аутистичного спектру.** Аутизм відрізняється від шизофренії відсутністю психотичних симптомів та переважанням характерних девіантних мовних патернів, атипових соціальних взаємозв'язків або повторюваної поведінки.

## Діагностика супутніх розладів

- Підлітки з підозрою на шизофренію потребують ретельного обстеження поширених супутніх захворювань, таких як зловживання психоактивними речовинами або затримки розвитку когнітивних функцій.

# Модель допомоги дітям та підліткам з психозом та шизофренією

## Загальний огляд моделі

- Психоедукація батьків та дитини/підлітка, спільне планування допомоги.
- Лікування симптомів, недостатніх для встановлення діагнозу психозу чи шизофренії:
  - когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) із сімейними втручаннями або без них
  - протоколи лікування, рекомендовані для дітей та підлітків з тим чи іншим тривожним розладом, депресією, розладом особистості, який формується, а також при зловживанні психоактивними речовинами.
- Лікування першого епізоду психозу:
  - фармакологічні втручання (пероральні антипсихотичні медикаменти) в поєднанні з
  - психологічними втручаннями (сімейні втручання з індивідуальною КПТ).
- Лікування будь-яких наступних гострих епізодів психозу чи шизофренії:
  - фармакологічні втручання (пероральні антипсихотичні медикаменти) в поєднанні з
  - психологічними втручаннями (сімейні втручання з індивідуальною КПТ);
  - (наприклад, танцерухова терапія, психодрама, музикотерапія або арт-терапія)
- Лікування на етапі відновлення:
  - психологічні втручання (сімейні втручання, індивідуальна КПТ, терапія творчими методами);
  - фармакологічні втручання (антипсихотичні медикаменти)

## Психоедукація

- Під час спілкування з дітьми і підлітками з психозом чи шизофренією та їхніми батьками чи опікунами слід:
  - враховувати рівень розвитку дитини або підлітка, емоційну зрілість і когнітивні здібності, включаючи будь-які проблеми з навчанням, проблеми із зором або слухом або затримки в розвитку мови;
  - використовувати зрозумілу мову, де це можливо, і чітко пояснювати усі медичні назви;
  - переконатися, що дитина чи підліток та батьки чи опікуни розуміють те, про що йдеться;
  - за потреби використовувати додаткові засоби спілкування (наприклад, зображення, символи, великий шрифт, різні мови тощо).
- Дітям і підліткам із психозом або шизофренією та їхнім батькам або опікунам необхідно надавати вичерпну інформацію відповідною мовою письмово про:
  - природу психозу та шизофренії, а також методи лікування (включаючи фармакологічні та психологічні втручання, їхні переваги та побічні ефекти), що сприяє обговоренню та порозумінню;
  - групи підтримки, у тому числі волонтерські.
- При спілкуванні з дитиною чи підлітком із психозом чи шизофренією рекомендовано використовувати різноманітні засоби донесення інформації, включаючи листи, телефонні дзвінки, електронні листи чи текстові повідомлення, відповідно до їхніх уподобань.

## Варіанти лікування симптомів, недостатніх для встановлення діагнозу психозу чи шизофренії

- При короткочасних або слабо виражених психотичних симптомах чи інших змінах психічного стану, які призвели до дистресу, порушення функціонування або звернення по допомогу, але є недостатніми для діагностування психозу чи шизофренії, потрібно:
  - розглянути індивідуальну когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) із сімейними втручаннями або без них;
  - запропонувати способи лікування, рекомендовані для дітей та підлітків з тим чи іншим тривожним розладом, депресією, розладом особистості, який формується, а також при зловживанні психоактивними речовинами.
- Не слід пропонувати антипсихотичні медикаменти при змінах психічного стану та психотичних симптомах, недостатніх для встановлення діагнозу психозу чи шизофренії, або ж із метою зменшити ризик виникнення психозу.

## Перший епізод психозу

### Варіанти лікування першого епізоду психозу

- Для дітей та підлітків з першим епізодом психозу слід запропонувати:
  - пероральні антипсихотичні медикаменти в поєднанні з
  - психологічними втручаннями (сімейні втручання з індивідуальною КПТ).
- Якщо дитина чи підліток та її батьки чи опікуни бажають спробувати тільки психологічні втручання (сімейні втручання з індивідуальною КПТ) без антипсихотичних медикаментів, необхідно наголосити, що психологічні втручання у поєднанні з антипсихотичними медикаментами є найефективнішими.
- Якщо ж дитина чи підліток та її батьки чи опікуни все ще бажають обмежитися лише психологічними втручаннями, слід запропонувати сімейні втручання та індивідуальну КПТ.
- Необхідно узгодити часове обмеження (1 місяць чи менше) для перегляду варіантів лікування, включаючи призначення антипсихотичних медикаментів.
- Потрібно продовжувати регулярно контролювати симптоми, рівень дистресу та порушеного функціонування, включаючи навчальні обов'язки та досягнення.

## Вибір антипсихотичних препаратів

- Вибір антипсихотичних препаратів має здійснюватися батьками чи опікунами менших дітей або спільно з підлітком та їхніми батьками чи опікунами та медичними працівниками.
- Слід надати інформацію відповідно до віку та обговорити ймовірні переваги і можливі побічні ефекти кожного препарату, в тому числі:
  - метаболічні (включаючи збільшення ваги та діабет);
  - екстрапірамідні (включаючи акатизію, дискінезію та дистонію);
  - серцево-судинні (включаючи подовження інтервалу QT);
  - гормональні (включаючи підвищення пролактину в плазмі крові);
  - інші (включаючи неприємні суб'єктивні переживання).
- Обираючи між оланзапіном та іншими антипсихотичними препаратами «другого покоління», рекомендовано обговорити з підлітками та їхніми батьками чи опікунами ймовірність збільшення ваги при застосуванні оланзапіну.
- Слід повідомити їм, що цей ефект, ймовірно, виникне незабаром після початку лікування.

## Як застосовувати пероральні антипсихотичні препарати

- Перед початком прийому антипсихотичних препаратів необхідно провести і записати наступні базові обстеження:
  - вага та зріст (обидва нанесені на діаграму зросту);
  - обхват талії та стегон;
  - пульс та артеріальний тиск;
  - рівень глюкози в крові натще або глікозильованого гемоглобіну (HbA1c);
  - ліпідний профіль крові та рівень пролактину;
  - наявність будь-яких моторних розладів;
  - режим харчування та рівень фізичної активності.
- Перед початком прийому антипсихотичних препаратів слід запропонувати дитині або підлітку зробити електрокардіограму (ЕКГ), якщо:
  - фізичне обстеження виявило специфічний серцево-судинний ризик (наприклад, артеріальну гіпертензію);

- є серцево-судинні захворювання в анамнезі;
- є сімейна історія серцево-судинних захворювань, таких як раптова серцева смерть або подовжений інтервал QT;
- дитина або підліток перебувають на стаціонарному лікуванні.
- Лікування антипсихотичними медикаментами слід розглядати як певний індивідуальний терапевтичний процес.
- На початку лікування необхідно давати дозу, меншу за нижню межу допустимого діапазону для дорослих, якщо препарати не ліцензовані для дітей і підлітків, та в межах нижньої межі, коли медикаменти ліцензовані для дітей та підлітків; збільшувати дозу у встановленому діапазоні застосування слід повільно.
- Потрібно випробовувати медикаменти до оптимального дозування протягом 4-6 тижнів.
- Не слід використовувати «ударну» дозу антипсихотичних медикаментів (так звану «швидку нейролептизацію»).
- Не слід ініціювати постійне комбінування антипсихотичних медикаментів, за винятком коротких періодів (наприклад, при заміні медикаментів).

## **Як здійснювати психологічне втручання**

- При проведенні психологічного втручання для дітей та підлітків із психозом або шизофренією необхідно враховувати рівень їхнього розвитку, емоційну зрілість і когнітивні здібності, у тому числі будь-які проблеми з навчанням, проблеми із зором або слухом або затримку мовного розвитку.
- Сімейні втручання повинні:
  - передбачати участь дитини чи підлітка з психозом або шизофренією, якщо це доцільно.
  - проводитись від 3 місяців до 1 року.
  - включати щонайменше 10 запланованих сесій.
  - враховувати стосунки між батьками чи опікунами та дитиною або підлітком із психозом чи шизофренією.
  - мати особливі підтримувальні, освітні або лікувальні функції та включати навички вирішення проблем чи управління у кризових ситуаціях.

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) має відбуватися в індивідуальному порядку та складатися із щонайменше 16 запланованих сесій (хоча може знадобитися більше).
- При проведенні КПТ слід дотримуватися терапевтичних принципів таким чином, щоб:
  - діти і підлітки могли встановити зв'язки між своїми думками, почуттями, діями та поточними чи минулими симптомами і/або їх функціонуванням;
  - діти і підлітки зрозуміли, що їхні сприйняття, переконання чи міркування пов'язані з цільовими симптомами;
- Когнітивно-поведінкова терапія повинна включати щонайменше один із таких компонентів:
  - нормалізацію, що веде до розуміння і прийняття їхнього досвіду;
  - моніторинг своїх думок, почуттів або поведінки з визнанням симптомів або рецидиву симптомів;
  - сприяння альтернативним способам подолання цільових симптомів;
  - зменшення рівня стресу;
  - покращення функціонування.

## Будь-які наступні гострі епізоди психозу чи шизофренії

- Для дітей та підлітків у стадії загострення або рецидиву психозу чи шизофренії слід запропонувати:
  - пероральні антипсихотичні медикаменти у поєднанні з
  - психологічними втручаннями (сімейні втручання з індивідуальною КПТ).

### Фармакологічні втручання

- Для дітей і підлітків у стадії загострення, рецидиву психозу чи шизофренії необхідно запропонувати оральні антипсихотичні медикаменти або переглянути препарати, які використовуються на даний момент.
- Вибір медикаментів має базуватися на основі тих самих критеріїв, що рекомендовані для початку лікування.

- Слід взяти до уваги та контролювати клінічну ефективність і побічні дії, пов'язані з прийомом теперішніх та попередніх медикаментів.
- Аріпіпразол є рекомендованим для лікування шизофренії у підлітків віком 15-17 років, які не переносять рісперидон, або рісперидон є протипоказаний, або шизофренія у цих осіб не може адекватно контролюватися рісперидоном.

## Психологічні втручання

- Необхідно пропонувати сімейні втручання для дітей і підлітків із психозами чи шизофренією, особливо для запобігання рецидивам та зменшенню їхньої кількості.
- Ці втручання можна розпочати або під час гострої фази, або пізніше, в тому числі в умовах стаціонару.
- Слід запропонувати КПТ для усіх дітей та підлітків із психозами чи шизофренією, особливо для зменшення симптомів. КПТ можна розпочати або під час гострої фази, або пізніше, зокрема, в умовах стаціонару.
- Необхідно розглянути терапію творчими методами (наприклад, танцюрову терапію, психодраму, музикотерапію або арт-терапію) для усіх дітей і підлітків із психозами та шизофренією, особливо для зменшення негативних симптомів.
- Ці втручання можна розпочати або під час гострої фази, або пізніше, в тому числі в умовах стаціонару.
- Якщо вирішено обрати терапію творчими методами, її повинен проводити арт-терапевт, який внесений у реєстр і має досвід роботи з дітьми та підлітками з психозами чи шизофренією.
- Втручання повинні здійснюватися у групах, якщо немає протипоказань для групової терапії. Арт-терапевти повинні поєднувати психотерапевтичні техніки з діяльністю, спрямованою на заохочення до творчого вираження, яке зазвичай неструктуроване і кероване дитиною чи підлітком.
- Мета терапії творчими методами повинна включати:
  - можливість для дітей та підлітків із психозами чи шизофренією випробувати себе різними способами та розвивати нові форми стосунків з іншими;
  - допомогу дітям та підліткам у вмінні виражати себе та організувати свій досвід у прийнятну естетичну форму;
  - допомогу дітям і підліткам у прийнятті та розумінні почуттів, які, можливо, виникли протягом творчого процесу (у деяких випадках і в розумінні того, як з'явилися ці почуття).

## Етап відновлення

### Психологічні втручання

- Слід запропонувати сімейне втручання для дітей і підлітків із психозами чи шизофренією.
- Особливо необхідно розглядати сімейне втручання для дітей та підлітків із психозами чи шизофренією, які мають:
  - епізод недавнього рецидиву або ризик рецидиву;
  - безперервні симптоми.
- Слід запропонувати КПТ як допомогу на етапі відновлення для дітей та підлітків зі стійкими позитивними й негативними симптомами, а також для тих, хто в ремісії.
- Необхідно розглянути терапію творчими методами для допомоги на етапі відновлення, особливо дітям та підліткам з негативними симптомами.

### Фармакологічні втручання

- Вибір медикаментів має базуватися на основі тих самих критеріїв, які рекомендовані для початку лікування.
- Не слід брати за правило цілеспрямоване переривчасте дозування як підтримувальну стратегію. Проте необхідно розглянути його для дітей та підлітків із психозами чи шизофренією, які не схильні дотримуватися безперервного прийому медикаментів або мають інші протипоказання до підтримувальної терапії, такі як чутливість до побічної дії.

## Коли психоз чи шизофренія не піддаються адекватно лікуванню

- Для дітей та підлітків із шизофренією, якщо захворювання не піддається адекватно фармакологічному лікуванню, незважаючи на послідовне застосування адекватних доз щонайменше двох різних антипсихотичних медикаментів, кожен по 6–8 тижнів, слід запропонувати клозапін.

# Додаток 1

## Діагностичні критерії

- A.** Два (чи більше) з наступних критеріїв, кожен з яких триває значну частину часу протягом 1 місяця (або ж менше, якщо лікування успішне). Щонайменше має бути (1), (2) або (3):
1. маячіння;
  2. галюцинації;
  3. дезорганізованість мовлення (наприклад, часті «зісковзування» та незв'язаність мовлення);
  4. надмірно дезорганізована або кататонічна поведінка;
  5. негативні симптоми (тобто зменшення прояву емоцій та відсутність мотивації).
- B.** Значну частину часу після виникнення порушення рівень функціонування в одній або більше основних сферах, таких як робота, міжособистісні стосунки та догляд за собою, є помітно нижчим, ніж рівень, здобутий перед дебютом хвороби (у випадку початку в дитячому чи підлітковому віці є неспроможність у досягненні очікуваного рівня в міжособистісній, навчальній чи професійній сферах).
- C.** Безперервні ознаки порушення зберігаються протягом 6 місяців. Протягом цього часу принаймні місяць (або ж менше, якщо лікування успішне) мають бути наявними симптоми, що відповідають критерію А (тобто симптоми активної фази). Ці 6 місяців можуть включати періоди продромальної чи резидуальної симптоматики. Під час цих продромальних чи резидуальних періодів ознаки розладу можуть проявлятися тільки негативними симптомами або ж двома і більше симптомами, переліченими у критерії А та вираженими менш інтенсивно (наприклад, дивні переконання, незвичний перцептивний досвід).
- D.** Шизоафективний, депресивний чи біполярний розлад із психотичними ознаками був виключений, тому що:
1. великий депресивний та маніакальний епізоди не трапляються одночасно з симптомами активної фази або
  2. епізоди настрою виникають протягом активної фази і наявні меншу кількість часу, ніж загальна тривалість активного чи резидуального періодів захворювання.

- E. Порушення не зумовлене фізіологічним наслідком дії речовин (наприклад, зловживанням наркотичними речовинами, медикаментами) чи іншими клінічними станами.
- F. Якщо в історії хвороби є розлад спектру аутизму, діагноз шизофренії може бути додатково встановлений тільки при вираженому маячінні та галюцинаціях у поєднанні з іншими обов'язковими симптомами шизофренії, які присутні щонайменше 1 місяць (або ж менше, якщо лікування успішне).

## Міжнародні клінічні протоколи використані при розробці даного протоколу

- NICE (National Institute of Health and Care Excellence, UK) "Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management" (2013, update 2016).
- AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) "Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia" (2013).

**КОЛО(СІМ'І)**

Центр здоров'я та розвитку

# Самоушкодження

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ПОСЛУГ  
ДІТЯМ ТА ПІДЛІТКАМ

**2023**

10

# Протокол надання допомоги дітям та підліткам із самошкодженням

## Обстеження

### Загальні принципи

- Самошкодження – це навмисне самоотруєння або нанесення собі травм, незалежно від мети цієї дії.
- Обстеження суїцидальних пацієнтів вимагає оцінки суїцидальної поведінки та визначення ризику смерті або повторення суїцидальних спроб, а також оцінки основних діагнозів та факторів, що цьому сприяють.
- Збір інформації за допомогою різноманітних методів, відповідних розвиткові пацієнта, є важливим для оцінки індикаторів суїцидального ризику.
- Інформацію для обстеження завжди слід брати з декількох джерел, включаючи дітей чи підлітків, батьків чи опікунів, вчителів та будь-яких інших осіб, близьких дитині.
- Слід взяти до уваги, що часто існує розбіжність між повідомленнями дітей і батьків, а саме діти та підлітки частіше розповідають про суїцидальні думки і наміри, ніж їхні батьки.
- Важливо пам'ятати, що структуровані або напівструктуровані опитувальники та шкали оцінки ризиків суїциду, незалежно від того, хто їх заповнює, мають обмежену прогностичну цінність. Вони можуть доповнювати, але ніколи не повинні замінювати ретельне обстеження чи будь-який його аспект.
- Для обстеження намірів та попередніх спроб самогубств дітям і підліткам можна поставити наступні діагностичні запитання:
  - «Чи ви коли-небудь відчували таке засмучення, що хотіли, аби вас не існувало, або хотіли померти?»
  - «Чи робили ви коли-небудь щось настільки небезпечно, що ви могли постраждати або померти?»
  - «Чи ви коли-небудь завдавали або намагалися завдати собі шкоди?»
  - «Чи ви коли-небудь намагалися убити себе?»
  - «Чи думали ви коли-небудь про самогубство або намагалися покінчити життя самогубством?»

- При обстеженні слід врахувати наступні фактори, що підвищують ризик спроб суїциду:
  - попередня спроба самогубства;
  - психічні розлади (розлади настрою, особливо великий депресивний розлад із раннім початком, тривожні розлади, зловживання психоактивними речовинами);
  - психосоціальні фактори (стресові життєві події у дітей та підлітків, особливо у тих, які знаходяться у групі ризику через психічний розлад, недостатнє спілкування між батьками та дітьми, сімейна історія суїцидальної поведінки, психічні розлади у батьків, батьківська депресія та зловживання батьками психоактивними речовинами тощо).

### **Обстеження у закладах первинної медичної допомоги**

- Якщо особа звертається до закладу первинної медичної допомоги після епізоду самоушкодження, слід подумати про те, щоб скерувати її до служб психічного здоров'я для психосоціального обстеження.
- Необхідно зробити пріоритетом скерування особи до фахівців психічного здоров'я, якщо:
  - рівень її занепокоєння або страждання зростає, є високим або тривалим;
  - збільшується частота або ступінь самоушкодження або суїцидальних намірів;
  - рівень занепокоєння медичного фахівця, який проводить обстеження є високим;
  - особа просить подальшої підтримки в психіатричних служб;
  - рівень дистресу в членів сім'ї або опікунів дітей, підлітків та дорослих зростає, є високим або тривалим, незважаючи на спроби допомогти.

### **Скерування на госпіталізацію**

- Необхідно розглянути госпіталізацію до багатопрофільної лікарні після епізоду самоушкодження, якщо:
  - є занепокоєння щодо безпеки особи (наприклад, особа знаходиться під загрозою насильства, жорстокого поведіння чи експлуатації) і психіатрична госпіталізація не показана;
  - особа не може взяти участь у психосоціальному обстеженні (наприклад, перебуває у стані стресу або алкогольного сп'яніння).
- Якщо 16- чи 17-річний підліток потрапляє до багатопрофільної лікарні, слід переконатися, що палата відповідає потребам молодих людей.

## Психосоціальне спеціалізоване обстеження

- За першої можливості після епізоду самоушкодження необхідно провести психосоціальне обстеження для формування терапевтичних стосунків, кращого розуміння і залучення осіб та забезпечення їм необхідної допомоги.
- Психосоціальне обстеження повинен проводити фахівець психічного здоров'я, який має досвід обстеження дітей та підлітків, які завдали собі самоушкодження.
- Необхідно запитати дітей та підлітків про:
  - їхні соціальні зв'язки, стосунки з однолітками, вдома, у навчальному середовищі;
  - будь-які сімейні обов'язки;
  - використання соціальних медіа та інтернету для спілкування і їхній вплив на психічне здоров'я та благополуччя;
  - будь-які питання безпеки та захисту дітей.
- Психосоціальне обстеження рекомендовано проводити в окремій, спеціально відведеній зоні, де можна говорити конфіденційно, без загрози бути підслуханим.
- Під час проведення психосоціального обстеження слід максимально врахувати потреби та уподобання особи, яка завдала собі шкоди, наприклад:
  - адаптуватися до будь-яких інтелектуальних порушень, чи фізичного, психічного здоров'я або нейророзвиткових розладів, які може мати особа;
  - за можливості проводити психосоціальне обстеження медичним працівником тієї ж статі, якщо є такий запит.
- При дослідженні функції самоушкодження необхідно брати до уваги, що кожен епізод самоушкодження слід розглядати окремо і кожен епізод може мати різні причини.
- Якщо в особи часті епізоди самоушкоджень або попереднє лікування неефективне, необхідно провести мультидисциплінарне обстеження за участю цієї особи та тих фахівців, які беруть участь у лікуванні та підтримці, а також тих, які можуть долучитися, щоб узгодити спільний план і підхід. Це обстеження повинно включати:
  - визначення відповідно підготовленого фахівця для координації допомоги та як контактної особи;
  - перегляд наявного лікування та підтримки, а також організація скерування за необхідними послугами;

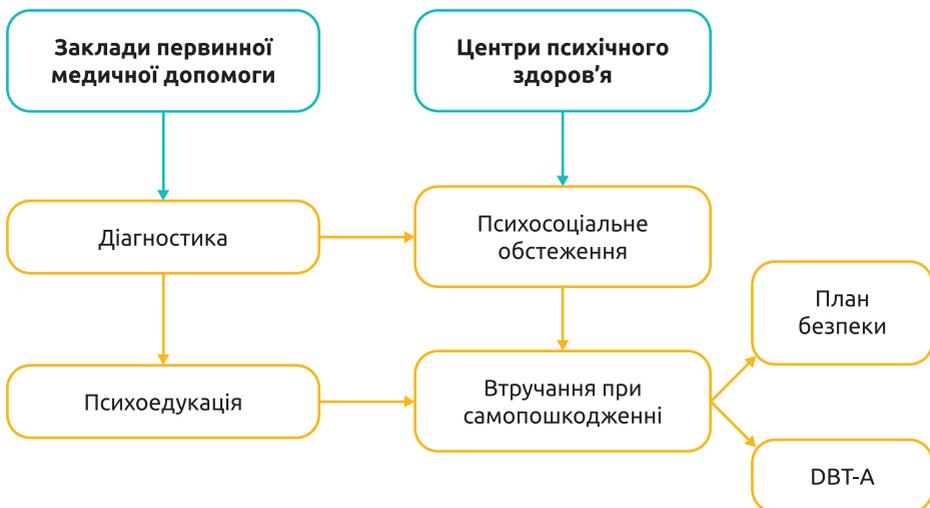
- розробка плану лікування;
- розробка плану безпеки для наступних епізодів самоушкодження, який потрібно написати та узгодити з особою, яка завдала собі шкоди.

### Інструменти та шкали для оцінки ризиків

- Не слід застосовувати інструменти та шкали оцінки ризику для прогнозування самогубства або повторного самоушкодження у майбутньому.
- Не слід застосовувати інструменти та шкали оцінки ризику для прийняття рішень щодо лікування або виписки особи.
- Необхідно зосередити оцінку на потребах особи та на тому, як забезпечити їй негайну та довгострокову психологічну і фізичну безпеку.
- Фахівці психічного здоров'я повинні проводити оцінку ризику як частину кожного психосоціального обстеження.

## Модель допомоги дітям та підліткам із самоушкодженням

- Психоедукація батьків та дитини/підлітка, спільне планування допомоги.
- Втручання при самоушкодженні:
  - діалектична поведінкова терапія для підлітків (DBT-A);
  - розроблення плану безпеки.



## Психоедукація

- Необхідно надавати інформацію та підтримку особам, які завдали собі шкоди. Слід поділитися інформацією з членами сім'ї та/або опікунами. Теми для обговорення повинні включати інформацію:
  - що таке самоушкодження;
  - чому люди завдають собі шкоди та, де це можливо, навести конкретні обставини самої особи;
  - доступну підтримку та лікування;
  - турботу про себе;
  - як поводитися з травмами;
  - як впоратися зі шрамами;
  - плани лікування та плани безпеки і що вони передбачають;
  - вплив стигми навколо самоушкодження;
  - хто буде залучений до допомоги та як сконтактувати з ними;
  - де будуть проходити зустрічі;
  - що робити, якщо у дитини виникають проблеми;
  - що робити в екстреній ситуації;
  - місцеві служби та як сконтактувати з ними, в тому числі в неробочий час;
  - місцеві групи підтримки однолітків, онлайн-форуми, місцеві та національні благодійні організації та як сконтактувати з ними.
- Рекомендовано надати інформацію та підтримку членам сім'ї або опікунам особи, яка завдала собі шкоди. Теми для обговорення повинні включати:
  - емоційний вплив на особу та членів її сім'ї чи опікунів;
  - поради щодо того, як вдало справлятися та ефективно підтримувати особу, яка завдає собі шкоди;
  - що робити, якщо особа знову завдає собі шкоди;
  - як звернутися за допомогою для усунення фізичних наслідків самоушкодження;
  - як допомогти і підтримати особу;
  - як розпізнати ознаки того, що особа може завдати собі шкоди;

- кроки, щоб зменшити ймовірність самоушкодження в майбутньому;
- підтримка сімей і опікунів та як її отримати;
- вплив стигми навколо самоушкодження;
- місцеві служби та як сконтактувати з ними, в тому числі в неробочий час;
- місцеві групи підтримки однолітків, онлайн-форуми, місцеві та національні благодійні організації та як з ними сконтактувати.
- Інформація для осіб, які завдали собі шкоди, та членів їхніх сімей або опікунів, має бути:
  - надана з урахуванням їхніх індивідуальних потреб і обставин, при цьому слід брати до уваги, наприклад, чи це перше, чи повторне самоушкодження, тяжкість і тип самоушкодження, а також наявність в особи супутніх розладів, інтелектуальних порушень або порушень нейророзвитку;
  - чутливою та емпатійною;
  - підтримувальною та ввічливою;
  - вираженою у дусі надії та оптимізму;
  - впродовж усього періоду лікування.

## Втручання при самоушкодженні

- При плануванні лікування після самоушкодження необхідно брати до уваги будь-які супутні розлади та результати психосоціального обстеження.
- Для дітей і підлітків зі значними труднощами емоційної дисрегуляції, які мають часті епізоди самоушкоджень, слід запропонувати діалектичну поведінкову терапію, адаптовану для підлітків (DBT-A).
- Діалектична поведінкова терапія для підлітків (dialectical behaviour therapy adapted for adolescents, DBT-A) – це протокольна, як правило, 16-тижнева поведінкова терапія, яка включає щотижневу одночасну індивідуальну терапію, багатосімейний груповий тренінг навичок, коучинг навичок між сеансами для підлітків та їхніх сімей, сімейну терапію за потреби та групові консультації «рівний – рівному» при терапевтах. Діалектична поведінкова терапія для підлітків має на меті надати підліткам, їхнім батькам чи опікунам навички, які зменшать або припинять самоушкодження та суїцидальну поведінку, допоможуть ефективно керувати своїми емоціями та покращувати стосунки.

- Медичний персонал повинен мати відповідну підготовку і супервізії з терапії для осіб, які завдають собі шкоди.
- Необхідно співпрацювати з особою, використовувати підхід, який базується на сильних сторонах та пошуку рішень для зменшення страждань, які призводять до самоушкодження.
- Спільно з особою, яка завдала собі шкоди, слід розглянути можливість розробки плану безпеки.
- План безпеки слід використовувати для:
  - встановлення засобів самоушкодження;
  - розпізнавання тригерів та попереджувальних ознак посилення дистресу, подальшого самоушкодження або суїцидальної кризи;
  - визначення індивідуальних стратегій копінгу, включно з навичками вирішення проблем будь-яких факторів, які можуть бути бар'єром;
  - визначення соціальних контактів та соціального середовища як засобу відволікання від суїцидальних думок або ескалації кризи;
  - пошуку членів родини чи друзів, які можуть забезпечити підтримку та/або допомогти вирішити кризу;
  - включення контактних даних служб психічного здоров'я, разом з послугами у неробочий час і контактними даними в екстрених випадках;
  - убезпечення навколишнього середовища спільними зусиллями шляхом вилучення або обмеження доступу до знаряддя самогубства.
- План безпеки має бути у доступному форматі та:
  - розроблятися з емпатією та у співпраці з особою, яка завдала собі шкоди, та фахівцем, який бере участь у наданні допомоги, зі спільним прийняттям рішень;
  - розроблятися у співпраці з батьками та опікунами;
  - використовувати підхід, що базується на вирішенні проблем;
  - поширитися серед батьків чи опікунів та відповідних фахівців за рішенням особи;
  - доступним для особи, а також фахівців, залучених до надання допомоги під час кризи.
- Не слід пропонувати медикаментозне лікування як спеціальне втручання для зменшення самоушкодження.

## Мінімізація шкоди

- Необхідно обговорити з особою стратегії мінімізації шкоди, які можуть допомогти уникнути, відтермінувати або зменшити подальші епізоди самоушкодження та зменшити ускладнення, наприклад:
  - техніки відволікання або стратегії коупінгу;
  - підходи до турботи про себе;
  - гігієну рани та догляд за нею;
  - надання інформації про можливі ускладнення від самоушкодження;
  - вплив алкоголю та рекреаційних наркотиків на бажання завдати собі шкоди.
- Слід зважати, що стратегії мінімізації шкоди можуть підійти не всім особам, які завдають собі шкоди.

## Міжнародні клінічні протоколи використані при розробці цього протоколу

- NICE (National Institute of Health and Care Excellence, UK) “Self-harm: assessment, management and preventing recurrence” (2022).
- AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) “Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior” (2001).

ПРОФЕСІЙНІСТЬ. ТУРБОТА. ПАРТНЕРСТВО.



КОЛО(©)СИМ'І

Центр здоров'я та розвитку

м. Львів, вул. Ярославенка 21

[www.k-s.org.ua](http://www.k-s.org.ua)

[kolo.simji@gmail.com](mailto:kolo.simji@gmail.com)

+38-098-559-65-21



МН4U



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

За підтримки Швейцарії



ІНСТИТУТ  
ПСИХІЧНОГО  
ЗДОРОВ'Я  
УКУ



УКРАЇНСЬКИЙ  
ІНСТИТУТ  
КОГНІТИВНО-  
ПОВЕДІНКОВОЇ  
ТЕРАПІЇ