

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**  
**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, НАЧАЛО КОТОРЫХ**  
**СПЕЦИФИЧНО ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

**1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

**1.1 Код(ы) МКБ-10:**

<b>МКБ-10</b>	
<b>Код</b>	<b>Название</b>
F93.0	Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте
F93.1	Фобическое тревожное расстройство детского возраста
F93.2	Социальное тревожное расстройство детского возраста
F93.3	Расстройство сиблингового соперничества
F93.8	Другие эмоциональные расстройства детского возраста

**1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2021 год**

**1.3 Сокращения, используемые в протоколе:**

РК	Республика Казахстан
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспаргатаминотрансфераза
БХАК	Биохимический анализ крови
ВВК	Военно-врачебная комиссия
ЖКТ	Желудочно-кишечный тракт
КТ	Компьютерная томография
ЛС	Лекарственные средства
МЗ	Министерство здравоохранения
МРТ	Магнитно-резонансная томография
МСЭК	Медико-социальная экспертная комиссия
ОАК	Общий анализ крови
ОАМ	Общий анализ мочи
ПАВ	Психоактивные вещества
ПАП	Прикладной анализ поведения (англ. Applied behavior analysis, АВА-терапия)
ПМПК	Психолого-медико-педагогическая комиссия
РАС	Расстройства аутистического спектра
РКИ	Рандомизированное когортное исследование
РеоЭГ	Реоэнцефалография
ЩФ	Щелочная фосфатаза
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЭПО	Экспериментально-психологическое обследование
ЭЭГ	Электроэнцефалограмма
ВДО	Всесторонняя диагностическая оценка

КТ	Компьютерная томография
КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
ОКР	Обсессивно-компульсивное расстройство
СДВГ	Синдром дефицита внимания и гиперактивности
СОПЗ	Служба охраны психического здоровья
фМРТ	Функциональная магнитно-резонансная томография
ЖКТ	Желудочно-кишечный тракт
ЭРДВ	Эмоциональное расстройство детского возраста

**1.4 Пользователи протокола:** врач-психиатр детский; врач общей практики, педиатр, невролог, психолог медицинских и образовательных учреждений, воспитатель детских учреждений, педагог.

**1.5** Категория пациентов: дети и подростки до 18 лет.

**1.6 Шкала уровня доказательности:**

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким(+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

**1.7 Определение:**

**Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста** – эти расстройства специфичны для детского (младенческого, дошкольного и младшего школьного) возраста, представляют собой значительное усиление эмоциональных состояний и реакций, и исчезают по мере взросления.

Это скорее преувеличенная выраженность обычных тенденций развития, чем качественная аномальность самих отклонений. Свойственность периода развития является ключевым диагностическим признаком при дифференциации этих эмоциональных расстройств, обычно начинающихся в детском возрасте, от невротических расстройств и расстройства поведения.

**F93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте** – это психическое расстройство, при котором ребёнок испытывает сильную тревогу в связи с разлукой с домом или людьми, по отношению к которым имеет сильную эмоциональную привязанность (обычно родственники или близкие люди, иногда — неодушевлённые предметы, например знакомые места или любимые игрушки).

Согласно Американской психологической ассоциации, тревожное расстройство — неуместное и чрезмерное ощущение страха и горя в ситуациях, связанных с разлукой с домом или объектом эмоционального контакта. При этом тревога считается нетипичной для ожидаемого уровня развития и возраста.

**F93.1 Фобическое тревожное расстройство детского возраста** - это состояние, характеризующееся началом в соответствующий развитию возрастной период, формирующееся при исключительной насыщенности страха, при этом страх с однотипной или полиморфной фабулой возникает только в определенной ситуации, не влияет на общее развитие ребенка и его адаптацию в семье и детском коллективе и не входит в генерализованное тревожное расстройство.

**F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста** – это стойкий страх или тревога по поводу пребывания в одной или более ситуациях социального взаимодействия. Данные состояния не пропорциональны действительной угрозе, связанной с обстоятельством.

**F93.3 Расстройство сиблингового соперничества** – это очевидное существование соперничества сибсов и/или ревности, начинающееся в течение месяцев, следующих за рождением младшего (обычно следующего по счету) сибса и сопровождающееся эмоциональными нарушениями, аномальными по степени и/или стойкости, а также сочетающиеся с психосоциальными проблемами (МКБ 1998, Попов).

**F93.80 Генерализованное тревожное расстройство детского возраста** – это расстройство, проявляющаяся тревогой по разнообразным поводам (например, выполнение школьных заданий, события в будущем, в ходе которых как-то оценивается деятельность ребенка, соответствие ожиданиям окружающих), постоянным напряжением, робостью, неуверенностью в себе, склонностью к самоуничижению, чувствительностью к критике и гипертрофированным послушанием.

**1.8 Классификация** [по Международной Классификации Болезней-10го пересмотра:

F93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте  
Включаются:

- транзиторный мутизм как составляющая часть боязни разлуки у детей раннего возраста.

Исключаются:

- аффективные расстройства (F30 - F39);
- расстройства настроения (F30 - F39);
- невротические расстройства (F40 - F48);
- фобическое тревожное расстройство в детском возрасте (F93.1);
- социальное тревожное расстройство в детском возрасте (F93.2).

F93.1 Фобическое тревожное расстройство детского возраста

Исключается:

- генерализованное тревожное расстройство (F41.1).

F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста

- расстройство общения с незнакомыми лицами у детей;
- расстройство общения с незнакомыми лицами у подростков;
- уклоняющееся расстройство детского возраста;
- уклоняющееся расстройство подросткового возраста.

F93.3 Расстройство сиблингового соперничества

Включаются:

- ревность сибсов;
- ревность полусибсов.

Исключается:

- соперничество с ровесниками (несиблинговое) (F93.8).

F93.8 Другие эмоциональные расстройства детского возраста

Включаются:

- расстройство идентификации;
- гипертревожное расстройство;
- соперничество с ровесниками (несиблинговое).

Исключаются:

- расстройство половой идентификации в детском возрасте (F64.2x).

## **2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ**

**Рекомендации специалистам здравоохранения и социальной помощи системы оказания первичной медицинской помощи:**

Быть внимательными в выявлении вероятных эмоциональных расстройств у детей и подростков, в частности у тех, кто избегает посещения занятий в школе, социальных или учебных мероприятий/выступлений, либо они вызывают раздражение, чрезмерную застенчивость, или же родители или воспитатели указывают на это или соперничество с сиблингом.

**Рекомендуется** скрининговое интервью с ребенком/подростком

(родителями или воспитателем) об ощущении тревоги, страхах, избегании, дискомфорте и поведении, которое с этим связано, для того чтобы определить наличие эмоциональных расстройств.

Фразы/вопросы, применяемые в скрининговом интервью:

1. Некоторых людей очень пугает то, что необходимо делать что-либо вместе с другими, особенно незнакомыми, людьми, и они переживают по этому поводу. Также они могут испытывать дискомфорт, когда за ними наблюдают. Такие люди боятся сделать что-либо не так или переживают, что другие будут над ними смеяться. Они могут не желать выполнять какие-то действия, если это приходится делать вместе с другими людьми, это может их раздражать или смущать.

2. Приходилось ли тебе (Вашему ребенку) бояться что-либо делать вместе с другими людьми, например, разговаривать, есть, посещать вечеринки или что-либо другое в школе или с друзьями?

3. Приходилось ли тебе (Вашему ребенку) испытывать трудности делать что-либо, когда наблюдают другие люди, например, заниматься спортом, играть или выступать, задавать вопросы, читать вслух или отвечать перед классом?

4. Приходилось ли тебе (Вашему ребенку) когда-либо чувствовать себя неспособным что-либо делать или пытаться избежать этого?

Если ребенок или подросток (родители или воспитатели) отвечает «да» на один или более вопросов, рассматривают всестороннюю оценку на предмет эмоциональных расстройств.

Если скрининговые вопросы указывают на вероятное эмоциональное расстройство, пациента рекомендуется **направить к врачу психиатру детскому, которому** следует оценить психическое состояние ребенка/подростка и нарушения в межличностном и социальном функционировании.

#### **Рекомендации врачам СОПЗ:**

**Рекомендуется** своевременное выявление эмоциональных расстройств детского возраста с уточнением жалоб, сбором анамнеза, физикальным, лабораторным и инструментальным обследованием с консультацией специалистов.

*Комментарии:* своевременное выявление эмоциональных расстройств детского возраста необходимо для психотерапевтического и/или медикаментозного вмешательства и предупреждения социальной дезадаптации. Для этого целесообразно информирование педагогов и психологов о клинической картине эмоциональных расстройств детства и опасностях упорной социальной, в том числе школьной, дезадаптации при этом виде психической патологии.

**Рекомендуется:** Всесторонняя диагностическая оценка (ВДО) ребенка/подростка с вероятным тревожным расстройством.

*Примечание:* ВДО должна обеспечивать возможность для пациента ответить один на один на вопросы диагностического интервью. Желательно участие родителей, воспитателей или других взрослых, которые знают ребенка/подростка, чтобы предоставить информацию о поведении в настоящее время и в прошлом. Если это необходимо, вовлекают более одного специалиста (психиатра, психолога).

При выполнении ВДО необходимо собрать подробное описание текущей социальной тревоги и связанных с ней проблем, включая:

- ситуации, которые вызывают страх и избегание;
- симптомы тревоги;
- чего боится ребенок/подросток, или что с ним может случиться в социальных ситуациях (например, тревожный или скучный вид, стыд, потливость, дрожь);
- собственный внешний вид;
- представления о себе;
- поведение, направленное на поиск безопасности;
- сосредоточение внимания в социальных ситуациях;
- предшествующие и последующие переживания;
- семейные обстоятельства и поддержка;
- группы друзей и сверстников, учебные и социальные обстоятельства;
- прием медикаментов, алкоголя и рекреационных наркотиков.

**Рекомендуется:** Изучать факторы, вызывающие или поддерживающие эмоциональные нарушения у ребенка/подростка дома, в школе и социальном окружении.

*Примечание:* В частности, рассматривают поведение родителей, которое может способствовать тревожному поведению или не поддерживать позитивные действия, а также насмешки со стороны сверстников в школе или в других условиях.

**Рекомендуется:** оценить сопутствующие проблемы психического здоровья.

*Примечание:* например, другие тревожные расстройства или депрессия, состояния нарушения нейроразвития, такие как гиперактивное расстройство с дефицитом внимания, аутизм и умственная отсталость, злоупотребление ПАВ (психоактивными веществами), а также нарушения речи, энурез, энкопрез, ночные кошмары.

**Рекомендуется:** оценить сопутствующие сомато-неврологические нарушения, их связь с дистрессовой ситуацией, условия их возникновения/окончания, динамику, продолжительность.

*Примечание:* например, экскориации, облысение, деформация большого пальца, изменение ногтей, опрелости, головные боли, нарушения со стороны ЖКТ боли в желудке, рвота, диарея или органов дыхания, резидуально-

органические расстройства.

**Рекомендуется:** оценить имеющиеся у ребенка/подростка риски и вред для того, чтобы контролировать ситуацию при самопренебрежении, злоупотреблении или заброшенности в семье, эксплуатации другими, нанесении вреда себе или другим.

*Примечание:* необходимо составить характеристику пациента, чтобы определить его потребности, провести любые необходимые обследования в дальнейшем, а также установить глубину и характер:

- эмоциональные нарушения и любых связанных с ними трудностей (например, селективный мутизм);
- любых сопутствующих проблем психического здоровья;
- состояний нарушения нейроразвития, таких как гиперактивное расстройство с дефицитом внимания, аутизм и умственная отсталость;
- опыта запугивания или социального изгнания;
- дружбы со сверстниками;
- речевых и коммуникативных навыков;
- проблем физического здоровья;
- личностного и социального функционирования, чтобы определить любые потребности (личные, социальные, домашние, учебные или профессиональные);
- учебных и профессиональных целей;
- потребностей родителей и воспитателей.

**Рекомендуется психологам:** применение одного или нескольких диагностических инструментов для оценки эмоциональных нарушений и других распространенных проблем психического здоровья:

- детская версия LSAS или опросник социальной тревоги у детей (SPAI-C)
- SPIN или LSAS для подростков
- многоаспектная шкала тревоги для детей (MASC)
- пересмотренная шкала тревоги и депрессии у детей (RCADS)
- шкала детской тревожности, разработанная Spence (SCAS)
- скрининг эмоциональных расстройств, связанных с тревогой у детей (SCARED).

**Рекомендуется психологам:** использовать также формальные диагностические инструменты для выявления других проблем:

- валидизированная методика оценки когнитивных способностей у детей и подростков с подозрением на умственную отсталость
- опросник сильных и слабых сторон у детей и подростков.

**Клинические критерии:**

### F93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте

Жалобы:	Анамнез:
<p>Наиболее распространённые жалобы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Несоответствующее реальности постоянное беспокойство в связи с возможной потерей или возможными неприятностями у основных фигур, к которым привязан ребёнок (например, страх, что они покинут его и не вернутся), или постоянная озабоченность, что они могут умереть;</li> <li>• Плач, истерики, отказ в участии в событиях, связанных с разлукой;</li> <li>• Нарушение сна при отсутствии объекта разлуки, повторяющиеся кошмары, содержание которых связано с разлукой;</li> <li>• Соматические симптомы — включая боль в животе, тошноту, рвоту и головную боль, а также жалобы на них даже при их отсутствии;</li> <li>• Уклонение, отказ, нежелание и оппозиционные поведения в попытке препятствовать разделению с основной фигурой, к которой имеется привязанность.</li> </ul>	<p>В анамнезе могут иметь место:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ психотравматизация ребенка в грудном возрасте в связи с реальным расставанием с матерью;</li> <li>✓ ананкастические или сенситивно-шизоидные черты характера ребенка, симбиотически привязанного к матери;</li> <li>✓ генетический фактор - у родителей таких детей выше, чем в популяции процент тревожно-депрессивных расстройств;</li> <li>✓ нарушение родительско-детских отношений в связи с гиперопекой или эмоциональной холодностью матери;</li> <li>✓ проходящие незамеченными взрослыми актуальные для ребенка психотравмирующие ситуации.</li> </ul> <p>Расстройство обнаруживается до 6 летнего возраста, продолжительность по меньшей мере 4 недели.</p> <p>Может возникнуть в раннем детском возрасте и продолжаться с незначительными улучшениями состояния и обострениями вплоть до пубертата, после чего наступает полное редуцирование симптоматики и прочная социальная адаптация (при правильной тактике воспитания и лечения).</p> <p>Наибольшие клинические проявления приходятся на начало школьного обучения. Для таких детей характерно то, что психологически понятные страхи приобретают сверхценный характер.</p> <p>У детей младшего возраста (4-8 лет) в большей степени выражены конкретные опасения в связи с возможным расставанием с матерью или другими близкими. Ребенок постоянно стремится удержать рядом с собой своих родителей и требует внимания. Он нередко беспокоится о том, что с родителями может произойти несчастный случай или они заболеют. Нежелание расстаться может распространяться на любимые игрушки или знакомые места.</p> <p>У детей более старшего возраста (9-12 лет) и подростков чрезмерное волнение и беспокойство вызывают повседневные стрессоры, такие события, как экзамены, участие в общественной деятельности с другими детьми и т.п. Ситуации, связанные с расставанием с объектом привязанности сопровождаются соматическими симптомами: тошнота, рвота, боли в животе, головные боли. Страдает автономность поведения – ребенок не в состоянии спать отдельно, навещать друзей или выходить из дому, выполняя поручения родителей.</p> <p>Повышенная зависимость от матери проявляется в том, что подростки(особенно мальчики), предпочитают</p>

	<p>привлекать ее для покупки предметов одежды, содействия при вхождении в социально значимые занятия (спортивную секцию, театральные кружки и т.п.).</p> <p>Особая форма этого расстройства – <u>отказ от посещения школы</u>. Встречается у учащихся младших классов. В основе лежит сверхценный страх разлуки с матерью. Проявляется жалобами на головные боли, боли в желудке, энурезом, энкопрезом, рвотой, диареей. Такие жалобы предъявляются исключительно в дни школьных занятий, а не в другое время.</p> <p><u>Течение хроническое</u> с обострениями в период социального стресса или соматического заболевания.</p> <p>В катанестическом периоде для больных характерны трудности профессионального приспособления, низкий уровень самоутверждения и повышенная ипохондричность.</p> <p><u>Тревожное расстройство в связи с разлукой, возникшее неожиданно в школьном возрасте</u>, в большинстве случаев начинается после психотравмирующей ситуации (незначительной, с точки зрения взрослого) и изолированно продолжается лишь короткое время, а затем трансформируется в развернутый депрессивный или тревожно-фобический синдром, часто с массивной психосоматической симптоматикой. Это может привести, в отсутствие адекватного лечения, к глубоким формам школьной и социальной дезадаптации. Течение затяжное, нередко многолетнее, но симптоматика также редуцируется в пубертатном возрасте.</p>
--	---

### **F93.1 Фобическое тревожное расстройство детского возраста**

<b>Жалобы:</b>	<b>Анамнез</b>
<p>Постоянный или периодически возникающий страх (фобия), который соответствует фазе возрастного развития (или соответствовал при появлении), но который аномален по тяжести и связан с существенным социальным нарушением.</p>	<p>Архаичные филогенетические страхи возникают спонтанно или после незначительной психотравмирующей ситуации преимущественно у детей с ананкастическими, психастеническими, шизоидными или истероидными чертами характера.</p> <p>Начавшись до 6 летнего возраста, имеет тенденцию к длительному сохранению, но постепенно полностью редуцируется по мере взросления ребенка и при адекватном лечебном и психолого-педагогическом вмешательстве. Продолжительность как минимум 4 недели.</p> <p>Расстройство не возникает как часть более широкого нарушения эмоций, поведения или личности или общего расстройства развития, психотического расстройства или расстройства, связанного с употреблением психоактивного вещества.</p>

### **F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста**

Жалобы:	Анамнез
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постоянная тревога в социальных ситуациях (занятия в школе; обращение за помощью к одноклассникам; совместная деятельность со сверстниками; выполнение заданий в школе), в которых ребенок имеет дело с незнакомыми людьми, включая сверстников, проявляется социально уклоняющимся поведением.</li> <li>• Ребенок обнаруживает робость, стеснительность или повышенную озабоченность адекватностью своего поведения, когда взаимодействует с незнакомыми людьми.</li> <li>• Имеется существенное нарушение социальных (в том числе со сверстниками) взаимоотношений, которые являются вследствие этого ограниченными; в новых социальных ситуациях или в тех, в которых ребенок участвует поневоле, он испытывает существенный дистресс или дискомфорт, что проявляется плачем, отсутствием спонтанной речи или социальной аутизацией.</li> <li>• Социальные взаимоотношения со знакомыми лицами у ребенка удовлетворительны (с членами семьи или со сверстниками, которых он хорошо знает).</li> </ul>	<p>Расстройство преобладает у девочек. Предрасполагающим фактором являются конституциональные особенности, темперамент, психологические травмы и сексуальное насилие в раннем возрасте, затяжные соматические заболевания. Родители часто выступают в качестве модели подражания или неадекватно поощряют робость в поведении ребенка.</p> <p>Расстройство возникает в возрасте, когда страх посторонних перестаёт быть нормой, обычно в промежутке от 3 до 6 лет. Обращает на себя внимание разница в поведении в домашней и внесемейной обстановке. Дети достаточно оживлены и адекватны в общении с близкими людьми. В незнакомой обстановке они краснеют, переходят на шепотную речь или молчат, стараются спрятаться, плачут при попытке вовлечь их в коллективные игры. Дети избегают контактов с незнакомыми людьми и даже сверстниками. Дезадаптация наиболее ярко выражена во время отдыха (спортивные игры, развлекательные мероприятия), но в отдельных случаях может страдать учебный процесс. Самооценка в целом снижена и высока коморбидность с депрессивным синдромом.</p> <p>Аномальная тяжесть, хронический характер и возникающее в результате нарушение должны проявляться до 6-летнего возраста. Продолжительность по меньшей мере 4 недели.</p> <p>В подростковом возрасте у таких детей нередко наблюдается задержка социального развития.</p> <p>Расстройство не развивается как часть более широких нарушений эмоций, поведения или личности или общего расстройства развития, психотического расстройства или расстройства, связанного с употреблением психоактивного вещества.</p>

### F93.3 Расстройство сиблингового соперничества

Жалобы:	Анамнез
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выраженная интенсивная отрицательная установка по отношению к последующему младшему ребенку в семье.</li> <li>• В тяжелых случаях</li> </ul>	<p>Большинство маленьких детей проявляет какую-либо степень эмоционального расстройства, наступающего вслед за рождением младшего ребенка в семье. В большинстве случаев это расстройство легкое, но иногда оно может отличаться стойкостью. Патологическим это состояние расценивается в тех случаях, если присутствуют следующие симптомы:</p>

<p>это может сопровождаться открытой жестокостью или физической травмой сибса злобностью к нему, принижением сибса.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В случаях меньшей выраженности это может проявляться сильным нежеланием делиться, отсутствием положительного внимания и недостаточностью дружеских взаимодействий.</li> </ul>	<p>Эмоциональные расстройства могут принимать различные формы, часто включая некоторую регрессию с потерей ранее приобретенных навыков (таких как контроль за функцией кишечника и мочевого пузыря) и тенденцией к младенческому поведению.</p> <p>Обычно возрастает конфронтационное или оппозиционное поведение с родителями, вспышки гнева и дисфории, проявляемые в форме тревоги несчастья или социальной отгороженности.</p> <p>Может нарушаться сон, и часто возрастает напор на родителей для достижения их внимания, особенно в ночное время.</p> <p>Начало в течение 6 месяцев после рождения сиблинга, непосредственно следующего за рождением данного ребенка.</p> <p>Продолжительность как минимум 4 недели.</p>
--	---

### **F93.8 Другие эмоциональные расстройства детского возраста, в т.ч.:**

#### **F93.80 Генерализованное тревожное расстройство детского возраста.**

<b>Жалобы:</b>	<b>Анамнез</b>
<p>Чрезмерная тревожность, не имеющая реальных оснований; длительные периоды беспокойства о будущем; мысли о дискомфорте и опасностях, предстоящих в будущем; напряженность, застенчивость, робость, боязливость. Могут иметь место: кусание ногтей, вырывание волос, сосание большого пальца, энурез, нарушение сна, страшные сны. Типичными являются соматические жалобы: головные боли, нарушения со стороны ЖКТ</p>	<p>Представленность по полу равномерная, являются первенцем в семье. Чаще встречается в городской среде, в достаточно обеспеченных семьях малого размера.</p> <p>В анамнезе значима генетическая предрасположенность и резидуально-органический фон. У матерей больных выше уровень тревожных расстройств, в сравнении с популяцией.</p> <p>Для родителей характерна озабоченность социальным успехом и завышение ожиданий, предъявляемых ребенку.</p> <p>Поводы для проявлений тревоги разнообразны, например, выполнение школьных заданий, события в будущем, в ходе которых как-то оценивается деятельность больного, соответствие ожиданиям окружающих.</p> <p>Дети выглядят напряженными, робкими, неуверенными в себе, склонными к самоуничижению. Они болезненно чувствительны к критике и гордятся своим гипертрофированным послушанием. Серьезны и зрелы не по годам.</p> <p>Мотивация к социальному успеху позволяет больным добиться удовлетворительной социальной адаптации, но это сопровождается постоянным и чрезмерным внутренним напряжением.</p> <p>Часто генерализованное тревожное расстройство сопровождается кусанием ногтей, вырыванием волос, сосанием большого пальца, энурезом.</p> <p>Во взрослом возрасте высок риск появления тревожных, аффективных и соматоформных расстройств.</p>

или органов дыхания, имеющие органической основы.	не
---	----

**Физикальное обследование:** диагностически значимых изменений в показателях роста относительно кривых типичного развития (включая окружность головы), дисморфий, органомегалий, нейрокожных синдромов и очаговых неврологических отклонений нет.

Могут иметь место: вегетативная лабильность, изменения ногтей и деформация большого пальца (из-за кусания ногтей и сосания пальцев), облысение (из-за выдергивания волос), экскориации, опрелости, головные боли, нарушения со стороны ЖКТ (боли в желудке, рвота, диарея) или органов дыхания, резидуально-органические расстройства.

**Лабораторные исследования** ОАК, ОАМ, БХАК - АСТ, АЛТ, билирубин, ЩФ, креатинин, калий, натрий, сахар крови - проводятся для контроля фармакотерапии, а также позволяют оценить работу внутренних органов (печень, почки, поджелудочная железа, желчный пузырь и др.), получить информацию о метаболизме (обмен липидов, белков, углеводов), выявить потребность в микроэлементах и выявляют изменения при сопутствующих заболеваниях.

**Инструментальные исследования** (нейровизуализация: фМРТ, ЭЭГ, КТ спинного мозга) проводятся по показаниям при сопутствующих расстройствах: резидуально-органические нарушения, энурез, энкопрез, нарушения сна в виде ночных кошмаров.

#### **Консультации специалистов:**

- ✓ Консультация врача-психиатра детского всем детям и подросткам, имеющим риск эмоциональных расстройств для обследования с целью установления диагноза.
- ✓ Консультация психолога всем детям и подросткам, с эмоциональными расстройствами для обследования и коррекции эмоциональных нарушений.

#### **Консультации специалистов по показаниям:**

- ✓ консультация педиатра – исключение соматических заболеваний;
- ✓ консультация невролога – исключение текущих неврологических расстройств (в случаях энуреза, энкопреза, тиков, тремора, головных болей и т.п.);
- ✓ консультация гастроэнтеролога – исключение глистной инвазии, нарушение функции ЖКТ (в случаях боли в желудке, рвоты, диареи)
- ✓ консультация дерматолога – исключение кожных заболеваний (в случаях изменения ногтей, облысения, экскориации, опрелости).

- ✓ консультации иных узких специалистов – по показаниям;
- ✓ психологическое консультирование (поддержка) семьи.

## 2.1. Диагностический алгоритм:



## 2.2. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики отдельных видов психических расстройств, включенных в раздел F93	Обследования	Критерии исключения диагноза на основании отличительных признаков
<b>Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте</b>			
<p>Аффективные расстройства настроения;</p> <p>Невротические расстройства;</p> <p>Тревожно-фобические расстройства детского возраста;</p> <p>Социальное тревожное расстройство;</p> <p>Генерализованное тревожное расстройство детского возраста.</p>	<p>Тревога</p> <p>Страхи</p>	<p>Физикальное, лабораторное исследование, нейровизуализация, консультации специалистов по показаниям</p>	<p>Провоцирующие стрессы: Разлука с лицами, выполняющими родительские функции, другие потери, переезды.</p> <p>Отношения со сверстниками: Хорошее, если не мешает разлука.</p> <p>Сон: Трудности засыпания, боязнь темноты, ночные кошмары.</p> <p>Психофизиологические нарушения: Боли в желудке, тошнота, гриппоподобные симптомы, пальпитация, головокружение, слабость.</p>
<b>Фобическое тревожное расстройство детского возраста</b>			
<p>Полиморфное психотическое расстройство;</p> <p>Генерализованное тревожное расстройство.</p>	<p>Тревога</p> <p>Фобии (навязчивые страхи)</p>	<p>Физикальное, лабораторное исследование, нейровизуализация, консультации специалистов по показаниям</p>	<p>Провоцирующие стрессы: возникают спонтанно или после незначительной психотравмирующей ситуации.</p> <p>Страх возникает только в определенной ситуации, не влияет на общее развитие ребенка.</p> <p>Адаптация в семье и детском коллективе достаточное.</p> <p>Расстройство не возникает как часть более широкого нарушения эмоций, поведения или личности или общего расстройства развития, психотического расстройства или расстройства, связанного с</p>

			употреблением психоактивного вещества.
<b>Социальное тревожное расстройство детского возраста</b>			
Расстройство адаптации с аутизмом. Генерализованное тревожное расстройство. Тревожное расстройство разлуки. Тяжелая депрессия. Дистимия. Личностные расстройства.	Тревога Депрессия Дистимия Отгороженность Отказ от социального функционирования Нарушение сна	Физикальное, лабораторное исследование, нейровизуализация, консультации специалистов по показаниям	Провоцирующие стрессы: Давление, оказываемое необходимостью принимать участие в общественной жизни. Отношения со сверстниками: Носят временный характер, внешняя заторможенность. Сон: Временами трудности засыпания. Психофизиологические нарушения: Боли в желудке, тошнота, потливость, тремор, головокружение, слабость.
<b>Расстройство сиблингового соперничества</b>			
Социализированное расстройство поведения; Расстройство адаптации с тревогой; Социальное тревожное расстройство детского возраста.	Тревога Нарушение сна Ревность Жестокость Жадность Конфронтационное и оппозиционное поведение Вспышки гнева Дисфории Социальная отгороженность	Физикальное, лабораторное исследование, нейровизуализация, консультации специалистов по показаниям	Провоцирующие стрессы: рождение сиблинга. Отношения со сверстниками: хорошее, если не присутствует сиблинг. Открытая жестокость или физическая травма сибса злобностью к нему, принижением сибса. Сильное нежелание делиться с сибсом, отсутствием положительного внимания и недостаточностью дружеских взаимодействий. Конфронтационное или оппозиционное поведение с родителями, вспышки гнева и дисфории, проявляемые в форме тревоги несчастья или социальной отгороженности. Сон: нарушен, и часто возрастает напор на родителей для достижения их внимания, особенно в ночное время.
<b>Другие эмоциональные расстройства детского возраста</b>			
Тревога разлуки; СДВГ; ОКР; Расстройство адаптации с тревогой; Фобическое	Тревога Фобии Депрессия	Физикальное, лабораторное исследование, нейровизуализация, консультации специалистов по показаниям	Провоцирующие стрессы: Сильное давление, связанное с необходимостью что-то делать, угроза для самооценки, чувство неуверенности в себе. Отношения со сверстниками: Стремление сделать приятное, зависимое отношение. Сон: Трудности засыпания.

расстройство; Депрессия; Шизофрения; Первазивные расстройства развития.			Психофизиологические нарушения: Боли в желудке, тошнота, рвота, комок в горле, учащенное дыхание, пальпитация, головокружение.
--	--	--	---

### 3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Комплексное использование подходов – неперенное условие терапии ЭРДВ.

Лечение при эмоциональных расстройствах, начало которых характерно для детского возраста, **амбулаторное**.

У детей и подростков **не рекомендовано** рутинным образом применять фармакологические интервенции для лечения эмоциональных расстройств.

Для достижения устойчивого эффекта необходимо применение этиотропной терапии.

Показаны: Лечебная, воспитательная и структурированная психотерапия, которая направлена на научение новому отношению и паттернам поведения детей, которые упорно пользуются незрелыми и неэффективными паттернами, что часто относят за счет неравномерного созревания. Вместе с тем, психотерапия должна применяться только в тех случаях, когда имеются позитивные указания на ее потенциальную полезность.

Показания к психотерапии:

✓ когда у ребенка имеют место эмоциональные нарушения, достаточно устойчивые для того, чтобы препятствовать нормальному созреванию и развитию.

✓ когда развитие ребенка не страдает, но его реакция на окружающую обстановку является патологической.

Целесообразно: проводить индивидуальную или групповую когнитивно-поведенческую терапию (далее - КПТ), сосредоточенную на эмоциональных расстройствах, направленных на увеличение независимости ребенка и модификации поведения.

Важным также является вовлечение родителей или воспитателей, чтобы гарантировать эффективность вмешательства, особенно у подростков.

**Цели лечения:**

1) Воздействие на психологические симптомы и связанные с ними нарушения поведения, а также на психосоматические и неврологические проявления;

2) обучение ребёнка самоутверждениям, способствующим совладанию с ситуацией и уменьшению негативных эмоциональных реакций.

**Виды и методы оказания медицинской помощи:**

- ✓ В случаях относительно упорядоченного поведения и отсутствии опасных для самого пациента и окружающих тенденций у пациентов с эмоциональными расстройствами, назначается преимущественно немедикаментозная коррекция в амбулаторных условиях.
- ✓ В случаях остроты состояния с выраженными депрессивными, тревожными либо фобическими состояниями, нарушениями поведения, рекомендуется назначать психофармакотерапию; при невозможности коррекции симптомов в амбулаторных условиях – лечение проводить в режиме дневного стационара, сочетая с немедикаментозной и социальной коррекцией.

### **За. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:**

Амбулаторный этап помощи (при сохранении относительно упорядоченного поведения и отсутствии опасных тенденций для самого больного и окружающих) является самостоятельным и включает наряду с медикаментозной более расширенную психологическую и педагогическую коррекцию.

**Первичное установление диагноза, определение маршрута ведения осуществляется врачом-психиатром детским амбулаторно.**

- ✓ решается вопрос о необходимости медикаментозного лечения сопутствующих расстройств, обсуждается с родителями при их информированном согласии;

- ✓ решается вопрос о виде немедикаментозного лечения – обсуждается с родителями или законными представителями ребенка при их информированном согласии.

- ✓ решается вопрос о психологической интервенции.

- ✓ обсуждаются вопросы психобразования и тренинга навыков у родителей.

Оформляется заключение ВКК:

- ✓ для ПМПК (о необходимости выделения тьютора, коррекционной педагогике);

- ✓ для ВВК – для лиц допризывного и призывного возраста;

- ✓ заключение для физических лиц, организаций любой формы собственности для проведения мероприятий по лечению, абилитации/реабилитации.

- ✓ **Немедикаментозное лечение.**

**Рекомендуются:** Психологические интервенции:

- 1) Индивидуальная КПТ с учетом когнитивной и эмоциональной зрелости ребенка/подростка должна включать следующее:

- 8-12 сессий продолжительностью 45 минут;

- психобразование, экспозицию ситуаций, которые вызывают страх или избегание, тренинг социальных навыков и возможность для усвоения социальных навыков;

- психообразование и тренинг навыков у родителей, в особенности молодого возраста, чтобы способствовать и усилить экспозицию ситуаций, которые вызывают у ребенка страх или избегание, а также развивать навыки.

2) В групповую КПТ входят:

- 8-12 сессий длительностью 90 минут в группе детей/подростков того же возраста;

- психообразование, экспозиция ситуаций, которые вызывают страх или избегание, тренинг социальных навыков и обучение возможности их усвоения;

- психообразование и тренинг навыков у родителей, в особенности молодого возраста, чтобы способствовать и усилить экспозицию ситуаций, которые вызывают у ребенка страх или избегание, а также развивать навыки.

Этот подход рекомендуется подросткам (обычно в возрасте 15 лет и старше), которые когнитивно и эмоционально способны пройти терапию с помощью психологических интервенций, разработанных для лечения взрослых пациентов.

3) Семейная психотерапия

4) Тренинги общения

5) Арт-терапия

6) Игровая терапия

7) Ассертивный тренинг

**Рекомендуется педагогам** коррекционная работа с дошкольниками в виде курса специальных занятий, целью которых является эмоциональное воплощение ребенка в заданный образ, отождествление с ним, то есть имитация различных эмоциональных состояний.

В качестве основных типов педагогического регулирования эмоционального развития детей на коррекционных занятиях можно применить обучающее-корректирующий, направляюще-корректирующий и направляющий типы.

**1. Обучающе-корректирующий тип регулирования, который** характеризуется следующими чертами:

1) ориентацией на развитие у дошкольников выразительной моторики – умения активно передавать эмоциональные состояния с помощью мимики, пантомимики;

2) стремлением педагога помочь детям в овладении умением понимать собственные эмоциональные состояния, определять различные эмоции взрослых и детей, выраженные в мимике, пантомимике, интонации речи;

3) использованием педагогом групповых и индивидуальных бесед о средствах эмоциональной выразительности образа в музыке, литературе, фотографии, книжной иллюстрации;

4) выбором доступных для детей видов деятельности: игры, имитации, рисования;

5) демонстрацией мимических, пантомимических, интонационных средств воплощения образа;

б) внесением поправок в процесс выполнения ребенком действий.

**2. Направляюще-корректирующий тип, который отличается:**

- 1) ориентацией педагога на развитие у детей осознанного включения в процесс имитации, выбора средств достижения выразительности образа;
- 2) стимулированием самостоятельного поиска выразительных средств передачи образа;
- 3) направленностью участия взрослого на развитие умения анализировать невербальные средства эмоционального воплощения, использованные самим ребенком и другими детьми.

**2. Для направляющего типа педагогического регулирования характерны:**

- 1) ориентация на развитие у каждого ребенка индивидуальных способов эмоционального самовыражения в игровой деятельности;
- 2) стимулирование творчества и инициативы ребенка.

Указанная типология является общим подходом к развитию эмоциональной сферы и коррекции эмоциональных нарушений в дошкольном возрасте.

**3.2 Медикаментозное лечение:**

*Необходимо подчеркнуть, что использование нейролептиков может способствовать учащению прогулов школы из-за их побочных явлений.*

Фармакологическое лечение используется в крайних случаях, когда немедикаментозные методы лечения не привели к улучшению. Могут назначаться антидепрессанты, однако нет убедительных доказательств того, что помогают трициклические антидепрессанты или бензодиазепины. Кроме того имеются ограниченные данные о том, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина дают симптоматическое облегчение, но нет доказательств того, что это улучшение сохраняется после прекращения медикаментозного лечения.

**Перечень лекарственных средств для лечения коморбидных расстройств при эмоциональных расстройствах, специфичных для детского возраста**

*Данный перечень не исключает использование при лечении коморбидных расстройств других лекарственных средств в соответствии с рекомендациями и стандартами по каждому расстройству*

<i>Лекарственная группа</i>	<i>Международное непатентованное наименование ЛС</i>	<i>Способ применения</i>	<i>Уровень доказательности</i>
<i>Транквилизатор</i>	<i>Феназепам</i>	Противопоказан в детском и	

		подростковом возрасте до 18 лет (безопасность и эффективность не определены).	
<b>Транквилизатор</b>	<i>Грандаксин (тофизопам)</i>	Отсутствует достаточный опыт применения препарата у детей и подростков до 18 лет. <b>Подросткам</b> назначают по 50 мг (1 таб.) 1-2 раза/сут. При нерегулярном применении можно принять 1-2 таб. Максимальная суточная доза - 100 мг.	
<b>Транквилизатор</b>	<u><i>Диазепам (Diazepamum)</i></u>	<i>Детям.</i> У детей дозу для парентерального введения определяют индивидуально в зависимости от состояния, массы тела, возраста. При столбняке - детям от 6 месяцев и до 5 лет 1-2 мг в/м или в/в (медленно), при необходимости дозу повторяют через 3-4 часа. Детям в возрасте 5 лет и старше назначают 5-10 мг, при необходимости дозу повторяют через 3-4 ч. При эпилептическом статусе и тяжелых, рецидивирующих судорожных припадках - детям от 2 до 5 лет назначают 0.2-0.5 мг в/в медленно; при необходимости введение в той же дозе можно повторить через 10-15 мин., максимально до 5 мг. Необходимо соблюдать осторожность, особенно у маленьких детей, и вводить в/в очень медленно с целью предотвращения нарушений дыхательной функции. Детям в возрасте 5 лет и старше назначают 1 мг в течение 2-5 мин., при необходимости введение в той же дозе можно повторить через 10-15 мин., максимально до 10 мг. Рекомендуется внутривенное введение (медленно). При необходимости дозу повторяют через 2-4 ч.	
<b>Антидепрессант</b>	<i>Сертралин</i>	Внутрь. Для детей с 6 до 12 лет – начальная доза 25 мг внутрь однократно. Поддерживающая доза – от 25 до 200 мг в сутки. Повышение дозы по необходимости можно производить еженедельно. Для детей с 13 лет - начальная доза для составляет 50 мг в сутки.	В [39,44]

<i>Антидепрессант</i>	<i>Флувоксамин</i>	Внутри. Для детей с 8 до 11 лет начальная доза 25 мг в сутки однократно, поддерживающая доза варьируется от 25 до максимальных 200 мг в сутки. Для детей с 11 до 17 лет максимальная доза 300 мг в сутки. Дозу более 50 мг рекомендовано делить на 2 приема, а повышение дозы производить с шагом 25 мг каждые 4-7 дней	В [11,16]
-----------------------	--------------------	--	-----------

### 3.3 Хирургическое вмешательство – нет.

### 3.4 Дальнейшее ведение:

#### Применение психологических интервенций

- Психообразование экспозиция ситуаций, которые вызывают страх или избегание, соперничество; тренинг социальных навыков и возможность для усвоения социальных навыков;
- психообразование и тренинг навыков у родителей, в особенности молодого возраста, чтобы способствовать и усилить экспозицию ситуаций, которые вызывают у ребенка страх или избегание, соперничество, а также развивать навыки.

### 3.5 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Выполнено клинико – психопатологическое, параклиническое обследование	Да/Нет
2	Верифицирован окончательный диагноз	Да/Нет
3	Проведена терапия лекарственными препаратами, влияющими на коррекцию психических симптомов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний )	Да/Нет
4	Достигнута существенное смягчение симптоматики, снижающих качество жизни	
5	Проведена немедикаментозная терапия	Да/Нет
6	Оказана психокоррекционная и социально-реабилитационная помощь	Да/Нет
7	Достигнуто повышение уровня социального функционирования с формированием навыков социального взаимодействия и адаптации	Да/Нет
8	Достигнуто смягчение/устранение негативных эмоциональных нарушений	Да/Нет
9	Достигнуто смягчение/устранение психосоматических и неврологических проявлений	Да/Нет
10	Ребёнок обучен самоутверждениям, способствующим совладанию с ситуацией и уменьшению негативных эмоциональных реакций.	Да/Нет

#### **4 ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:**

Стационарная помощь оказывается при выраженности и остроте психопатологических расстройств, грубом нарушении поведения, опасности для себя или окружающих в отделениях детской психиатрии или в дневном стационаре. Основным принципом лечения является биосоциальный комплексный подход, включающий медикаментозную помощь с немедикаментозной коррекцией [73, 74].

##### **Показания для плановой госпитализации:**

- ✓ С целью обследования и установления клинического диагноза при невозможности уточнить диагноз на амбулаторном уровне;
- ✓ В целях подбора психофармакологического лечения;
- ✓ В случаях средней степени тяжести состояния;
- ✓ Для обеспечения преемственности в оказании помощи при переводе из стационара в амбулаторную сеть может применяться дневной стационар.

##### **Показания для экстренной госпитализации:**

В случаях остроты состояния с выраженными депрессивными, суицидальными, агрессивными и поведенческими нарушениями, представляющими опасность для себя или окружающих.

#### **5 ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ**

##### **5.1 Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента.**

## Алгоритм мероприятий на стационарном уровне



**5.2** Немедикаментозное лечение (см. п 3.1.)

**5.3** Медикаментозное лечение (см. п 3.2.)

**5.4** Хирургическое вмешательство - нет.

**5.5** Дальнейшее ведение (см. п 3.4.)

Определяется комплекс необходимых мероприятий третичной профилактики - в окружении - семье, детских учреждениях, школе, задачами которой является решение вопросов социальной адаптации, определение профиля обучения, межведомственное взаимодействие.

## **6 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе**

<b>№ п/п</b>	<b>Критерии качества</b>	<b>Оценка выполнения</b>
1	Выполнено развернутое клинико – психопатологическое и параклиническое обследование	Да/Нет
2	Верифицирован окончательный диагноз	
3	Проведена терапия лекарственными препаратами, влияющими на коморбидную симптоматику (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4	Проведена терапия лекарственными препаратами, влияющими на сопутствующие сомато-неврологические расстройства (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5	Проведена немедикаментозная терапия	
6	Достигнута существенная редукция коморбидной симптоматики (продуктивной) на момент выписки из стационара	Да/Нет
7	Достигнута существенная редукция сомато-неврологических расстройств на момент выписки из стационара	Да/Нет
8	Достигнуто повышение уровня социального функционирования на момент выписки из стационара	Да/Нет

## **7 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:**

### **7.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

1) Ешимбетова Саида Закировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и неврологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», врач психиатр.

2) Распопова Наталья Ивановна – д.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и неврологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», врач психиатр высшей квалификационной категории.

3) Абетова Айгулим Абдурасуловна – к.м.н., руководитель отдела менеджмента и образования РГП на ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья» МЗ РК, врач психиатр высшей квалификационной категории, врач детский психиатр – сертификат.

4) Вихновская Марина Владимировна, врач детский психиатр высшей

квалификационной категории, заведующая отделением детско-подростковой психиатрии РГП на ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья» МЗ РК, главный внештатный детский психиатр РК.

**6.1 Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет.

**6.2 Рецензент:**

**6.3 Указание условий пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.