Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00700&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00700. Розлади поведінки у дітей і підлітків

Автор: Päivi Lindholm
Редактори оригінального тексту: -
Дата останнього оновлення: 2017-04-17

Основні положення

- Порушення поведінки є найбільш поширеними психічними розладами у дітей і підлітків.
- Походження є багатофакторним, але жоден окремо взятий фактор не пояснює виникнення розладу поведінки.
- Розлади поведінки характеризуються періодичною зухвалою, антисоціальною або агресивною поведінкою, що порушує соціальні норми, прийнятні для даного віку.
- Раннє терапевтичне втручання, що враховує фактори ризику та індивідуальні особливості розладів поведінки, сприяє покращенню прогнозу цих порушень, які часто важко піддаються лікуванню.
- Комплексні заходи, зазвичай, потребують мультидисциплінарної команди з можливістю ефективної співпраці.
- Якщо симптоми залишаються непоміченими, то близькі люди дитини починають розглядати поведінкові проблеми, як частину особистості дитини, а не як симптоми, які потрібно лікувати. Це в свою чергу, може призвести до песимізму щодо можливостей лікування.

Класифікація розладів

Розлад поведінки в межах внутрішньосімейних відносин

- Аномальна поведінка обмежується взаємодією з членами сім'ї або з тими, хто пов'язаний з сім'єю.
- Прогноз кращий, ніж при інших видах розладів поведінки.

Асоціальний розлад поведінки

- Дитина не має позитивних взаємовідносин з іншими та має низьку здатність співпереживати.

Розлад соціальної поведінки

- Дитина має дружні відносини з однолітками і здатна співпереживати з ними. Суперего дитини може відхилятися від норм суспільства, але відповідати інтересам певних груп однолітків (банди).

Опозиційно акцентуйований розлад

- Є характерним для дітей віком до 10-ти років.
- Як правило, дитина неслухняна, не будучи при цьому серйозно агресивною.
- Якщо не лікувати, часто розвивається в один із вищезазначених розладів поведінки.

Діагностика

- Не усі поведінкові проблеми є розладами поведінки. Діагноз потребує ретельної оцінки і виконання критеріїв МКХ-10. Крім того, такі діти безсоромні і не вміють співчувати.
    - Симптоми повинні включати деякі з наступних: часта втрата самоконтролю, суперечки, неслухняність, навмисне дратування людей, звинувачення інших у власних помилках, вразливість чи дратівливість, часта злість, зловтішання і мстивість, обман заради власної вигоди, участь у бійках, використання зброї, самовільне покидання дому в нічний час, не зважають на заборони (це проявляється ще до 13-річного віку), фізична жорстокість щодо людей чи тварин, псування

майна інших людей, підпали, крадіжки, прогули в школі, втечі, злочини, сексуальне насилля, цькування і залякування, грабіж.

- Діагноз можна встановити, якщо дитина демонструє повторювану і стійку модель поведінки. Самі по собі антисоціальні чи злочинні дії не є підставою для встановлення діагнозу.

- Розлади поведінки, які мають початок в дитинстві (до 10 років), і ті, які починаються пізніше, в підлітковому віці, можуть розглядатися, як окремі типи розладів.
- Після встановлення діагнозу також визначається ступінь важкості розладу: легкий, середній і важкий.
- Слід окрему увагу приділити характеристикам, які відображають обмеженість просоціальних емоцій, що часто вказує на тяжкий розлад (відсутність каяття чи відчуття провини, низька здатність до співпереживання, емоційна обмеженість, труднощі із відчуттям відповідальності за власні дії, брехливість і прагнення маніпулювати).

Інші розлади

- Розлади поведінки часто пов'язані з іншими розладами, найбільш поширеними з яких є синдром порушення активності і уваги (СПАУ), симптоми депресії у дітей та підлітків, тривожний розлад і зловживання психоактивними речовинами у підлітків. У дівчат також поширеним є посттравматичний стресовий розлад та пограничні розлади особистості. Водночас деякі пацієнти мають значні проблеми в розвитку (наприклад труднощі в навчанні, зокрема у розвитку здібностей до мови і читання).

Диференційна діагностика

- Розлад поведінки не може бути діагностований за наявності, наприклад, важкого розладу психологічного розвитку, манії, асоціального розладу особистості. Ці діагнози мають перевагу над діагнозом розлад поведінки і розлад поведінки повинен розглядатися як невід'ємна частина цих порушень.
- Диференційна діагностика також повинна розглядати можливість неврологічного пошкодження чи хвороби (наприклад, певні типи епілепсії), які можуть бути пов'язані з раптовими нападами агресії.

- Окремі поведінкові проблеми спостерігаються при багатьох психічних розладах, але не відповідають критеріям розладу поведінки.
- Незважаючи на діагноз, заходи, що надають допомогу дітям з розладами поведінки (див. нижче), часто виявляються корисними при інших розладах, які можуть включати проблеми поведінки.

Етапи лікування

- Працівники первинної медичної допомоги мають тісні зв’язки з місцевою громадою і тому займають ключову позицію для виявлення поведінкових симптомів, а також факторів ризику, які можуть сприяти появі розладів поведінки.
    - Фактори ризику пов’язані з сім’єю
        - У сімейному житті часто не вистачає правил і систематичності, і модель виховання є непослідовною. Навички обговорення та вирішення проблем є примітивними.
        - Ризик поведінкових проблем особливо високий у дітей, які живуть в сім'ях, де є насильство, наркоманія і злочинна діяльність.
    - Інші фактори ризику
        - Генетичні та інші біологічні фактори ризику та фактори ризику, пов’язані із соціальними зв'язками сім’ї, умовами життя та навколишнього середовища, а також різні соціальні чинники.
- Працівники первинної ланки повинні оцінити наступне
    - Історія розвитку дитини, анамнез захворювання, теперішній стан (опитування, анкетування, спостереження).
    - Ситуація в сім'ї та соціальне положення дитини.
    - Фізикальне і неврологічне обстеження, лабораторні та інші дослідження, за потреби (наприклад, показник глюкози в крові, дослідження щитоподібної залози, хромосомний аналіз чи ЕЕГ).
    - За необхідності, огляд логопедом (проблеми, пов’язані з дислексією), трудотерапевтом, фізіотерапевтом і психологом.

- Деякі випадки розладів поведінки можуть контролюватися на первинному рівні медичної допомоги шляхом співпраці з сім'єю і соціальними закладами (дитячий садок, школа, соціальні служби, служби у справах дітей, наркологічні клініки).
- Розподіл завдань між первинною медичною допомогою і спеціалізованою медичною допомогою є дискреційним. Допомога сімейної консультативної клініки, служб психіатричної допомоги дітям/підліткам чи дитячих/підліткових психіатричних клінік завжди показана у випадках коли:
    - стає очевидним, що необхідні дослідження, які виходять за межі компетенції первинної медичної допомоги
    - у пацієнта серйозні симптоми; саморуйнівна поведінка завжди є показанням до негайного/невідкладного направлення на спеціалізований рівень допомоги
    - симптоми є менш вираженими, але зберігаються, незважаючи на лікування та допоміжні заходи
    - існує підозра про супутній психологічний розлад або виявлена необхідність комплексної диференційної діагностики.
- Якщо ситуація вимагає невідкладного обстеження, оцінюється психічний стан дитини чи підлітка, а також ризик агресивної поведінки, і відповідно приймаються необхідні рішення, щодо лікування.
    - Звичайна психіатрична експертиза (чи є ознаки тяжкого психічного розладу?)
    - Оцінка щодо ризику насильницької поведінки (наприклад, ставлення до насильства, фізичних і психічних можливостей для здійснення насильницьких дій, можливість конкретних планів чи приготувань для здійснення таких дій, ставлення людей, близьких до дитини чи підлітка або до вираженої загрози застосування ним насильства, яку мотивацію має пацієнт для такої поведінки)
    - Необхідно оцінити підстави для можливого примусового направлення до лікарні для спостереження або скласти інший план дій.

Лікування

- Лікування засноване на програмі допомоги, до формування якої залучена сім'я і близькі люди.

- Лікування є різностороннім та для кожного випадку підбирається індивідуально.
- У плані лікування мають бути враховані фактори ризику і провокуючі чинники. Усі відповідні установи повинні працювати разом для досягнення мети.
    - Батькам слід допомагати розвивати навички батьківства та виховання дітей. Батькам також може знадобитися підтримка для вирішення власних проблем (наприклад проблем психічного здоров'я або зловживання психоактивними речовинами). Якщо можливо, слід розглянути умови життя сім'ї, ситуацію в дитячому садочку/школі, а також заняття на дозвіллі дитини/підлітка (наприклад, організована діяльність).
    - Працівники соціальних служб та служб у справах дітей є важливими партнерами для впровадження заходів підтримки. Іноді ситуація з дитиною та її сім'єю може вимагати вилучення дитини з сім'ї для патронатного виховання.
- Батьківський контроль та різноманітні сімейні інтервенції (заохочення до ранньої взаємодії, сімейна реабілітація з використанням відеоматеріалів) складають значну частку всього лікування. Підходи, які використовуються в сімейній терапії, зазвичай, включають поведінкові методи та способи вирішення проблем.
- Важливим є надання рекомендацій персоналу дитячих садочків і вчителям, так як є різні підтримуючі заходи щодо навчання дитини у школі і дитячому садочку.
    - Зверніть увагу! Дислексія може погіршувати симптоми. Тому важливою складовою допомоги, яка надається дитині із поведінковими розладами, є взяття до уваги даної проблеми і забезпечення відповідної підтримки в школі.
- Для деяких дітей/підлітків з поведінковими проблемами будуть корисними різні методи індивідуальної або групової психотерапії, а також інші види індивідуальних і групових терапій.
- Якщо у дитини чи підлітка виявлені інші розлади, вони повинні контролюватися паралельно, і бути частиною комплексного лікування.
- Медикаментозне лікування має призначатися лікарем-спеціалістом і є резервним для випадків, які важко піддаються контролю, доповнюючи інші види лікування.

- Якщо допомога на первинному рівні виявиться недостатньою, слід розглянути госпіталізацію
    - Стаціонарна допомога, як правило, включає поведінкову терапію з одночасною роботою із сім’єю пацієнта та його соціальними зв'язками.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00252|Conduct disorders of chi…]
- Інші огляди доказових даних [пов'язані 00252|Conduct disorders of chi…]
- Література [пов'язані 00252|Conduct disorders of chi…]

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00700 Ключ сортування: 033.006 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-04-17

Автор(и): Päivi Lindholm Автор(и) попередніх версій статті: Irma Moilanen Редактор(и):
Лінгвіст(и)-консультант(и) англомовної версії: Maarit Green Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Paediatric psychiatry Adolescent psychiatry

Ключові слова індексу
mesh: Child Behavior Disorders mesh: Child mesh: Adolescent mesh: Aggression Conduct disorder
mesh: Social Behavior Disorders mesh: Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders mesh: Social Behavior Disorders
speciality: Adolescent psychiatry icpc-2: P19 icpc-2: P22 icpc-2: P23 speciality: Paediatric psychiatry