



Всесвітня організація
охорони здоров'я
Європейське регіональне бюро



UNHCR
The UN Refugee Agency

Клінічне ведення психічних, неврологічних розладів і розладів,
пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин,
під час надзвичайних гуманітарних станів

Посібник mhGAP з надання допомоги за гуманітарних надзвичайних станів (mhGAP-ГУМ)



Програма дій ВООЗ
у сфері психічного здоров'я

Вперше було опубліковано англійською мовою Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 2015 році під назвою:
mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies

Ключові слова

1. Mental Disorders. 2. Substance-related Disorders. 3. Nervous System Diseases. 4. Relief Work. 5. Emergencies. I. World Health Organization. II. UNHCR.

Надсилайте запити щодо публікацій Європейського регіонального бюро ВООЗ на таку адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Також Ви можете заповнити онлайн-форму запиту щодо документації, медичної інформації або дозволу на цитування чи переклад на веб-сайті Регіонального офісу (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всесвітня організація охорони здоров'я, 2016 р.

Усі права застережено. Регіональний європейський офіс ВООЗ із радістю відповість на запити про відтворення чи переклад його публікацій повністю або частково.

Усі вжиті позначення та представлення матеріалу в цій публікації не є вираженням жодної думки з боку Всесвітньої організації охорони здоров'я стосовно юридичного статусу будь-яких країн, територій, міст чи регіонів або їхніх органів управління, а також стосовно делімітації кордонів. Пунктирною лінією на мапі позначено приблизні кордони, стосовно яких іще немає цілковитої згоди.

Згадування конкретних компаній або продуктів певних виробників не означає, що Всесвітня організація охорони здоров'я підтримує або рекомендує їх, надаючи їм перевагу перед рештою подібних продуктів, тут не згаданих. За винятком помилок і пропусків, назви запатентованих виробів починаються з великих літер.

Всесвітня організація охорони здоров'я вжила усіх необхідних заходів для підтвердження інформації, що міститься в цій публікації. Проте опублікований матеріал розповсюджується без жодних гарантій, чи то виражених, чи то опосередкованих. Відповідальність за інтерпретацію та використання цього матеріалу несе читач. Всесвітня організація охорони здоров'я не несе відповідальності за шкоду, що сталася внаслідок використання цього матеріалу

Для отримання зворотного зв'язку та з питань комунікації звертайтеся за адресою:

Відділ психічного здоров'я та зловживання психоактивними речовинами (Department of Mental Health and Substance Abuse) ВООЗ (mhgap-info@who.int) або до Відділу громадського здоров'я (Public Health Section) UNHCR (HQPHN@unhcr.org).

Передмова

Сьогодні світ переживає безпрецедентну кількість гуманітарних надзвичайних станів, до яких призводять збройні конфлікти та стихійні лиха. Кількість біженців і внутрішньо переміщених осіб не була такою великою з часів закінчення Другої світової війни. Десятки мільйонів людей – особливо на Близькому сході, в Африці та Азії – потребують термінової допомоги, що включає в себе послуги, спроможні задовольнити підвищені потреби населення у сфері психічного здоров'я.

Дорослі та діти, постраждали від надзвичайних станів, стикаються зі значними та різноманітними психічними, неврологічними проблемами, а також проблемами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин. Горе та гострий дистрес впливають на більшість людей, і вони вважаються природною, тимчасовою реакцією на надмірні страждання. Проте, в деяких людей надмірні страждання спричиняються до розвитку таких проблем у сфері психічного здоров'я, як депресивний розлад, посттравматичний стресовий розлад або пролонгована реакція горя, кожна з яких може призвести до серйозних порушень повсякденного функціонування людини. Окрім того, люди з такими станами здоров'я як психоз, інтелектуальні порушення та епілепсія, які вже існували, можуть стати ще вразливішими. Це може бути пов'язано з переміщенням, покиненням та браком доступу до послуг у сфері охорони здоров'я. Врешті-решт, вживання алкоголю та наркотиків також призводить до значних ризиків у сфері здоров'я та гендерно зумовленого насильства. Хоча потреби населення в послугах у сфері психічного здоров'я значно зросли, на місцевому рівні часто бракує ресурсів у сфері охорони психічного здоров'я. На цьому тлі практичні інструменти, прості у використанні, потрібні сильніше, ніж будь-коли раніше.

Цей посібник було розроблено з урахуванням саме цих труднощів. «Посібник mhGAP з надання допомоги під час гуманітарних надзвичайних станів» – простий, практичний інструмент, метою якого є надання підтримки неспеціалізованим закладам охорони здоров'я на територіях, постраждалих від гуманітарних надзвичайних станів, у сфері оцінки та ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин. Його розроблено на основі «Посібника mhGAP з надання допомоги» (ВООЗ, 2010 р.), широко використовуваного науково обґрунтованого посібника з ведення таких станів у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, та адаптовано для використання за гуманітарних надзвичайних станів.

Цей посібник повністю відповідає рекомендаціям Міжвідомчого постійного комітету (IASC) та «Операційним рекомендаціям щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки під час планування роботи з біженцями», які вимагають багатосекторної відповіді, спрямованої на вирішення проблем у сфері психічного здоров'я та соціальних наслідків гуманітарних надзвичайних станів і переміщення. Він також підтримує досягнення основної мети Комплексного плану дій ВООЗ у сфері психічного здоров'я на 2013–2020 рр., а саме – надання комплексних, інтегрованих спільнотних послуг у сфері психічного здоров'я та соціальної допомоги, які легко інтегрувати в поточну систему.

Ми закликаємо усіх партнерів у секторі охорони здоров'я застосовувати та розповсюджувати цей важливий посібник, аби сприяти зменшенню страждань та посилювати спроможність дорослих і дітей з психічними захворюваннями долати труднощі, пов'язані із гуманітарними надзвичайними станами.

Маргарет Чан
Генеральний директор
Всесвітня організація охорони
здоров'я



Антоніо Гутеррес
Управління верховного
комісара ООН зі справ біженців



¹ Від перекладача: тут і далі термін «спільнотний» (англ. мовою – community/community-based) використовується на позначення амбулаторних (позаінституційних) послуг тощо, які надаються за місцем проживання особи, або, іншими словами, у звичних для особи умовах за принципом розширення доступу до життєво важливих медичних/соціальних послуг у менш обмежувальному середовищі.

Зміст

Подяки	iv
Вступ	1
Поради для клініцистів	3
Загальні принципи надання допомоги людям із психічними, неврологічними розладами та розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин, під час надзвичайних станів (ЗПД).	5
1. Принципи комунікації	5
2. Принципи оцінки	6
3. Принципи ведення хвороб	7
4. Принципи зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки	8
5. Принципи захисту прав людини	10
6. Принципи уваги до загального добробуту	11
Модулі	
1. Гострий стрес (ГС)	13
2. Горе (ГР)	17
3. Помірний–тяжкий депресивний розлад (ДЕП).	21
4. РПосттравматичний стресовий розлад (ПТСР).	27
5. Психоз (ПСИ)	31
6. Епілепсія/судоми (ЕПІ).	35
7. Інтелектуальні порушення (ІН).	41
8. Зловживання алкоголем і наркотиками (ЗАН)	45
9. Суїцид (СУІ).	49
10. Інші значущі скарги у сфері психічного здоров'я (ІНШ).	53
Додатки	
Додаток 1: Визначення захворювань у Медичній інформаційній системі (МІС) UNHCR (2014 р.).	56
Додаток 2: Глосарій	57
Додаток 3: Показчик симптомів	60

Подяки

Концептуалізація

Марк ван Оммерен (ВООЗ), **Ютаро Сетойя** (ВООЗ), **Пітер Фентефогел** (UNHCR) та **Халід Саїд** (ВООЗ) під керівництвом **Шекара Саксейна** (ВООЗ) та **Маріан Шільперурд** (UNHCR)

Група з питань підготовки та редагування

Пітер Фентефогел (UNHCR), **Ка Янг Парк** (Гарвардський інститут ім. Кеннеді) та **Марк ван Оммерен** (ВООЗ)

Експертна група з питань mhGAP ВООЗ

Ніколас Кларк, **Наталі Дрю**, **Тарун Дуа**, **Александра Фляйшманн**, **Шекар Саксейн**, **Чіара Сервілі**, **Ютаро Сетойя**, **Марк ван Оммерен**, **Александра Райт** і **М. Тагі Ясамі**.

Інші дописувачі/редактори

Хелаль Уддін Ахмед (Національний інститут психічного здоров'я, Бангладеш), Коррадо Барбюї (Спільний дослідно-навчальний центр з питань психічного здоров'я ВООЗ, Університет Верони), Томас Барретт (Денверський університет), П'єр Бастен (Міжнародний комітет Червоного хреста), Майрон Белфер (Гарвардський медичний інститут), Маргрет Блаау (Референтна група з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки за надзвичайних станів IASC), Борис Будосан (Malteser International), Кеннет Карсвел (ВООЗ), Хорхе Кастілья (ЕЧНО – Європейська комісія), Ванесса Каваллера (ВООЗ), Елізабет Чентено-Табланте (ВООЗ), Лукас Чені (Університет Мельбурна), Рейчел Коен (Common Threads), Ана Куадра (M decins du Monde, MdM), Кейті Доусон (Університет Нового Південного Уельсу); Жуп де Жон (Амстердамський вільний університет); Пем Дікс (Disaster Action); Кріс Доурік (Ліверпульський університет); Фредерік Дрогуль (M decins Sans Frontiere, MSF), Кароліна Ечевеппі (Колумбія), Рабай Ель Шамме (Університет св. Йосифа, Бейрут), Мохамед Ельшазлі (International Medical Corps, IMC), Майкл Ферст (Колумбійський університет), Річард Гарфілд (Центр контролю за соціально небезпечними хворобами, CDC), Анн Голаз (Женевський університет), Девід Голдберг (Королівський коледж Лондона), Марлен Гудфренд (MSF), Маргарет Грігг (MIND, Австралія), Норман Густавсон (PARSA, Афганістан), Фамі Ханна (ВООЗ), Матійс Хугстад (не як представник певної організації, Нідерланди), Пітер Х'ю (Королівський коледж психіатрів, Сполучене Королівство), Такаші Ізуцу (Світовий банк), Лінн Джонс (Гарвардська школа громадського здоров'я), Девора Кестел (Університет Оттави), Рус Корсте (in2mentalhealth, Нідерланди), Марк Лапорта (Університет Макгілла), Жаак Ле Рой (не як представник певної організації, Бельгія), Барбара Лопез-Кардозо (CDC), Ідо Луріє (Лікарі за права людини, Ізраїль), Андреас Меркер (Університет Цюріха), Хайні Мекіле (International Assistance Mission, Афганістан), Адельхайд Маршанг (ВООЗ), Кармен Мартінез-Віціана (MSF), Джессі Мбвамбо (Університет з охорони здоров'я та споріднених наук Мухімбілі, Танзанія), Фернанда Менна Баррето Крум (MdM), Ендрю Моханрадж (CBM, Малайзія), Емілію Овуга (Університет Гулу, Уганда), Сараз Пеї (ВООЗ), Хізер Паповіц (UNICEF), Ксав'єр Перейра (Університетський коледж медицини та ініціатив з рівності у сфері охорони здоров'я Тейлора, Малайзія), По Перез-Салес (Лікарня La Paz, Іспанія), Джованні Пінтальді (MSF), Бхава Пудял (не як представник певної організації, Азербайджан), Раша Рахман (ВООЗ), Андо Раобелісон (World Vision International), Нік Роуз (Оксфордський університет), Сесіль Руссо (Університет Макгілла), Халід Саїд (ВООЗ), Бенедетто Сарасено (Universidade Nova de Lisboa, Португалія), Елісон Шафер (World Vision International), Наталі Севері (MSF), Прамод Мохан Ш'янгва (IOM), Ясуко Шінозакі (MdM), Деррік Сілоув (Університет Нового Південного Уельсу), Стефані Сміт (Partners in Health), Леслі Снайдер (War Trauma Foundation), Юріко Сузукі (Національний інститут психічного здоров'я, Японія), Садж Томас (UNICEF), Ана Марія Тіжеріно (MSF), Віце Тол (Університет ім. Дж. Гопкінса та Фонд Пітера Алдермана), Сеноп Шакарян (MdM), Бхарат Віза (ВООЗ), Інка Вайсбеккер (IMC), Нана Відеманн (Міжнародна федерація товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця), а також Вільям Юл (Королівський коледж Лондона).

Фінансування

Управління верховного комісара ООН зі справ біженців (UNHCR)

Макет

Елена Черчі

Вступ

Цей посібник є адаптацією «Посібника mhGAP з надання допомоги з психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я», призначеною для використання під час гуманітарних надзвичайних станів. Отже, він називається «Посібник mhGAP з надання допомоги під час гуманітарних надзвичайних станів» (mhGAP-ГУМ).

Що таке mhGAP?

Програма дій ВООЗ у сфері психічного здоров'я (mhGAP) – це програма ВООЗ, метою якої є вирішення проблеми **браку послуг у сфері охорони здоров'я**, спрямованих на людей, які страждають від психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин (ПНР). У рамках виконання цієї програми у 2010 р. було видано «Посібник mhGAP з надання допомоги» (mhGAP-НД). mhGAP-НД – це клінічний посібник, присвячений психологічним і неврологічним розладам і розладам, пов'язаним зі вживанням психоактивних речовин, розроблений для медичних працівників, які **не є вузькими спеціалістами**

у цій галузі та працюють у **неспеціалізованих закладах охорони здоров'я**, особливо у країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Такими медичними працівниками є терапевти, медсестри, акушерки та керівники медичних закладів різного рівня, а також лікарі, які є спеціалістами не в психіатрії чи неврології, а в інших галузях медицини. Окрім моделі клінічного ведення захворювань, для впровадження відповідних програм Програма mhGAP пропонує низку інструментів, корисних для проведення ситуаційного аналізу, адаптації клінічних протоколів до місцевого контексту, програмного планування, навчання і супервізії, а також моніторингу.²

Чому потрібно адаптувати цю модель для роботи під час гуманітарних надзвичайних станів?

Під час гуманітарних надзвичайних станів утворюється широкий спектр гострих і хронічних надзвичайних ситуацій, до яких призводять збройні конфлікти та стихійні лиха. Гуманітарні надзвичайні стани зазвичай призводять до масового переміщення людей. У такій ситуації потреба людей у базових послугах перевищує місцевий потенціал, оскільки місцеві системи можуть бути зруйновані під час надзвичайної ситуації. Кількість наявних ресурсів може змінюватися в залежності від масштабів і доступності місцевої, національної та міжнародної гуманітарної допомоги. Гуманітарні кризи призводять до появи низки труднощів, але також і створюють унікальні можливості для постачальників послуг у сфері охорони здоров'я. Серед таких можливостей може бути зростання політичної

готовності та наявних ресурсів, необхідних для вирішення проблем у сфері охорони психічного здоров'я та їх покращення.³ У переліку ж труднощів є такі:

- » надзвичайна необхідність визначити пріоритети та відповідно розподілити мізерні ресурси;
- » обмежений час на навчання медичних працівників;
- » обмежений доступ до спеціалістів (для проведення навчання, супервізії, менторської підтримки, перенаправлення або консультації);
- » Обмежений доступ до медикаментів через дестабілізацію звичайних систем постачання.

Метою підготовки «Посібника mhGAP з надання допомоги під час гуманітарних надзвичайних станів» було саме вирішення цих специфічних труднощів, які з'являються за гуманітарних надзвичайних станів.

Зміст цього посібника:

«Посібник mhGAP з надання допомоги під час гуманітарних надзвичайних станів» містить **рекомендації щодо терапії розладів ПНР першої лінії**, зорієнтовані на медичних працівників, які не є спеціалістами в цій галузі, застосовні за гуманітарних надзвичайних станів, коли **доступ до спеціалістів і різних варіантів терапії є обмеженим**. У цьому посібнику виокремлено інформацію з повного посібника «mhGAP-НД», а також у нього включено додаткові елементи, які є специфічними для гуманітарних надзвичайних станів.

У цей посібник включено:

- » поради для клініцистів;
- » загальні принципи догляду, застосовні до гуманітарних надзвичайних станів, у тому числі:
 - ♦ Надання багатосекторної підтримки у відповідності до **Рекомендацій IASC щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки за надзвичайних ситуацій (IASC, 2007 р.)**, **Операційних рекомендацій щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки під час планування роботи з біженцями** (UNHCR, 2013 р.) та інших інструментів щодо надзвичайних ситуацій;
 - ♦ Інструкції щодо зняття стресу;
- » Короткі модулі з оцінки та ведення:
 - ♦ гострого стресу (ГС);
 - ♦ горя (ГР);
 - ♦ помірнього/тяжкого депресивного розладу (ДЕП);
 - ♦ посттравматичного стресового розладу (ПТСР);
 - ♦ психозу (ПСИ);
 - ♦ епілепсії/судом (ЕПІ);
 - ♦ інтелектуальних порушень (ІН);
 - ♦ зловживання алкоголем і наркотиками (ЗАН);

- ♦ суїциду (СУІ);
- ♦ інших значущих скарг у сфері психічного здоров'я (ІНШ).

Також було зроблено такі зміни:

- » Рекомендації щодо кондуктивних розладів було перероблено у рекомендації щодо поведінкових проблем підлітків, і вони містяться у модулі, присвяченому іншим значущим скаргам у сфері психічного здоров'я.
 - » У модулі **Оцінка та ведення розладів, безпосередньо пов'язаних зі стресом: Модуль посібника з надання допомоги mhGAP** (ВООЗ, 2013 р.) було виділено три модулі: гострий стрес (ГС), горе (ГР) і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).
 - » Було додано глосарій. Термінам, позначеним зірочкою (*), надано визначення у Додатку 2.
- Цей посібник значно коротший за обсягом порівняно з mhGAP-НД. У ньому не містяться рекомендації щодо таких розладів:
- » алкогольної та наркотичної інтоксикації та залежності* (проте включено розділ щодо алкогольного абстинентного синдрому та зловживання алкоголем і наркотиками);
 - » гіперактивного розладу з дефіцитом уваги (проте, в розділі щодо інших значущих скарг у сфері психічного здоров'я вміщено рекомендації щодо поведінкових проблем у підлітків);
 - » розладів аутичного спектру;
 - » деменції (проте в розділі «Загальні принципи догляду» вміщено рекомендації з надання підтримки опікунам людей із будь-якими ПНР розладами);
 - » низького ризику самоушкодження; а також
 - » терапії другого ряду для більшості ПНР розладів.

Повні рекомендації щодо цих тем і тепер містяться у **mhGAP-НД**.

² Для отримання цих інструментів надішліть лист за адресою: mhgap-info@who.int.

³ Див.: Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) Building back better: sustainable mental health care after emergencies. ВООЗ: Женева, 2013 р.

Поради для клініцистів

Інтеграція психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, або ПНП, у загальну систему охорони здоров'я має проводитися під наглядом керівника (напр., посадовця з обласного відділу охорони здоров'я, директора з медичних питань певного закладу тощо), відповідального за методологію надання медичних послуг та їх координацію у закладах охорони здоров'я, з урахуванням відповідного ситуаційного аналізу (див.: **WHO & UNHCR [2012] assessment toolkit**). У кожному закладі є керівник з медичних питань (головний лікар закладу охорони здоров'я), який має певні обов'язки. Керівникам з медичних питань необхідно зважати на такі аспекти.

Робоче місце

- » Виділіть **приватний простір** (бажано — окрему кімнату) для проведення консультацій щодо ПНП розладів. Якщо виділити окрему кімнату неможливо, спробуйте розокремити кімнату, використовуючи фіранки або інші засоби для забезпечення приватності.
- » Розгляньте можливість ніяк не підписувати кімнату для того, щоби запобігти уникненню послуг з ПНП пацієнтами через побоювання соціальної стигми.

Модель послуг

- » Розгляньте можливість забезпечення фізичної присутності хоча б одного медичного працівника, який пройшов відповідне навчання, у будь-який час як «чергового з ПНП», іншими словами — людини, яка має проводити оцінку людей з ПНП розладами та вести їх.
- » Або розгляньте можливість організації роботи «клініки з питань ПНП», яка працюватиме один або два рази на тиждень у загальному закладі охорони здоров'я в той день, коли в ньому менше навантаження. Якщо люди звертатимуться не в робочі дні «клініки з питань ПНП», їх можна обережно попросити повернутися в її робочі дні. Створення клініки з питань ПНП може виявитися корисним у закладах охорони здоров'я з великим навантаженням, особливо для того, щоби провести початкову оцінку, яка зазвичай займає більше часу, ніж повторний огляд.

Персонал і навчання

- » Проінформуйте персонал про необхідність забезпечення **підтримувальної атмосфери** для людей із ПНП.
- » Вирішіть, хто з персоналу пройде відповідне навчання.
- » Упевніться в тому, що ресурси наявні не тільки для проведення навчання, а й для забезпечення супервізії. Клінічна **супервізія** персоналу є абсолютно необхідним елементом хорошого догляду у сфері ПНП.
- » Якщо можливо з використання цього посібника провести навчання лише кількох працівників, упевніться в тому, що решта клінічного медичного персоналу може запропонувати людям як мінімум психологічну першу допомогу (ППД)*. Навчання щодо ППД може бути проведено приблизно за півдня. **Психологічна перша допомога. Посібник для польових працівників** та супровідні **Орієнтаційні матеріали** для методистів викладено в інтернеті.
- » Проінформуйте реєстратора (або особу, яка виконує подібну функцію) про те, як упоратися зі збудженими людьми, які можуть вимагати або потребувати негайної уваги.
- » Проведіть навчання для спільнотних соціальних працівників і волонтерів, якщо вони є, щодо того, як (а) інформувати людей про догляд у сфері ПНП (див. нижче), (б) допомогти людям з ПНП звернутися до цього медичного закладу по допомогу, а також (в) допомагати призначеним лікарям із проведенням повторних оглядів.
- » Розгляньте можливість призначити когось із медичної команди (напр., медсестру, психосоціального працівника чи спільнотного соціального працівника) пройти навчання та надавати психосоціальну підтримку під супервізією (напр., проводити короткострокову психологічну терапію, підтримувати роботу груп самопідтримки, навчати людей управлінню стресом).
- » Проінформуйте весь персонал щодо **локальних заходів з безпеки**:
 - ♦ Вимога надання згоди (а також її обмежень), у тому числі інформування відповідних органів щодо підозри про насильство над дитиною, сексуальне та гендерно зумовлене насильство та інші порушення прав людини;
 - ♦ Виявлення, відстежування та об'єднання родин. Діти, які опинилися без родин, потребують особливого захисту та в разі необхідності — перенаправлення в тимчасові заклади опіки.
- » Якщо з цим закладом охорони здоров'я з метою надання супервізії співпрацюють міжнародні спеціалісти у сфері психічного здоров'я, їх необхідно проінформувати про місцеву культуру та контекст.
- » Проінформуйте весь персонал про те, як використовувати наявні послуги.

Перенаправлення

- » Упевніться в тому, що в закладі є оновлений перелік контактів, необхідних для перенаправлення пацієнтів, які потребують догляду через ПНП.
- » Упевніться в тому, що в закладі є оновлений перелік контактів щодо інших підтримувальних ресурсів, наявних у вашому регіоні (напр., забезпечення таких базових потреб, як притулок, допомога з харчуванням, соціальні та спільнотні ресурси та послуги, захист і юридична допомога).

Інформування про наявні послуги

- » Підготуйте повідомлення, спрямовані на місцеву громаду, про доступні послуги у сфері ПНП (напр., мета та важливість догляду у сфері ПНП, послуги, доступні у клініці, розташування та графік роботи закладу охорони здоров'я).
- » Обговоріть ці повідомлення з лідерами громади.
- » Використовуйте різні канали розповсюдження інформації, напр., радіо, плакати в закладах охорони здоров'я, спільнотних соціальних працівників або інші ресурси громади, за допомогою яких можна проінформувати місцеве населення.

Лікарські препарати

- » Працюйте з особами, відповідальними за прийняття рішень у цій сфері, з метою забезпечення **постійного запасу найважливіших медикаментів**.
- » Упевніться в тому, що у вас є в наявності такі препарати:
 - ♦ як мінімум один антипсихотичний препарат (у таблетованій та ін'єкційній формі);
 - ♦ як мінімум один антипаркінсонічний препарат (необхідний на випадок можливих екстрапірамідальних побічних реакцій*) (у таблетованій формі);
 - ♦ як мінімум один антиконвульсивний/антиепілептичний препарат (у таблетованій формі);
 - ♦ як мінімум один антидепресивний препарат (у таблетованій формі); а також
 - ♦ як мінімум один анксиолітик (у таблетованій та ін'єкційній формі).
- » У вас може бути доступ до **Міжвідомчого медичного набору для невідкладної допомоги** (ММННД) (ВООЗ, 2011 р.) — це велика коробка з медикаментами й медичними засобами, розроблена для того, щоби забезпечити очікувані потреби у сфері охорони здоров'я 10 000 осіб, які постраждали від серйозної надзвичайної ситуації, на період у 3 місяці.

Інформаційний менеджмент

- » **Забезпечте конфіденційність.** Забезпечте надійні умови збереження медичних карток.
- » Визначте, які дані мають вноситися в медичну інформаційну систему.
 - ♦ Розгляньте можливість використання 7-категоріального нейропсихіатричного компоненту Медичної інформаційної системи UNHCR як рекомендацій щодо документування ПНП розладів (див. Додаток 1).
 - ♦ Під час великих важких надзвичайних станів особи, відповідальні за прийняття рішень у сфері громадського здоров'я, можуть бути не готові додавати 7 категорій до медичної інформаційної системи. В таких випадках до медичної інформаційної системи слід додати як мінімум категорію «психічні, неврологічні проблеми та проблеми, пов'язані із вживанням психоактивних речовин». Із часом цю категорію можна буде замінити деталізованою системою.

- » За необхідності розгляньте можливість обговорення цих повідомлень із місцевими народними лікарями, які можуть надавати допомогу людям із ПНП і які можуть погодитися співпрацювати з вами та в певних випадках перенаправляти людей до вас (див. рекомендації щодо цього в «Переліку заходів б.4» у **Рекомендаціях IASC щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки за надзвичайних ситуацій** [IASC, 2007 р.]).
- » Встановіть контакт із маргіналізованими групами населення, які можуть не знати про ваш заклад або не мати до нього доступу.

- ♦ У ММННД включено такі психотропні препарати:
 - ▣ **Амітриптилін**, таблетки: 25 мг x 4000;
 - ▣ **Біпериден**, таблетки: 2 мг x 400;
 - ▣ **Діазепам**, таблетки: 5 мг x 240;
 - ▣ **Діазепам**, розчин для ін'єкцій: 5 мг/мл, 2 мл/ампула x 200;
 - ▣ **Галоперидол**, таблетки: 5 мг x 1300;
 - ▣ **Галоперидол**, розчин для ін'єкцій: 5 мг/мл, 1 мл/ампула x 20;
 - ▣ **Фенобарбітал**, таблетки: 50 мг x 1000.
- ♦ Кількості препаратів у ММННД недостатньо для роботи закладів, які активно виявляють та ведуть пацієнтів із епілепсією, психозом і депресією. У такому разі необхідно буде замовляти препарати додатково.
- ♦ Упродовж тривалого часу необхідна кількість препаратів має розраховуватися на основі реального їх використання.
- » Окрім психотропних препаратів, для клінічного ведення гострого отруєння пестицидами (розповсюдження форма самоушкодження) в наявності має бути **атропін**. Атропін міститься в ММННД (1 мг/мл, 1 мл/ампула x 50).
- » Забезпечте надійність збереження усіх препаратів.

- » Збирайте та аналізуйте дані, а також звітуйте про результати відповідним особам, відповідальним за прийняття рішень у сфері громадського здоров'я.

Загальні Принципи Надання

допомоги людям із психічними, неврологічними розладами та розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин, під час гуманітарних надзвичайних станів

ЗПД

1. Принципи комунікації

У гуманітарному середовищі, яке швидко змінюється і непередбачуване, на постачальників послуг у сфері охорони здоров'я чиниться надзвичайний тиск приймати якомога більше людей за якомога коротший час. Консультації в закладах охорони здоров'я мають бути короткими, гнучкими та мають стосуватися найнагальніших питань. Хороші комунікаційні навички допомагають постачальникам послуг у сфері охорони здоров'я досягти цих цілей та уможливають надання ними ефективної допомоги дорослим, підліткам та дітям із психічними, неврологічними розладами і розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин (ПНР).

» Створіть атмосферу, яка підтримуватиме відкрите спілкування.

- ♦ Якщо можливо, зустріньтеся із людиною у **приватному просторі**.
- ♦ Розмістіться на тому ж рівні очей, що й інша людина (напр., якщо людина сидить, то й ви сядьте).
- ♦ **Привітайте** людину; представтеся, розкажіть про свою посаду/роль у культурно прийнятний спосіб.
- ♦ **Привітайтеся** з усіма присутніми.
- ♦ Запитайте особу, чи вона хоче, щоби її опікуни або інші люди залишилися в цьому приміщенні.
 - ▢ За винятком випадків, коли особа є дитиною молодшого віку, зазначте, що хотіли б поговорити з цією особою наодинці. Якщо особа хоче, щоб залишилися інші, поставтеся до цього з повагою.
 - ▢ Якщо ви розмовляєте з особою наодинці, отримайте дозвіл на те, щоб:
 - задати опікунам питання, необхідні для оцінки, аби з'ясувати їхнє бачення ситуації; а також
 - залучити опікунів в обговорення та погодження плану ведення розладу.
- ♦ Проінформуйте особу про те, що інформація, обговорювана під час візиту, є **конфіденційною**, що ви не розповсюджуватимете її без згоди цієї особи, за винятком ситуації, коли ви вбачаєте ризик щодо цієї особи або інших (взьміть до уваги те, що розповсюдження такої інформації має бути узгоджено з національними юридичними обмеженнями щодо конфіденційності).

» Залучайте в ці процеси особу з ПНР настільки, наскільки це можливо.

- ♦ Навіть якщо функціонування особи є обмеженим, завжди **намагайтеся залучити її** до обговорення. Це також стосується дітей, молоді та старших людей із ПНР розладами. Не ігноруйте їх, розмовляючи виключно з їхніми опікунами.
- ♦ Завжди намагайтеся **пояснити** особі те, що ви робите (напр., під час медичного огляду) і що збираєтеся зробити.

» Почніть з того, що вислухайте особу.

- ♦ Дозвольте особі з ПНР розладом говорити, й не перебивайте її. Люди у стані стресу не завжди можуть надавати чіткі пояснення. Якщо таке сталося, поставтеся до цього з терпінням і попросіть особу пояснити. Намагайтеся не квапити пацієнтів.
- ♦ Не примушуйте особу обговорювати або описувати потенційно травматичну подію*, якщо вона не хоче розкриватися. Просто дайте їй зрозуміти, що ви тут для того, щоби слухати її.
- ♦ Дітям може знадобитися час для того, щоби почати відчувати себе комфортно. Використовуйте зрозумілу

їм мову. Встановлення стосунків із дітьми може потребувати того, щоби ви поговорили з ними про їхні інтереси (іграшки, друзів, школу тощо).

» Говоріть чітко і коротко.

- ♦ Використовуйте мову, знайому людям. Уникайте використання технічних термінів.
- ♦ Стрес може зменшити спроможність людини розуміти інформацію. Виділяйте час на те, щоби особа зрозуміла сказане перед тим, як переходити до наступного.
- ♦ **Підсумуйте та повторюйте** найважливіше. Якщо ви запропонуєте особі або її опікунам записувати найважливіше, це може виявитися для них корисним. Або ви можете надати особі короткий письмовий виклад найважливішого.

» З чутливістю реагуйте, коли люди починають відкривати вам свій важкий досвід (напр., сексуальний напад, насильство або самоушкодження).

- ♦ Дайте особі зрозуміти, що з повагою ставитеся до того, що ця інформація є конфіденційною.
- ♦ Ніколи не применшуйте почуттів особи, не читайте їй моралі та не засуджуйте її.
- ♦ Визнайте, що особі могло бути важко цим поділитися.
- ♦ Якщо потрібно перенаправити пацієнта для отримання інших послуг, чітко поясніть, якими мають бути його/її кроки. Спитайте згоду особи на те, щоби поділитися інформацією про неї з іншими постачальниками послуг, які можуть виявитися спроможними допомогти їй. Наприклад:
 - ▢ *Ви сказали мені, що ваш сусід зробив із вами щось дуже погане. Я нікому про це не скажу, але я знаю людей, які зможуть вам допомогти. Чи ви згодні, щоб я обговорив/ла вашу ситуацію зі своїм колегою із закладу X?*

» Не засуджуйте людей за їхню поведінку.

- ♦ Люди з тяжкими ПНР розладами можуть мати незвичну поведінку. Вам потрібно зрозуміти, що це може бути пов'язано з їхньою хворобою. Залишайтеся спокійними та терплячими. Ніколи не смійтеся з людини.
 - ▢ Якщо людина поводиться неналежно (напр., збуджена, агресивна, погрожує), пошукайте джерело її проблеми та запропонуйте їй рішення. Залучайте її опікунів або інших працівників організації до створення **тихої, спокійної атмосфери**. Якщо люди переживають дуже сильний стрес або надзвичайно збуджені, можливо, вам потрібно буде поставитися до їх консультування як до **пріоритетного** й одразу ж запросити їх до місця проведення консультацій.

» За потреби користуйтеся послугами перекладачів.

- ♦ За потреби спробуйте працювати із професійними перекладачами, бажано, тієї ж статі, що й особа з ПНП розладом. Якщо немає можливості скористатися послугами професійних перекладачів, за згоди особи можна попросити перекладати інших медичних працівників або опікунів.
- ♦ У ситуації, коли переклад забезпечує опікун, потрібно

усвідомлювати, що особа з ПНП розладом може не відкритися повністю. Окрім того, на комунікацію може вплинути конфлікт інтересів між особою та опікуном. Якщо це виявиться проблемою, організуйте участь у подальших візитах перекладача.

- ♦ Проінформуйте перекладача про необхідність зберігати конфіденційність та перекладати буквально, не додаючи власних думок та інтерпретацій.

2. Принципи оцінки

Клінічна оцінка включає у себе виявлення ПНП розладу, а також прояснення того, як сама особа розуміє свою(ї) проблему(и). Важливо також оцінити сильні сторони особи та її ресурси (напр., наявність соціальної підтримки). Ця додаткова інформація допоможе постачальникам послуг у сфері охорони здоров'я запропонувати особі кращий догляд.

Під час оцінки важливо завжди брати до уваги загальний вигляд, настрої, вираз обличчя, мову тіла та мовлення особи з ПНП розладом.

» Дослідіть представлену скаргу

- ♦ Чому ви сьогодні прийшли сюди? Коли та як розпочалася проблема? Що змінилося упродовж певного часу?
- ♦ Що ви думаєте про цю проблему? Звідки, на ваш погляд, вона взялася?
- ♦ Як ця проблема впливає на ваше щоденне життя? Як ця проблема впливає на ваше навчання/роботу чи на ваше щоденне життя у громаді?
- ♦ Що ви пробували робити для вирішення цієї проблеми? Чи пробували ви вживати якісь медикаменти? Якщо так, то які (рецептурні, ті, що у вільному продажі, трав'яні)? Що вони змінили?

» Дослідіть можливу родинну історію щодо ПНП розладів.

- ♦ Чи ви знаєте когось у своїй родині, в кого була схожа проблема?

» Дослідіть загальну історію хвороб особи

- ♦ Спитайте її про попередні фізичні проблеми:
 - ▢ Чи у вас були серйозні проблеми зі здоров'ям у минулому?
 - ▢ Чи у вас є якась хвороба, від якої ви лікуєтеся зараз?
- ♦ Спитайте, чи вживає особа якісь медикаменти.
 - ▢ Чи виписував вам медичний працівник якісь медикаменти, які ви мусите приймати зараз?
 - ▢ Як ці медикаменти називаються? Чи маєте ви їх при собі? Як часто ви їх приймаєте?
- ♦ Спитайте, чи є в особи алергічна реакція на якісь медикаменти.

» Дослідіть поточні стресогенні чинники, методи копінгу і наявність соціальної підтримки

- ♦ Чи змінилося ваше життя відтоді, як... [назвіть подію, яка спричинилася до гуманітарної кризи]?
- ♦ Чи втратили ви близьку людину?
- ♦ Наскільки серйозним є той стрес, з яким ви стикаєтеся у своєму житті? Як він на вас впливає?
- ♦ Яку проблему у своєму житті ви зараз вважаєте найсерйознішою?
- ♦ Яким чином ви долаєте ці проблеми кожного дня?
- ♦ Яка у вас є підтримка? Чи отримуєте ви підтримку від членів своєї родини, друзів або людей з громади?

» Дослідіть можливе споживання алкоголю і

наркотиків

Питання стосовно алкоголю та наркотиків можуть бути сприйняті як дражливі та навіть образливі. Проте, це дуже важливий компонент оцінки ПНП розладів. Поясніть особі, що це частина оцінки, та намагайтеся задавати питання, не осуджуючи її та культурно прийнятним способом.

- ♦ Мені потрібно задати вам кілька стандартних запитань, які є частиною оцінки. Чи вживаєте ви алкоголь (або іншу речовину, яка, як відомо, є проблемою в цьому регіоні)? [Якщо «так»] Скільки на день/тиждень?
- ♦ Чи вживаєте ви якісь таблетки, коли ви в стресі, засмучені або вам страшно? Чи вживаєте ви щось, коли у вас щось болить? Чи вживаєте ви якусь снодійне? [Якщо «так»] Скільки таблеток на день/тиждень? Коли ви почали їх приймати?

» Дослідіть можливі суїцидальні думки або спроби суїциду

Питання стосовно суїциду також можуть бути сприйняті як образливі, але вони також є дуже важливим компонентом оцінки ПНП розладів. Намагайтеся задавати ці питання, не осуджуючи людину та культурно прийнятним способом.

- ♦ Ви можете розпочати таким чином: Чого ви очікуєте від майбутнього? Якщо особа говорить про безнадію, задайте такі запитання (>>Розділ 1 Модуля СУІ): Чи є у вас відчуття, що жити варто? Чи є у вас думки про те, щоб зашкодити собі? або Чи є у вас плани щодо того, як покінчити з життям? (>>СУІ)

» Проведіть заплановане медичне обстеження

- ♦ Таке медичне обстеження має бути сфокусованим, керованим інформацією, виявленою під час оцінки ПНП розладів. Якщо на цьому етапі буде виявлено певне фізичне захворювання, або лікуйте його, або перенаправте особу до відповідних закладів.



- » Якщо ви підозрюєте, що в особи є певний ПНП розлад, перейдіть до відповідного модуля для проведення оцінки.
- » Якщо людина представляє симптоми, які відповідають більше, ніж одному ПНП розладу, необхідно скористатися усіма відповідними модулями.

3. Принципи ведення хвороб

Багато ПНП розладів є хронічними, вимагають довгострокового спостереження та повторних оглядів. Проте, за гуманітарних надзвичайних станів може бути складно забезпечити безперервний догляд, оскільки або послуги у сфері психічного здоров'я можуть бути недоступними на постійній основі, або люди були змушені переміститися чи це може от-от статися. Тому дуже важливо розуміти те, що опікуни людей з ПНП розладами є цінним ресурсом. Вони можуть бути спроможні надавати постійний догляд, підтримку та нагляд упродовж усієї кризи. Опікуни — це будь-хто, хто взяв на себе відповідальність за добробут особи з ПНП розладом, у тому числі й родини, друзі або інші люди, яким ця особа довіряє. Що краще сама особа та її опікуни розуміють ПНП розлад, план його ведення та план подальшого нагляду, то вищою буде прихильність до лікування.

» Ведіть і психічні, й соматичні хвороби людей з ПНП розладами

- ♦ Надайте особі інформацію про її розлад
 - ▢ Якщо особа погоджується, надайте цю інформацію і її опікуну.
- ♦ Обговоріть з особою досяжні цілі, визначте їх, а також розробіть та узгодьте план ведення.
 - ▢ Якщо особа погоджується, також залучіть у цей процес її опікуна.
 - ▢ Щодо плану ведення розладу, надайте інформацію про:
 - очікувані переваги лікування;
 - тривалість лікування;
 - важливість прихильності до лікування, в тому числі й використання відповідних психологічних втручань (напр., релаксаційних вправ) удома, а також те, як саме можуть допомогти опікуни;
 - можливі побічні реакції на будь-які призначені ліки;
 - можливість залучення соціальних працівників, кейс-менеджерів, спільнотних медичних працівників або інших членів громади, яким довіряє особа (див. нижче: >> **Принципи зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки**);
 - прогноз. Говоріть з оптимістичними інтонаціями, але ставтеся до питання одужання реалістично.
- ♦ Надайте особі інформацію про фінансові аспекти плану ведення хвороби, якщо необхідно.

» Обговоріть питання та занепокоєння особи і її опікуна стосовно плану ведення хвороби.

Якщо особа вагітна або годує грудьми:

- » Уникайте призначення медикаментів, які можуть виявитися небезпечними для плоду, а також допоможіть особі отримати доступ до **допологового спостереження**.
- » Уникайте призначення медикаментів, які можуть виявитися небезпечними для немовляти жінки, яка годує грудьми. Спостерігайте за дитиною жінки, яка годує грудьми, якщо жінка вживає якісь медикаменти. Розгляньте можливість допомогти жінці отримати доступ до місць/наметів, дружніх до немовлят.

» Перш ніж особа піде:

- ♦ Упевніться в тому, що особа та її опікун розуміють план ведення хвороби та погоджуються з ним (напр., ви можете попросити обох повторити найважливіші елементи плану).
- ♦ Заохочуйте особу та її опікуна проводити самоспостереження за симптомами та роз'ясніть їм, коли потрібно терміново звернутися по допомогу.
- ♦ Домовтеся про повторний візит.
 - ▢ Розробіть план повторного огляду, беручи до уваги поточну гуманітарну ситуацію (напр., втечу/пересування населення та руйнування мережі надання послуг).
 - ▢ Якщо може статися, що в цієї особи більше не буде доступу до цього ж закладу охорони здоров'я:
 - Надайте їй короткий план ведення хвороби в письмовій формі та наголосіть на важливості того, щоб вона брала його із собою під час подальших візитів у заклади охорони здоров'я.
 - Надайте контактну інформацію інших закладів охорони здоров'я, розташованих неподалік.
- ♦ На початку, доти, поки симптоми не почнуть реагувати на лікування, повторні огляди потрібно проводити частіше.
- ♦ Як тільки симптоми починають полегшуватися, рекомендовано проводити повторні огляди рідше, але регулярно.
- ♦ Поясніть особі, що за потреби вона може звернутися до закладу охорони здоров'я знову в будь-який момент між повторними оглядами (напр., якщо в неї побічна реакція на медикаменти).

» Під час проведення повторного огляду оцініть:

- ♦ Реакцію на лікування, побічні реакції на медикаменти, прихильність до медикаментів і психосоціальних втручань. Зверніть увагу особи на просування в напрямку досягнення цілей та підкріпіть її прихильність до лікування.
- ♦ Загальний стан здоров'я. Проводьте регулярне спостереження за станом фізичного здоров'я особи.
- ♦ Догляд за собою (напр., харчування, гігієна, одяг) та функціонування особи у звичному їй середовищі.
- ♦ Психосоціальні проблеми та/або зміни в умовах проживання, які можуть вплинути на ведення (перебіг) хвороби.
- ♦ Розуміння особою та її опікуном плану ведення хвороби та їхні очікування щодо нього. виправте будь-які помилкові уявлення.
- ♦ Завжди звіряйте контактну інформацію, оскільки вона може часто змінюватися.

» Під час усього періоду спостереження:

- ♦ Підтримуйте постійний контакт з особою та її опікуном. Якщо це можливо, доручіть спільнотному соціальному працівникові або іншій довірчій особі у громаді підтримувати зв'язок із особою. Ця людина може бути членом родини.
- ♦ Розробіть план дій на випадок, якщо особа не з'явиться на огляд.
 - ▢ Спробуйте з'ясувати, чому особа не прийшла на огляд. Спільнотний соціальний працівник або інша довірена особа можуть допомогти знайти особу (напр., під час домашніх візитів).
 - ▢ Якщо це можливо, спробуйте вирішити проблему для того, щоби особа прийшла до закладу охорони здоров'я.
- ♦ Проконсультуйтеся зі спеціалістом, якщо стан особи не покращується.

4. Принципи зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки

Зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки є невід'ємною частиною лікування ПНП за гуманітарних надзвичайних станів, коли люди стикаються з особливо великим рівнем стресу. Це стосується не тільки стресу, який переживають люди з ПНП розладами, але й стресу, який переживають їхні опікуни та інші члени родини, які потребують догляду. Стрес зазвичай є одним із чинників, які призводять до ПНП розладів або погіршують їх. Соціальна підтримка може зменшити багато негативних аспектів стресу; отже, надзвичайно важливо приділяти увагу питанню соціальної підтримки. Посилення соціальної підтримки також є важливим компонентом захисту (>>Принципи захисту прав людини) та загального добробуту населення, постраждалого від гуманітарної кризи (>>Принципи уваги до загального добробуту).

» Дослідіть можливі стресогенні чинники та наявність соціальної підтримки

- ♦ Що вас останнім часом турбує найбільше?
- ♦ Яким чином ви долаєте ці занепокоєння?
- ♦ Будь ласка, назвіть деякі речі, які створюють у вас відчуття комфорту, сили та енергії.
- ♦ Із ким вам найкомфортніше ділитися своїми проблемами? Якщо ви почуваєтеся не дуже добре, до кого ви звертаєтесь по допомогу або пораду?
- ♦ Що відбувається зі стосунками у вашій родині? Яким чином вас підтримують родина та друзі? Чи є у цих стосунках щось таке, через що ви відчуваєте стрес?

» Звертайте увагу на ознаки насильства або занедбання

- ♦ Будьте уважними щодо потенційних ознак сексуального або фізичного насильства (у тому числі – домашнього насильства) в жінок, дітей та старших людей (напр., непояснені синці або ушкодження, надмірний страх, небажання обговорювати проблеми у присутності члена родини).
- ♦ Будьте уважними щодо потенційних ознак занедбання, особливо в дітей, людей із особливими потребами та старших людей (напр., ознаки недостатнього харчування в родині, яка має доступ до задовільної їжі, діти, які надмірно замкнені).
- ♦ Якщо ви бачите ознаки насильства або занедбання, поговоріть із особою у приватному просторі та спитайте в неї, чи не відбувається з нею чогось, що їй зашкоджує.
- ♦ Якщо ви підозрюєте насильство або занедбання:
 - Негайно поговоріть про це зі своїм супервізором та обговоріть із ним план дій.
 - За згоди особи виявіть ресурси громади (напр., юридична служба, якій можна довіряти, та мережі захисту), аби звернутися до них по захист.

» Спираючись на зібрану інформацію, розгляньте такі стратегії:

- ♦ Вирішення проблеми:
 - Використайте методи вирішення проблем* для того, щоби допомогти особі впоратися з основними стресогенними чинниками. Якщо зі стресогенними чинниками неможливо впоратися й неможливо зменшити їхній вплив, можна скористатися методами вирішення проблем для того, щоби визначити шляхи того, як подолати такий чинник. У цілому не надавайте прямих порад. Намагайтеся заохотити особу розробляти власні рішення.
 - Працюючи з дітьми та підлітками, також надзвичайно важливо оцінити джерела стресу опікуна та спробувати знайти рішення щодо них.
- ♦ Посиліть соціальну підтримку:
 - Допоможіть особі визначити членів родини, друзів, членів громади, яким вона може довіряти та які можуть її підтримати, та продумати, як можна залучити кожного з них до надання допомоги.
 - За згоди особи перенаправте її до інших ресурсів громади з метою отримання допомоги. Соціальні працівники, кейс-менеджери або інші люди у громаді, яким особа довіряє, можуть бути спроможні допомогти їй завдяки таким ресурсам:
 - соціальні служби або служби захисту;
 - притулок, продовольчі та непродовольчі товари;
 - спільнотні центри, групи підтримки та самопомоги;
 - заходи, спрямовані на отримання прибутку, та інші професійні заходи;
 - формальна/неформальна освіта;
 - простори, дружні до дітей, або інші структуровані заходи для дітей та підлітків.

Перенаправляючи кудись особу, допоможіть їй отримати доступ до цих послуг (напр., поясніть, де вони розташовані, коли вони працюють, номери телефонів тощо), а також надайте коротку довідку про те, чому її туди перенаправлено.

♦ Навчіть особу управлінню стресом:

- Виявіть та закріпіть позитивні способи релаксації (напр., слухати музику, займатися спортом тощо).
- Навчіть особу та її опікунів специфічним технікам управління стресом (напр., дихальні вправи (>>Врізка ЗПД 2)).
 - У певних ситуаціях особу можна перенаправити до медичного працівника (напр., медсестри або психосоціального працівника), який може навчити її цим технікам.

» Поговоріть про стрес із опікунами

♦ Запитайте опікуна(ів) про:

- занепокоєння та тривогу, пов'язану з доглядом за особою з ПНП розладами за поточного гуманітарного надзвичайного стану;
- практичні труднощі (напр., тягар, який обмежує часові, фінансові ресурси опікунів та їхній час);
- спроможність займатися іншою повсякденною діяльністю: працювати або брати участь у подіях, що відбуваються у спільноті;
- фізична втома;
- соціальна підтримка, доступна опікунам:
 - Чи є інші люди, які могли б вам допомогти, якщо ви не в змозі доглядати за цією особою (наприклад, коли ви хворієте або дуже втомлені?);
- психологічний добробут. Якщо опікуни переживають стрес або нестабільні, оцініть їх на наявність ПНП розладів (напр., >>ДЕП, ЗАН).
- ♦ Після проведення оцінки спробуйте обговорити потреби та занепокоєння опікунів і запропонувати певні рішення. Поміж них може бути:
 - надання інформації;
 - встановлення контакту з відповідними спільнотними послугами, мережами підтримки;
 - обговорення можливості скористатися послугою тимчасової заміни опікуна третьою особою. Інший член родини або прийнята особа може тимчасово взяти на себе догляд за особою, поки основний опікун відпочиває або виконує іншу важливу роботу;
 - проведення консультування за методом рішення проблем і навчання управлінню стресом;
 - лікування будь-яких ПНП розладів, виявлених в опікунів.
- ♦ Визнайте, що догляд за людьми з ПНП розладами є стресовим, але скажіть опікуну, що важливо, аби він продовжував доглядати за особою. Навіть якщо це складно, опікуни мають поважати гідність людей, яких вони доглядають, та залучати їх у процес прийняття рішень щодо їхнього життя настільки, наскільки це можливо.

Врізка ЗПД 1: Посилення соціальної підтримки

Окрім клінічного ведення, **заохочуйте людей займатися діяльністю, яка посилює родинну та соціальну підтримку для всіх, особливо для маргіналізованих членів громади.** Подальші рекомендації див. у: **Розумінні спільнотного захисту (Understanding Community-Based Protection)** (UNHCR, 2013 р.) та «Переліку заходів 5.2» у **Рекомендаціях IASC щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки за надзвичайних ситуацій** (IASC, 2007 р.).

Врізка ЗПД 2: Вправа на релаксацію: інструкції до техніки повільного дихання

Зараз я навчу вас дихати таким чином, який дозволить вам розслабляти тіло та розум. Для того, щоб ви повністю відчували переваги цієї техніки дихання, вам знадобиться дещо потренуватися.

Ця стратегія зосереджена на диханні, тому що, коли ми відчуваємо стрес, наше дихання стає швидким і неглибоким, і ми відчуваємося напруженішими. Для того, щоб розслабитися, вам потрібно почати змінювати те, як ви дихаєте.

Спочатку ми розслабимо тіло. М'яко потрусить руки та ноги та розслабте їх. Дозвольте їм вільно й розслаблено висіти. Підніміть плечі вгору й відведіть назад, і бережно понахилийте голову з боку в бік.

Тепер покладіть одну руку на живіт, а іншу – на верхню частину грудної клітки. Я хочу, щоб ви уявили собі, що у вас у животі повітряна кулька, і коли ви дихаєте, ви надуваєте цю кульку так, що у вас випинається живіт. А коли ви видихаєте, повітря виходить із кульки, тому ваш живіт стає пласким. Подивіться спочатку на мене. Спочатку я видихну все повітря з живота.

[Продемонструйте дихання животом – постарайтеся перебільшено показувати, як повітря набирається у живіт і виштовхується з нього.]

Добре, а тепер спробуйте разом зі мною дихати животом. Пам'ятайте, що ми починаємо з того, що видихаємо все повітря, а потім вдихаємо. Якщо у вас вийде, спробуйте вдихати носом, а видихати ротом.

Добре! Другий крок – це сповільнити ритм дихання. Тому ми вдихатимемо впродовж трьох секунд, далі затримуватимемо дихання упродовж двох секунд і видихатимемо упродовж трьох секунд. Я рахуватиму разом із вами. Ви можете або заплющити очі, або розплющити.

Отже, вдихаємо, 1, 2, 3. Тримаємо дихання, 1, 2. І видихаємо, 1, 2, 3. Помічаєте, наскільки повільно я рахую?

[Повторюйте цю дихальну вправу упродовж приблизно однієї хвилини.]

Добре. Тепер, коли ви виконуватимете цю вправу самі, не переживайте, чи ви точно витримуєте три секунди. Просто спробуйте сповільнювати дихання, коли ви в стані стресу.

Добре, а тепер спробуйте зробити цю вправу самостійно.

5. Принципи захисту прав людини.

Люди з тяжкими ПНП розладами можуть потребувати захисту, оскільки вони найбільш уразливі до порушень їхніх прав. Окрім того, що вони стикаються з дискримінацією в різних сферах життя, зокрема, в роботі, в житлових питаннях та родинному житті, їм часто складно доглядати за собою і своїми сім'ями. В них може бути обмежений доступ до гуманітарної допомоги. Вони можуть стикатися з насильством і занедбанням у власних родинах, і їм часто відмовляють у можливості брати повноцінну участь у житті громади. Люди з тяжкими ПНП розладами можуть не усвідомлювати, що в них є проблема, яка вимагає надання їм догляду та підтримки.

Люди з ПНП розладами можуть страждати від низки порушень їхніх прав під час гуманітарних надзвичайних станів, у тому числі від:

- » дискримінації в доступі до таких базових потреб для виживання, як харчування, вода, гігієна, притулок, послуги у сфері охорони здоров'я, захист та економічна підтримка;
- » відмови у праві на правоздатність;
- » браку доступу до послуг, пов'язаних із їхніми специфічними потребами;
- » фізичного та сексуального насильства, експлуатації, занедбання та незаконного ув'язнення;
- » покинення або відділення від родини під час переміщення;
- » покинення або занедбання у закладах.

На жаль, системи спільнотного захисту та програми, спрямовані на людей з особливими потребами, не завжди включають у себе можливості для захисту людей із тяжкими ПНП розладами, а іноді навіть активно їх вилучають. Тому постачальники послуг у сфері охорони здоров'я мають активно виступати за захист цієї категорії людей та брати участь у вирішенні цієї проблеми.

Нижче наведений перелік ключових дій, необхідних для рішення проблеми захисту людей із ПНП розладами, які живуть у спільнотах, постраждалих від гуманітарних надзвичайних станів.

» Залучайте ключових зацікавлених осіб.

- ◆ Визначте ключових зацікавлених осіб, яких потрібно проінформувати про питання захисту осіб із ПНП розладами. Такими ключовими особами можуть бути:
 - ▢ люди з ПНП розладами та їхні опікуни;
 - ▢ лідери громади (напр., обрані представники громади, старійшини громади, вчителі, релігійні лідери, народні та духовні лікарі);
 - ▢ менеджери різноманітних служб (напр., захисту/безпеки, охорони здоров'я, притулку, з питань води та гігієни, харчування, освіти, програм економічного розвитку);
 - ▢ менеджери служб з питань інвалідності (багато служб з питань інвалідності неумисно пропускають проблеми інвалідів з ПНП розладами);
 - ▢ представники спільнотних груп (молодіжні або жіночі групи) та правозахисних організацій;
 - ▢ поліція та органи правового захисту.
- ◆ Організуйте інформаційні заходи для ключових зацікавлених осіб:
 - ▢ Розгляньте можливість проведення інформаційних семінарів про ПНП розлади.
 - ▢ Надавайте консультації людям із ПНП розладами, їхнім опікунам, а також службам з питань інвалідності та соціальним службам щодо розробки та впровадження інформаційних заходів.
 - ▢ Під час проведення інформаційних заходів:
 - Інформуйте загал про людей з ПНП розладами та розвіюйте міфи про них.
 - Інформуйте загал про права людей з ПНП розладами, у тому числі й про необхідність надання їм рівного доступу до гуманітарної допомоги та захисту.
 - Сприяйте зменшенню рівня дискримінації людей з ПНП розладами.
 - Виступайте за надання підтримки опікунам людей з ПНП розладами.

» Захищайте права людей з тяжкими ПНП розладами у закладах охорони здоров'я.

- ◆ Завжди ставтеся до людей з ПНП розладами із повагою та гідно.
- ◆ Упевніться в тому, що люди із ПНП розладами мають такий самий доступ до лікування соматичних хвороб, як і люди без таких розладів.
- ◆ Поважайте право особи відмовитися від послуг охорони здоров'я, якщо їй бракує спроможності прийняти таке рішення (пор. підписані міжнародні конвенції).
- ◆ Перешкоджайте розміщенню таких осіб у стаціонарні заклади. Якщо особу вже розміщено у стаціонарний заклад, захищайте її права в цьому закладі.

» Пропагуйте інтеграцію людей з тяжкими ПНП розладами у громаду.

- ◆ Підтримуйте ідею включення людей з ПНП розладами у програми економічного розвитку, програми захисту та іншу спільнотну діяльність.
- ◆ Пропагуйте інтеграцію дітей з епілепсією та іншими ПНП розладами у загальну систему освіти.
- ◆ Пропагуйте включення програм для дітей та дорослих із інтелектуальними порушеннями/затримкою психічного розвитку у спільнотні програми підтримки інвалідів.
- ◆ Виступайте за надання максимально можливої автономності та незалежності людям із ПНП розладами.

Загальні принципи захисту під час надання гуманітарної допомоги описані у: **Sphere Handbook** (Sphere Project, 2011 р.). Додаткові рекомендації щодо захисту людей у психіатричних лікарнях/закладах див. у «Переліку заходів 6.3» **Рекомендацій IASC щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки за надзвичайних ситуацій** (IASC, 2007 р.).

Таблиця ЗПД 1. Піраміда IASC щодо втручань у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки за надзвичайних станів (адаптована з дозволу IASC)

- » Надання підтримки людям із ПНП розладами з метою забезпечення безпечного доступу до послуг, необхідних для виживання та достойного життя (напр., вода, санітарні умови, надання продуктів харчування, притулку, програми економічного розвитку). Це може бути:
- ♦ інформування особи про наявність та розташування таких послуг;
 - ♦ активна переадресація до них і робота із соціальним сектором з метою встановлення контакту між соціальними службами та людьми (напр., кейс-менеджмент у сфері соціальної роботи);
 - ♦ інформування особи про питання безпеки у разі, якщо людина недостатньо знайома із загрозами у сфері безпеки.

- » Забезпечте пріоритетність доступу до відповідних заходів для людей з ПНП розладами, наприклад, шляхом забезпечення доступу дітям із такими розладами до простору, дружнього до дітей.

- » Підтримуйте загальний фізичний стан людей із ПНП розладами;
- ♦ Організуйте проведення регулярного медичного огляду та вакцинації для них.
 - ♦ Надавайте їм поради щодо базового догляду за собою (харчування, фізичне навантаження, безпечний секс, планування родини тощо).



Таблиця ЗПД 1. Піраміда IASC щодо втручань у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки за надзвичайних станів (адаптована з дозволу IASC)

Гострий Стрес

ГС

Під час гуманітарних надзвичайних станів дорослі, підлітки та діти часто страждають від впливу потенційно травматичних подій*. Такі події призводять до широкого спектру емоційних, когнітивних, поведінкових і соматичних реакцій. Хоча більшість таких реакцій є самовиліковними та не перетворюються на психічний розлад, люди з тяжкою реакцією можуть звернутися до закладу охорони здоров'я по допомогу.

Під час гуманітарних надзвичайних станів люди страждають від різноманітних потенційно травматичних подій та втрат; тому вони можуть страждати і від гострого стресу, і від горя. Симптоми, оцінка та ведення гострого стресу та горя дуже подібні. Проте, горе описано в окремому модулі (>> ГР).

Після того, як сталася потенційно травматична подія, клініцисти мають бути спроможні виявляти таке:

» Значні симптоми гострого стресу (ГС).

Люди з такими симптомами можуть мати цілий спектр неспецифічних психологічних і медично непояснених фізичних скарг. Ці симптоми включають у себе реакції на потенційно травматичну подію, яка сталася **упродовж останнього місяця**, щодо яких люди потребують допомоги, які призводять до значних труднощів у їхньому повсякденному функціонуванні і які не відповідають критеріям інших розладів, описаних у цьому посібнику. **У цьому модулі описано оцінку та ведення значних симптомів гострого стресу.**

» Посттравматичний стресовий розлад (>>ПТСР).

Якщо характерний набір симптомів (перепроживання, уникнення та посилене відчуття загрози) не зникає більше, ніж за місяць після потенційно травматичної події, і призводить до значних труднощів у повсякденному функціонуванні, ймовірно, що в особі розвинувся посттравматичний стресовий розлад.

» Проблеми та розлади, які з великою мірою ймовірності розвинуться після впливу стресогенних чинників (напр., потенційно травматичних подій), але також можуть розвинутися й без такого впливу.

Серед них: депресивний розлад (>>ДЕП), психоз (>>ПСИ), небезпечне споживання алкоголю та наркотичних речовин (>>ЗАН), суїцид (>>СУІ), а також інші значні психічні проблеми (>>ІНШ).

» Реакції, які не є клінічно значущими та не потребують клінічного ведення.

Вони є найрозповсюдженішими з-поміж усіх реакцій. Це тимчасові реакції, щодо яких людям не потрібна допомога та які не обмежують повсякденне функціонування. У таких випадках медичні працівники мають підтримувати, допомагати людям розібратися з їхніми потребами та занепокоєннями і спостерігати за тим, чи відбудеться видужання природнім шляхом.

Питання оцінки № 1: Чи пережила ця особа нещодавно потенційно травматичну подію?

- » Запитайте, чи пережила ця особа нещодавно **потенційно травматичну подію**. Потенційно травматична подія — це будь-яка загрозна або страшна подія, наприклад, фізичне або сексуальне насильство (в тому числі й домашнє насильство), присутність при звірствах, серйозна аварія або фізичні травми). Розгляньте можливість задати таке питання:
 - ♦ *Який значний стрес ви пережили? Чи було ваше життя під загрозою? Чи пережили ви щось, що було надзвичайно загрозовим або страшним, через що ви почуваетесь дуже погано? Чи почуваетесь ви у безпеці вдома?*
- » Запитайте, **скільки часу** пройшло після події(й).
- » Перейдіть до Питання оцінки № 2, якщо потенційно травматична подія сталася протягом **останнього місяця**.
- » Якщо людина пережила вагому втрату (напр., втрату коханої людини), також проведіть оцінку щодо горя (**>>ГР**).
- » Якщо потенційно травматична подія сталася більше, ніж місяць тому, проведіть оцінку на інші захворювання, описані в цьому посібнику (**>>ДЕП, ПТСР, ПСИ, ЗАН**).

Питання оцінки № 2: Якщо потенційно травматична подія сталася протягом останнього місяця, чи є в цієї особи значні симптоми гострого стресу?

- » Перевірте, чи немає в неї:
 - ♦ тривоги щодо загроз, пов'язаних із травматичною(ими) подією(ями);
 - ♦ проблем зі сном;
 - ♦ проблем із концентрацією;
 - ♦ повторюваних страшних снів, флешбеків* або нав'язливих спогадів про події, що супроводжуються сильним страхом або жахом;
 - ♦ навмисного уникнення думок, спогадів, діяльності або ситуацій, які нагадують людині про подію (напр., уникнення розмов про проблеми, які нагадують людині про події, або уникнення відвідування місць, де сталася подія);
 - ♦ здригання або відчуття «на межі»: надмірного занепокоєння та пильності до загрози або сильної реакції на неочікувані раптові рухи або гучний шум;
 - ♦ відчуття, ніби людина в шоці, ошелешеності або заціпенілості чи неспроможності щось відчувати;
 - ♦ будь-яких тривожних емоцій (напр., людина часто сльозлива або відчуває злість) або думок;
 - ♦ таких змін у поведінці:
 - агресія;
 - соціальна ізоляція та відчуження;
 - ризикована поведінка у підлітків;
 - регресивна поведінка, така як нічний енурез, чіпляння або сльозливість у дітей;
 - ♦ гіпервентиляції (тобто, зашвидкого дихання, браку дихання);
 - ♦ медично не пояснюваних фізичних скарг, наприклад:
 - прискорене серцебиття, запаморочення;
 - головний біль, генералізовані болі;
 - дисоціативні симптоми, пов'язані з тілом (напр., медично не пояснювані параліч*, неспроможність говорити або бачити, «псевдосудоми»*).
- » Можливо, що в особи **значні симптоми гострого стресу**, якщо вона відповідає **всім** таким критеріям:
 - ♦ потенційно травматична подія сталася приблизно протягом **останнього місяця**;
 - ♦ симптоми з'явилися **після** події;
 - ♦ має значні труднощі з повсякденним функціонуванням через симптоми або звернулася по допомогу через ці симптоми.

Питання оцінки № 3: Чи є в цієї особи супутнє захворювання?

- » Перевірте, чи немає в людини **фізичного захворювання**, яке може пояснити ці симптоми, та лікуйте людину відповідним чином.
- » Перевірте, чи немає в людини **інших психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (ПНР), (у тому числі й депресії)**, описаних у цьому посібнику, які можуть пояснити такі симптоми, та ведіть людину відповідним чином.

Базовий план ведення хвороби



НЕ призначайте медикаменти для ведення симптомів гострого стресу

1. У ВСІХ випадках:

- » Надавайте базову психологічну підтримку .
 - ♦ Уважно **слухайте**. **НЕ** примушуйте особу говорити.
 - ♦ **Спитайте** в особи про її потреби та занепокоєння.
 - ♦ **Допоможіть** особі задовольнити її базові потреби, отримати доступ до необхідних послуг, зв'язатися з родиною та соціальними службами.
 - ♦ **Захистіть** людину від (подальшої) шкоди.
- ♦ Запропонуйте додаткову психосоціальну підтримку, описану у «Принципах зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки» (>>**Загальні принципи надання допомоги**):
 - ♦ Опрацюйте **поточні психосоціальні стресогенні чинники**.
 - ♦ Посиліть соціальну підтримку.
 - ♦ Навчіть особу управлінню стресом.
- » **Поясніть** особі, що таке нормальна реакція на горе та гострий стрес, напр.:
 - ♦ У людей часто виникає така реакція на подібні події.
 - ♦ У більшості випадків така реакція послаблюється з часом.
- » Лікуйте супутні захворювання.

2. У випадку проблем зі сном як симптому гострого стресу запропонуйте таке додаткове ведення цього стану:

- » Поясніть, що в людей часто з'являються проблеми зі сном (безсоння) внаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних чинників.
- » З'ясуйте, чи є якісь зовнішні причини безсоння (напр., шум), та знайдіть їм рішення.
- » З'ясуйте, чи є якісь фізичні причини безсоння (напр., фізичний біль), та пролікуйте їх.
- » Розкажіть особі про гігієну сну, в тому числі й однаковий режим сну (коли людина лягає спати у той самий час і встає в один і той самий час), уникання кави, нікотину та алкоголю у другій половині дня або перед тим, як лягати спати. Наголосіть на тому, що алкоголь порушує цикл сну.
- » У виняткових випадках, коли психологічні втручання (напр., техніки релаксації) недоступні або виявилися неефективними, а безсоння призводить до значних проблем у повсякденному функціонуванні, можна розглянути можливість короткострокового лікування (3–7 днів) дорослих бензодіазепінами.
 - ♦ Дозування:
 - ▢ Дорослим – 2–5 мг діазепаму перед сном.
 - ▢ Людям старшого віку – 1–2,5 мг діазепаму перед сном.
 - ▢ Перевірте взаємодію з іншими ліками перед тим, як призначати діазепам.
 - ▢ Розповсюдженою побічною реакцією на бензодіазепіни є сонливість та м'язова слабкість.
 - ▢ Застереження: бензодіазепіни можуть сповільнити дихання. Може бути необхідне постійне спостереження.
 - ▢ Застереження: бензодіазепіни можуть призвести до залежності*. Використовуйте тільки в рамках короткострокового лікування.
 - ♦ Коментар:
 - ▢ Це лікування тільки для дорослих.
 - ▢ Не призначайте бензодіазепіни дітям або підліткам.
 - ▢ Уникайте призначення цих препаратів вагітним жінкам або жінкам, які годують грудьми.
 - ▢ Активно спостерігайте за тим, чи не розвиваються побічні реакції в людей старшого віку, якщо їм призначено цей препарат.
 - ▢ Це тимчасове рішення для дуже серйозних проблем зі сном.
 - ▢ Не слід призначати бензодіазепіни ані дорослим, ані дітям для лікування безсоння, яке виникло внаслідок втрати.
 - ▢ Не слід призначати бензодіазепіни для лікування будь-яких інших симптомів гострого стресу або ПТСР.

⁴Підхід, описаний тут, часто називають психологічною першою допомогою (ППД), якщо він застосовується безпосередньо після надзвичайно стресової події (>>**WHO, WTF & WVI, 2013**).

3. У випадку нічного енурезу в дітей як симптому гострого стресу запропонуйте таке додаткове ведення цього стану:

- » Отримайте медичні записи особи щодо нічного енурезу для підтвердження того, що ця проблема з'явилася **після** стресової події. Виключіть та пролікуйте інші можливі причини (напр., інфекції сечовивідних шляхів).
- » Поясніть, що:
 - ♦ Нічний енурез — це **звичайна**, нешкідлива реакція дітей, які переживають стрес.
 - ♦ Дітей **не слід карати** за нічний енурез, оскільки покарання є додатковим стресом для дитини й погіршує проблему. Опікунові слід уникати приниження дитини шляхом згадок нічного енурезу перед людьми.
 - ♦ Опікунам слід залишатися спокійними та емоційно підтримувати дитину.
- » Розгляньте можливість навчити батьків використанню простих поведінкових втручань (напр., винагородження дитини, якщо вона уникає надмірного вживання напоїв перед сном або якщо ходить у туалет перед сном). Такими винагородами може бути додатковий час на ігри, зірочки у спеціальній таблиці або інший місцевий еквівалент.

4. У випадку гіпервентиляції (надзвичайно швидкого та неконтрольованого дихання) як симптому гострого стресу запропонуйте таке додаткове ведення цього стану:

- » Виключіть та пролікуйте **інші можливі причини**, навіть якщо гіпервентиляція розпочалася одразу ж після стресової події. Завжди проводьте базове медичне обстеження для виявлення можливих фізичних причин, наприклад, захворювання легень.
- » Якщо не виявлено фізичної причини, запевніть особу, що гіпервентиляція іноді з'являється після надзвичайного стресу і що вона навряд чи є значною медичною проблемою.
- » Залишайтеся спокійними та позбавтеся потенційних джерел тривоги, якщо це можливо. Допоможіть особі відновити нормальний ритм дихання шляхом практики повільного дихання (**>>Принципи зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки у Загальних принципах надання допомоги**) (не рекомендуйте людині дихати у паперовий пакет).

5. У випадку дисоціативного симптому, пов'язаного з тілом (напр., медично не пояснюваний параліч, неспроможність говорити або бачити, «псевдосудоми»), як симптому гострого стресу запропонуйте таке додаткове ведення цього стану:

- » Виключіть та пролікуйте **інші можливі причини**, навіть якщо симптоми розпочалися одразу ж після стресової події. Завжди проводьте базове медичне обстеження для виявлення можливих фізичних причин. Див. рекомендації щодо медичного обстеження, пов'язаного з епілепсією/конвульсіями, в модулі «Епілепсія» (**>>ЕПІ**).
- » Визначте страждання особи та підтримуйте поважливі стосунки. Уникайте того, щоб підтримувати переваги, які особа може отримувати від цих симптомів.
- » Спитайте в особи, **як вона сама пояснює** ці симптоми, та застосуйте загальні рекомендації щодо ведення медично не пояснюваних соматичних симптомів (**>>ІНШ**).
- » Запевніть особу в тому, що такі симптоми іноді з'являються після надзвичайного стресу і що вони навряд чи є значною медичною проблемою.
- » Розгляньте можливість використання культурно зумовлених втручань, які не завдадуть шкоди.

6. Попросіть особу повернутися до вас за 2–4 тижні, якщо в неї не буде ніякого покращення або якщо симптоми посиляться.

За гуманітарних надзвичайних станів дорослі, підлітки та діти часто страждають від впливу великих втрат. Горе – це емоційне страждання, яке переживають люди після втрати. Хоча більшість таких реакцій є самовиліковними та не перетворюються на психічний розлад, люди з тяжкою реакцією горя можуть звернутися до закладу охорони здоров'я по допомогу.

Клініцисти мають бути спроможні виявляти такі симптоми, пов'язані з втратою:

» Значні симптоми горя (ГР).

Подібно до симптомів гострого стресу, люди, які переживають горе, можуть мати цілий спектр неспецифічних психологічних і медично непояснених фізичних скарг. Особі можна поставити діагноз «значні симптоми горя» після втрати, якщо симптоми призводять до значних труднощів із повсякденним функціонуванням (більше, ніж це прийнято в даній культурі) або людина звернулася по допомогу через ці симптоми. **В цьому модулі описано оцінку та ведення значних симптомів горя.**

» Пролонгована реакція горя.

Якщо значні симптоми горя тривають значний період часу, у людини може розвинути пролонгована реакція горя. Цей стан включає в себе сильну заглибленість у померлу людину або сильну тугу за нею, поєднану із сильним емоційним болем і значними труднощами в повсякденному функціонуванні, принаймні останні 6 місяців (та упродовж періоду, значно довшого, аніж прийнято в даній культурі). У таких випадках медичним працівникам слід проконсультуватися зі спеціалістом.

» Проблеми та розлади, які з великою мірою ймовірності розвиваються після впливу стресогенних чинників (напр., втрати), але також можуть розвинути й без такого впливу.

Серед них: помірний або тяжкий депресивний розлад (>>ДЕП), психоз (>>ПСИ), зловживання алкоголем і наркотичними речовинами (>>ЗАН), самоушкодження/суїцид (>>СУІ), а також інші значущі психічні проблеми (>>ІНШ).

» Реакції, які не є клінічно значущими та не потребують клінічного ведення.

Вони є найрозповсюдженішими з-поміж усіх реакцій. Це тимчасові реакції, щодо яких людям не потрібна допомога та які не обмежують повсякденне функціонування сильніше, аніж прийнято в даній культурі. У таких випадках медичні працівники мають підтримувати, допомагати людям розібратися з їхніми потребами та занепокоєннями і спостерігати за тим, чи видужання відбудеться природнім шляхом; проте такі реакції не потребують клінічного ведення.

Питання оцінки № 1: Чи пережила ця особа нещодавно вагому втрату?

- » Запитайте, чи пережила ця особа нещодавно вагому втрату. Розгляньте можливість задати такі питання:
 - ♦ Як на вас вплинула(в) катастрофа/конфлікт?
 - ♦ Чи втратили ви родину або друзів? Домівку? Гроші? Роботу чи засоби існування? Свою громаду?
 - ♦ Як на вас вплинула втрата?
 - ♦ Чи зникли якісь ваші родичі або друзі?
- » Запитайте, **скільки часу** минуло після події(й).
- » Перейдіть до Питання оцінки № 2, якщо вагома втрата сталася протягом **останніх 6 місяців**.
- » Якщо вагома втрата сталася більше, ніж місяць тому, проведіть оцінку на інші захворювання, описані в цьому посібнику (**>>ДЕП, ПТСР, ПСИ, ЗАН**), або на пролонговану реакцію горя.

Питання оцінки № 2: Якщо вагома втрата сталася упродовж останнього місяця,⁵ чи є в цієї особи значні симптоми горя?

- » Перевірте, чи не переживає/не має ця особа:
 - ♦ суму, тривоги, злості, розчарування;
 - ♦ туги та заглибленості у втрату;
 - ♦ нав'язливих спогадів, образів та думок про померлу людину;
 - ♦ втрати апетиту;
 - ♦ втрати енергії;
 - ♦ проблем зі сном;
 - ♦ проблем із концентрацією;
 - ♦ соціальної ізоляції та відчуження;
 - ♦ медично непояснюваних фізичних скарг (наприклад, прискореного серцебиття, головного болю, генералізованих болів);
 - ♦ культурно специфічних реакцій горя (напр., чує голос померлої особи або померла особа приходить до неї у снах).
- » Особі можна поставити діагноз **«значні симптоми горя»**, якщо вона відповідає всім таким критеріям:
 - ♦ **одна втрата чи більше** протягом періоду приблизно у 6 місяців;
 - ♦ будь-які симптоми, названі вище, з'явилися після втрати;
 - ♦ через ці симптоми особа має значні труднощі з повсякденним функціонуванням (сильніші, ніж очікувано в даній культурі) або звернулася по допомогу.

Питання оцінки № 3: Чи є в цієї особи супутнє захворювання?

- » Перевірте, чи немає в людини **фізичного захворювання**, яке може пояснити ці симптоми, та лікуйте людину відповідним чином.
- » Перевірте, чи немає в людини **інших психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин (ПНР), у тому числі й депресії**, описаних у цьому посібнику, які можуть пояснити ці симптоми, та ведіть людину відповідним чином.

⁵Цей період може становити більше шести місяців у тих культурах, у яких очікуваний період туги/оплакування становить більше 6 місяців.

Базовий план ведення хвороби



НЕ призначаєте медикаменти для ведення симптомів горя.

1. Надавайте базову психологічну підтримку⁶.

- » Уважно слухайте. НЕ примушуйте особу говорити.
- » Спитайте в особи про її потреби та занепокоєння.
- » Допоможіть особі задовольнити її базові потреби, отримати доступ до необхідних послуг, зв'язатися з родиною та соціальними службами.
- » Захистіть особу від (подальшої) шкоди.

2. Запропонуйте додаткову психосоціальну підтримку, описану у «Принципах зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки» (>>Загальні принципи надання допомоги):

- » Опрацюйте поточні психосоціальні стресогенні чинники.
- » Посиліть соціальну підтримку.
- » Навчіть особу управлінню стресом.

3. Поясніть особі, що таке звичайна реакція на горе, напр.:

- » Люди по-різному реагують на втрати. У деяких людей сильна емоційна реакція, а в інших — ні.
- » Якщо ви плачете, це не означає, що ви слабка людина.
- » Люди, які не плачуть, можуть відчувати настільки ж сильний емоційний біль, але виражають його по-іншому.
- » Вам може здаватися, що сум і біль, які ви відчуваєте, ніколи не пройдуть, але в більшості випадків ці почуття з часом стають менш сильними.
- » Іноді люди якийсь час почуваються добре, потім їм щось нагадує про втрату, і тоді вони можуть почуватися так само погано, як і спочатку. Це нормально, і знов-таки ці почуття з часом стають менш сильними, й ви відчуватимете їх не так часто.
- » Не існує правильних і неправильних шляхів переживання горя. Іноді ви відчуватимете сильний сум, а в інші дні ви зможете відчувати радість. Не критикуйте себе за те, що ви відчуваєте в цю хвилину.

4. Ведіть супутні захворювання.

5. Обговоріть культурно прийнятні моделі туги/пристосування* та підтримайте особу в дотриманні їх.

- » Запитайте, чи було проведено або заплановано прийнятні церемонії/ритуали туги. Якщо ні, то обговоріть перешкоди, а також те, як можна їх подолати.
- » З'ясуйте, що сталося з тілом. Якщо тіла немає, допоможіть особі знайти або опізнати його.
- » Якщо неможливо знайти тіло, обговоріть інші способи зберегти спомини, наприклад, проведення поминання.

6. Якщо це можливо та припустимо з погляду культури, заохочуйте особу до повернення до попереднього, нормального життя (напр., у школі, на роботі, вдома або в соціальному житті).

7. Рекомендації щодо ведення проблем зі сном, нічного енурезу, гіпервентиляції та дисоціативних симптомів, пов'язаних із пережитою нещодавно втратою, див. у відповідних розділах модуля щодо гострого стресу (>>ГС).

⁶ Підхід, описаний тут, часто називають психологічною першою допомогою (ППД), якщо він застосовується безпосередньо після надзвичайно стресової події (>>WHO, WTF & WVI, 2013).

8. Якщо особа — дитина раннього віку:

» Відповідайте на запитання дитини, надаючи їй чіткі та чесні пояснення відповідно до рівня розвитку дитини. Не брешіть, якщо вам задають питання щодо втрати (напр., *Де моя мама?*). Це може призвести до непорозуміння та порушити довіру дитини до медичного працівника.

» Перевірте, чи є в дитини «магічне мислення», звичайне для дітей раннього віку, та скоригуйте його (напр., діти можуть думати, що вони відповідальні за втрату; вони можуть думати, що людина, яку вони любили, померла тому, що вони погано себе поводити або тому, що вони були нею незадоволені).

9. З дітьми, підлітками та іншими вразливими особами, які втратили своїх батьків або інших опікунів, обговоріть їхню потребу в захисті та безперервному підтримувальному догляді, в тому числі й соціально-емоційній підтримці.

» За необхідності направте людину до агенції/мережі з питань захисту, якій ви довіряєте.

10. Якщо ви підозрюєте, що в особи пролонгована реакція горя, проконсультуйтеся зі спеціалістом з метою подальшої оцінки та ведення.

» Якщо симптоми туги включають у себе стійку тугу за померлим або значну заглибленість у померлу людину й зазвичай поєднуються з інтенсивним емоційним болем, а також призводять до значних труднощів у повсякденному функціонуванні протягом як мінімум 6 місяців, ймовірно, що в людини розвинулася пролонгована реакція горя.⁷

11. Попросіть особу повернутися до вас за 2–4 тижні, якщо в неї не буде ніякого покращення або якщо симптоми посиляться.

⁷Цей період може становити більше шести місяців у тих культурах, у яких очікуваний період туги/оплакування становить більше 6 місяців.

Помірний/Тяжкий Депресивний Розлад

ДЕП

Помірний/тяжкий депресивний розлад може розвинутися в дорослих, підлітків та дітей, які не постраждали від певних стресогенних чинників. У будь-якій громаді є люди, які страждають від помірною/тяжкого депресивного розладу. Проте, значні втрати та стрес, що їх люди переживають під час гуманітарних надзвичайних станів, можуть призвести до горя, страху, вини, сорому та безнадії, підвищуючи ризик розвитку помірною/тяжкого депресивного розладу. Утім, ці емоції також можуть бути нормальною реакцією на жорстокість, з якою людина зіткнулася нещодавно.

Розглядати можливість того, що в особи є помірний/тяжкий депресивний розлад, який необхідно вести, потрібно тільки в тому випадку, якщо в неї є стійкі симптоми упродовж кількох тижнів, і вони призводять до значних труднощів із виконанням повсякденної роботи.

Типові представлені скарги за помірною/тяжкого депресивного розладу:

- низький рівень енергії, втома, проблеми зі сном;**
- численні стійкі фізичні симптоми без явної причини (наприклад, біль);**
- стійкий сум або пригнічений настрій, тривога;**
- брак інтересу або задоволення від діяльності.**

Питання оцінки № 1: Чи є в цієї особи помірний/тяжкий депресивний розлад?⁸

» Оцініть таке:

A. У людини є принаймні два таких ключових симптоми депресивного розладу принаймні останні 2 тижні:

- ♦ **тійкий пригнічений настрій**
 - У дітей і підлітків: або дратівливість, або пригнічений настрій.
- ♦ **істотно менший інтерес до діяльності, в тому числі й від тієї діяльності, яка раніше приносила задоволення, або істотно менше задоволення від неї.**
 - Це може стосуватися і зниженого сексуального бажання.

B. В особи є принаймні кілька явно виражених додаткових симптоми (або багато з перелічених, але менш виражено) депресивного розладу принаймні останні 2 тижні:

- ♦ порушений сон або надмірна кількість сну;
- ♦ значні зміни в апетиті або вазі (або збільшення, або зменшення);
- ♦ віра у свою нікчемність або надмірне почуття провини;
- ♦ втома або зниження рівня енергії;

- ♦ зниження спроможності концентруватися та утримувати увагу на завданнях;
- ♦ нерішучість;
- ♦ спостережуване збудження або фізичне збудження;
- ♦ людина говорить або рухається повільніше, ніж у нормі;
- ♦ відчуття безнадії щодо майбутнього;
- ♦ суїцидні думки або дії.

C. У людини значні труднощі з повсякденним

» Якщо A, B та C — всі три — відмічаються принаймні упродовж 2 тижнів, тоді, ймовірно, в людини помірний/тяжкий депресивний розлад.

- ♦ Можуть відмічатися маячня* або галюцинації*. Перевірте, чи вони є. Якщо вони є, необхідно відповідним чином адаптувати лікування депресивного розладу. Проконсультуйтеся зі спеціалістом.

» Якщо симптоми не відповідають критеріям помірного/тяжкого депресивного розладу, перейдіть до модуля >> **ІНШ** для оцінки та ведення представленої скарги.

Питання оцінки № 2: Чи є якісь інші можливі пояснення симптомів (окрім помірного/тяжкого депресивного розладу)?

» Виключіть супутні соматичні захворювання, які можуть нагадувати депресивний розлад.

- ♦ Виключіть та пролікуйте анемію, недостатність харчування, гіпотиреозидизм*, інсульт та побічну реакцію на медикаменти (напр., зміни настрою під час прийому стероїдів*).

» Виключіть з анамнезу епізод(и) манії.

- ♦ Перевірте, чи траплялися в людини в минулому періоди, коли кілька таких симптомів проявлялося одночасно:
 - зменшення потреби у сні;
 - ейфорійний, піднесений або дратівливий настрій;
 - скачка ідей; людина легко відволікається;
 - підвищена активність, відчуття того, що в людини багато енергії, або швидке мовлення;
 - імпульсивна або азартна поведінка, наприклад, надмірна гра в азартні ігри або витрачання грошей, прийняття важливих рішень без адекватного планування;
 - нереалістично підвищена самооцінка.
- ♦ Оцініть те, наскільки симптоми обмежують функціонування особи або становлять небезпеку для інших. Наприклад:
 - Чи становила ваша надмірна діяльність проблему для вас або для вашої родини? Чи намагався тоді хто-небудь покласти вас у лікарню або замкнути через вашу поведінку?
- ♦ В анамнезі є епізод(и) манії, якщо:
 - кілька з названих 6 епізодів були наявні довше за 1 тиждень; а також
 - симптоми призвели до значних труднощів у повсякденному функціонуванні особи або становили небезпеку для інших.

- ♦ Якщо в анамнезі особи є епізод манії, тоді, скоріше за все, депресія є частиною іншого розладу, який називається **біполярним розладом*** та потребує іншого плану ведення (>> **Врізка ДЕП 2** у кінці цього модуля).

» Виключіть **нормальну реакцію на вагому втрату (напр., туга, переміщення) (>> ГР).**

- ♦ Такі реакції скоріше будуть нормальною реакцією горя, якщо:

□ **З часом спостерігається явне покращення без клінічного втручання.**

□ **Відсутні всі такі симптоми:**

- віра у свою нікчемність;
- суїцидні ідеї;
- говорить або рухається повільніше, ніж у нормі;
- психотичні симптоми (маячня або галюцинації).

□ **Якщо в анамнезі людини відсутні депресивний розлад або епізоди манії;** а також

□ **Симптоми не призводять до значних труднощів у повсякденному функціонуванні особи.**

- Виняток: обмежене функціонування може бути елементом нормальної реакції після втрати, якщо це вимагається культурними нормами.

♦ **Виключіть можливість пролонгованої реакції горя:** серед симптомів — сильна заглибленість у померлу людину або сильна туга за нею, поєднані із

сильним емоційним болем і значними труднощами в повсякденному функціонуванні, принаймні останні 6 місяців (та упродовж періоду, значно довшого, ніж прийнято в даній культурі). Проконсультуйтеся зі спеціалістом, якщо ви підозрюєте саме цей розлад.

Питання оцінки № 3: Чи є в особи супутній психічний, неврологічний розлад або розлад, пов'язаний зі вживанням психоактивних речовин (ПНР розлади), який вимагає ведення?

» Оцініть, чи є в особи **думки або плани скоїти самоушкодження або суїцид (>> СУІ).**

» Оцініть, чи не зловживає особа алкоголем і наркотиками (>> **ЗАН**).

» Якщо ви виявите супутній ПНР розлад, ведіть його й одночасно помірний/тяжкий депресивний розлад.

⁸Цей опис помірного/тяжкого депресивного розладу узгоджений з поточним проектом МКХ-11.

Базовий план ведення хвороби



Психосоціальні втручання

1. Запропонуйте психоедукацію.

- » Ключові повідомлення, які необхідно надати особі та її опікунам:
 - ♦ Депресія — це дуже розповсюджений стан, який може розвинутися в будь-кого.
 - ♦ Якщо в людини розвинулася депресія, це не означає, що людина слабка або лінива.
 - ♦ Негативне ставлення інших (напр., «Ти мусиш бути сильнішою», «Збери себе до купи») може бути пов'язаний із тим, що депресія не є спостережуваним станом (на відміну від перелому або рани), і отже існує невірна ідея про те, що люди можуть з легкістю контролювати депресію завдяки самій тільки силі волі.
 - ♦ У людей із депресією часто нереалістично негативне ставлення до себе, свого життя та свого майбутнього. Їхня поточна ситуація справді може бути дуже складною, але депресія може призвести до невинуватих думок про безнадію та нікчемність. Ці погляди змінюються на краще, як тільки покращується загальний стан, пов'язаний із депресією.
 - ♦ Навіть якщо це складно, особі слід спробувати зайнятися якомога більшою кількістю з таких видів

діяльності, оскільки вони всі можуть допомогти покращити настрій:

- Спробуйте знову почати займатися (або продовжити займатися) діяльністю, яка раніше приносила задоволення.
- Намагайтеся дотримуватися постійного ритму сну та прокидання.
- Намагайтеся бути настільки активними фізично, наскільки це можливо.
- Намагайтеся регулярно їсти, не зважаючи на зміни апетиту.
- Намагайтеся проводити час із друзями, яким ви довіряєте, та родиною.
- Намагайтеся брати участь у житті своєї громади та іншій соціальній діяльності настільки, наскільки це можливо.
- ♦ Особі потрібно звертати увагу на думки про самошкодження або суїцид. Якщо вони помітили такі думки, їм потрібно не діяти у відповідності до них, а розповісти про них особі, якій вони довіряють, та негайно звернутися по допомогу.

2. Запропонуйте психосоціальну підтримку, описану у «Принципах зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки» (>> Загальні принципи надання допомоги)

- » Опрацюйте **поточні психосоціальні стресогенні чинники**.
- » Посиліть соціальну підтримку.
 - ♦ Намагайтеся заохотити особу поновити соціальні зв'язки, які в неї існували раніше. Визначте, яка соціальна діяльність, що нею раніше займалася особа, за умови поновлення має потенціал прямої або непрямої психосоціальної підтримки (напр., родинні зустрічі, відвідування сусідів, громадська діяльність).

- » Навчіть особу управлінню стресом.

3. Якщо є можливість звернутися до підготовлених терапевтів, які працюють під супервізією, розгляньте можливість запропонувати особі з помірною / тяжкою депресією скористатися одним із таких короткострокових психотерапевтичних методів:

- » консультування, спрямоване на вирішення проблем*;
- » міжособистісна терапія (МОТ)*;
- » когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)*;
- » поведінкова активація*.

Існує дедалі більше даних про те, що короткострокові психотерапевтичні втручання у випадку депресії можуть проводитися відповідно підготовленими соціальними працівниками, які працюють під супервізією.



1. Розгляньте можливість призначення антидепресантів:

- » **Дітям молодше 12 років:**
 - ♦ Не призначати антидепресантів.
- » **Підліткам у віці 12–18 років:**
 - ♦ Не розглядайте антидепресанти як лікування першої лінії. Спочатку запропонуйте психосоціальні втручання.
- » **Дорослим:**
 - ♦ Якщо в особи є **супутнє соматичне захворювання**, яке може нагадувати депресивний розлад (>> **Питання оцінки № 2**), спочатку завжди лікуйте саме це захворювання. Розгляньте можливість призначення антидепресантів, якщо депресивний розлад не покращується після лікування супутнього соматичного захворювання.
 - ♦ Якщо ви підозрюєте, що ці симптоми є **нормальною реакцією** на вагому втрату (>> **Питання оцінки № 2**), не призначайте антидепресантів.
 - ♦ Обговоріть це з особою та разом з нею вирішіть, чи призначати антидепресанти, чи ні. Поясніть, що:
 - До антидепресантів не виникає залежності.
 - Дуже важливо вживати медикаменти кожного дня так, як призначено.
 - Упродовж перших кількох днів можуть виникнути деякі побічні реакції (>> **Таблиця «ДЕП 1»**), але зазвичай вони проходять.
 - Зазвичай може знадобитися лікування упродовж кількох тижнів перед тим, як людина відчує покращення настрою, підвищення інтересу або рівня енергії.
 - ♦ Лікування антидепресантами зазвичай має тривати ще принаймні 9–12 місяців після того, як людина почала почуватися добре.
 - ♦ Прийом медикаментів не слід припиняти тільки тому, що людина відчула певне покращення (це не знеболювальне від головного болю). Розкажіть особі, скільки часу рекомендується вживати ці медикаменти.

2. Якщо було прийнято рішення призначати антидепресанти, підберіть відповідний антидепресант (>> **Таблиця «ДЕП 1»**)

- » Вибирайте антидепресант з огляду на вік особи, супутні соматичні захворювання та можливі побічні реакції на цей препарат (>> **Таблиця «ДЕП 1»**).
- » **Підліткам у віці 12 років і більше:**
 - ♦ Розгляньте можливість призначення флуоксетину (але ні в якому разі не інші селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) або трициклічні антидепресанти (ТЦА)) тільки у разі стійких симптомів або погіршення стану, незважаючи на психосоціальні втручання.
- » **Вагітним жінкам або жінкам, які годують грудьми:**
 - ♦ По можливості уникайте призначення антидепресантів. Розгляньте можливість призначення найменшої дози антидепресантів, якщо особа не реагує на психосоціальні втручання. Якщо жінка годує грудьми, уникайте призначення **флуоксетину**. Проконсультуйтеся зі спеціалістом, якщо можливо.
- » Особам **старшого віку:**
 - ♦ По можливості уникайте призначення амітриптиліну.
- » Людям із **серцево-судинними захворюваннями:**
 - ♦ Не призначайте амітриптилін.
- » Людям із **суїцидними думками або планами:**
 - ♦ Медикаментом першого вибору є **флуоксетин**. Якщо існує безпосередня загроза самоушкодження або суїциду (>> **СУІ**), надавайте людині обмежений запас антидепресантів (напр., на один тиждень за раз). Попросіть опікунів особи зберігати медикаменти та стежити за ними, а також часто приходити на повторний огляд з метою запобігання передозуванню медикаментами.

Таблиця ДЕП 1: Антидепресанти

	Амітриптилін ^a (ТЦА ^b)	Флуоксетин (СІЗЗС ^c)
Початкова доза для дорослих:	25–50 мг перед сном	10 мг один раз на день Підвищити до 20 мг через 1 тиждень
Початкова доза для підлітків:	Не застосовна (не призначайте ТЦА підліткам)	10 мг один раз на день
Початкова доза для осіб старшого віку та людей із соматичними захворюваннями:	25 мг перед сном	10 мг один раз на день
Збільшення дози для дорослих:	Підвищення на 25–50 мг кожного тижня	Якщо особа не реагує на лікування упродовж 6 тижнів, збільшіть дозу до 40 мг один раз на день.
Типова ефективна доза для дорослих:	100–150 мг (макс. доза 300 мг) ^d	20–40 мг (макс. доза 80 мг)
Типова ефективна доза для підлітків, осіб старшого віку та людей із соматичними захворюваннями:	50–75 мг (макс. доза 100 мг) Не призначайте підліткам	20 мг (макс. доза 40 мг)
Серйозні та нечасті побічні дії	Серцева аритмія	Пролонгована акатизія* Кровотечі у тих, хто вживає аспірин або інші нестероїдні протизапальні препарати* Думки про самоушкодження (особливо у підлітків та молоді)
Звичайні побічні дії	Ортостатична гіпотензія (ризик падіння), сухість у роті, закрепи, утруднене сечовипускання, запаморочення, розфокусований зір та седативний ефект	Головний біль, збуджений стан, нервозність, порушення роботи ШКТ, оборотна сексуальна дисфункція
Застереження	Якщо в особи розвинувся епізод манії, треба негайно припинити застосування препарату.	Якщо в особи розвинувся епізод манії, треба негайно припинити застосування препарату.

^a Міститься у ММННД (ВООЗ, 2011 р.).

^b ТЦА позначає трициклічні антидепресанти.

^c СІЗЗС позначає селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну.

^d Мінімальна ефективна доза для дорослих: 75 мг (сонливість може спостерігатися за нижчих доз).

3. Регулярне спостереження

- » Запропонуйте регулярне спостереження.
 - ♦ Заплануйте проведення регулярного спостереження згідно з «Принципами ведення хвороб» (>>>**Загальні принципи надання допомоги**).
 - ♦ Заплануйте проведення другої зустрічі протягом 1 тижня та подальші зустрічі залежно від протікання розладу.
- » Спостерігайте за реакцією на антидепресанти.
 - ♦ Для того, щоби проявився вплив антидепресантів, може знадобитися кілька тижнів. Уважно спостерігайте за реакцією на них перед тим, як збільшити дозу.
 - ♦ Якщо з'явилися симптоми **епізоду манії** (>>>**питання оцінки № 2**), негайно припиніть застосування медикаменту та перейдіть до модуля >>>**ПСИ** для ведення епізоду манії.
 - ♦ Розгляньте можливість поступово відмінити препарат через 9–12 місяців після того, як симптоми зникли. Поступово знижуйте дозу протягом як мінімум 4 тижнів.

Врізка ДЕП 2: Медичне ведення поточного депресивного епізоду в особи з біполярним розладом



Ніколи не призначайте антидепресанти без нормотиміків людям із біполярним розладом, оскільки антидепресанти можуть викликати в них епізод манії.

Якщо в анамнезі особи є епізод манії:

- » Проконсультуйтеся зі спеціалістом.
- » Якщо спеціаліст наразі недоступний, призначте антидепресанти в комбінації з нормотиміком, наприклад, карбамазепіном або вальпроатом (>>>**Таблиця ДЕП 2**).
 - ♦ **Розпочинайте призначення препарату з низької дози. Поступово, упродовж кількох місяців, повільно її підвищуйте.**
 - По можливості не призначайте карбамазепін або вальпроат **вагітним** жінкам та жінкам, які планують вагітність, через потенційний ризик для плоду. Рішення щодо призначення нормотиміків вагітній жінці має прийматися в обговоренні спільно з жінкою. Необхідно взяти до уваги тяжкість та частоту епізодів манії та депресії.
 - ♦ Проконсультуйтеся зі спеціалістом щодо поточного лікування біполярного розладу.
- » Скажіть особі та її опікунам негайно припинити застосування медикаменту, якщо з'явилися симптоми епізоду манії, та прийти на огляд.

Таблиця ДЕП 2: Нормотиміки при біполярному розладі

	Карбамазепін	Вальпроат
Початкова доза	200 мг/день	400 мг/день
Типова ефективна доза:	400–600 мг/день (макс. доза 1400 мг/день)	1000–2000 мг/день (макс. доза 2500 мг/день)
Режим дозування:	двічі на день, перорально	двічі на день, перорально
Нечасті, але серйозні побічні дії	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Тяжкий шкірний висип (синдром Стівенса-Джонсона*, токсичний епідермальний некроліз*). ♦ Пригнічення діяльності кісткового мозку*. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Сонливість. ♦ Дезорієнтація.
Звичайні побічні дії	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Сонливість. ♦ Проблеми із ходюю. ♦ Нудота 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Летаргія. ♦ Седативний ефект. ♦ Тремор. ♦ Нудота, діарея. ♦ Збільшення маси тіла. ♦ Тимчасова втрата волосся (відновлення зазвичай починається упродовж 6 місяців). ♦ Порушення печінкової функції.

Посттравматичний Стресовий Розлад

ПТСР

Як зазначалося в модулі «Гострий стрес» (ГС), під впливом надзвичайних стресогенних чинників під час гуманітарних надзвичайних станів у дорослих, підлітків та дітей зазвичай розвивається широкий спектр психологічних реакцій або симптомів. У більшості людей ці симптоми досить швидко проходять.

Якщо характерний, специфічний набір симптомів (перепроживання, уникнення та посилене відчуття загрози) не зникає більше, ніж упродовж місяця після потенційно травматичної події*, ймовірно, що в особи розвинувся посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Попри назву, ПТСР не обов'язково є єдиним або основним розладом, який розвивається після впливу потенційно травматичної події. Такі події можуть спричинитися до розвитку й інших психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, (ПНП розладів), описаних у цьому посібнику.

Типові представлені скарги за ПТСР:

Людей із ПТСР може бути складно вирізнити з-поміж людей, які страждають від інших проблем, оскільки на початку вони представляють такі неспецифічні симптоми, як:

- » проблеми зі сном (напр., брак сну);
- » дратівливість, стійкий тривожний або пригнічений настрій;
- » численні стійкі фізичні симптоми без явної причини (наприклад, головний біль, калатання серця).

Проте під час подальшого оцінювання може виявитися, що вони страждають і від симптомів, які характеризують саме ПТСР.

Питання оцінки № 1: Чи пережила особа потенційно травматичну подію приблизно місяць тому?

» Запитайте, чи пережила ця особа нещодавно потенційно травматичну подію.

Потенційно травматична подія – це будь-яка загрозна або страшна подія, наприклад, фізичне або сексуальне насильство (в тому числі й домашнє насильство), присутність при звірствах, серйозна аварія або фізичні травми. Розгляньте можливість задати таке питання:

- ♦ *Як на вас вплинула(в) катастрофа/конфлікт? Чи було ваше життя під загрозою? Чи пережили ви щось, що було надзвичайно загрозливим або страшним, через що ви почуваетесь дуже погано вдома або у своїй громаді?*

» Якщо ця особа нещодавно пережила потенційно травматичну подію, спитайте в неї, коли це сталося.

Питання оцінки № 2: Якщо потенційно травматична подія сталася упродовж останнього місяця, чи розвинувся в цієї особи ПТСР?⁹

» Оцініть таке:

- ♦ **Симптоми перепроживання.** Це такі повторювані та небажані згадування про подію, наче вона відбувається тут і зараз (напр., у снах, які лякають, флешбеках* або нав'язливих спогадах*, що супроводжуються інтенсивним страхом або жахом).
 - Діти можуть знову і знову програвати або малювати ці події. У дітей молодшого віку можуть бути страшні сни без чіткого змісту.
- ♦ **Симптоми уникнення.** Це навмисне уникнення думок, спогадів, діяльності або ситуацій, які нагадують людині про подію (напр., уникнення розмов про проблеми, які нагадують людині про подію, або уникнення відвідування місць, де сталася подія).
- ♦ **Симптоми, пов'язані з відчуттям посиленої загрози** (часто називаються «симптомами гіперзбудження») Це надмірне занепокоєння та пильність до загрози або сильна реакція на неочікувані раптові рухи чи гучний шум (коли людина реагує здриганням на найменші подразники або «на межі»).
- ♦ **Значні труднощі з повсякденним функціонуванням.** Якщо всі наведені вище симптоми наявні протягом приблизно 1 місяця після події, в людини, ймовірно, розвинувся ПТСР.

» Якщо всі наведені вище симптоми наявні протягом приблизно 1 місяця після події, в людини, ймовірно, розвинувся ПТСР.

Питання оцінки № 3: Чи є в цієї особи супутнє захворювання?

» Перевірте, чи немає в особи **фізичного захворювання**, яке може пояснити ці симптоми, та лікуйте її відповідним чином.

» Перевірте, чи немає особи **інших ПНП розладів**, описаних у цьому посібнику, та ведіть її відповідним чином.

⁹ Опис ПТСР відповідає поточному проекту статті про ПТСР у МКХ-11 за однієї відмінності: у проекті пропонується класифікувати стан як ПТСР у період до одного місяця (напр., за кілька тижнів) після події. У проекті статті не включено такі симптоми, як заціпеніння та збудження, що не є специфічними для ПТСР.

Базовий план ведення хвороби

1. Розкажіть людині про ПТСР

- » Поясніть, що:
 - ♦ У більшості людей ПТСР проходить сам собою без лікування, а деяким потрібно лікування.
 - ♦ Люди з ПТСР знову і знову переживають небажані згадування травматичної події. Якщо це відбувається, вони можуть переживати такі емоції, як страх і жах, подібні до почуттів, які вони переживали власне під час події. У них також можуть бути страшні сни.
 - ♦ Люди з ПТСР часто відчувають, що вони все ще перебувають під серйозною загрозою, і відповідно можуть бути дуже напруженими. У них може бути сильна реакція здригання або вони можуть постійно вичікувати на небезпеку.
 - ♦ Люди з ПТСР намагаються уникати будь-чого, що могло б нагадати їм про подію. Таке уникання може призвести до проблем у їхньому житті.
 - ♦ (Якщо це доречно) у людей з ПТСР можуть бути інші фізичні та психологічні проблеми, такі, як біль у тілі, низький рівень енергії, втомлюваність, дратівливість і пригнічений настрій.
- » Порадьте особі:
 - ♦ **Продовжувати жити звичним життям** настільки, наскільки це можливо.
 - ♦ **Поговорити з людьми, яким вона довіряє**, про те, що вона відчуває або що сталося, але тільки тоді, коли вона буде до цього готова.
 - ♦ **Робити релаксаційні вправи** для зниження рівня тривоги та напруження.
 - ♦ **Уникати вживання алкоголю чи наркотиків** для того, щоби упоратися із симптомами ПТСР.

2. Запропонуйте психосоціальну підтримку, описану у «Принципах зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки» (>>Загальні принципи надання допомоги)

- » Опрацюйте **поточні психосоціальні стресогенні чинники**.
 - ♦ Якщо людина постраждала від значного порушення її прав, поговоріть із нею про можливість звернення до агенції з питань захисту або правозахисної організації, якій ви довіряєте.
- » Посиліть соціальну підтримку.
- » Навчіть особу управлінню стресом.

3. Якщо є можливість звернутися до підготовлених терапевтів, які працюють під супервізією, розгляньте можливість направити особу на:

- » травмосфокусовану когнітивно-поведінкову терапію (КПТ-Т);
- » десенсибілізацію та переробку травмуючих переживань за допомогою руху очей (ДПРО).

4. Для дорослих розгляньте можливість застосування антидепресантів (селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну або трициклічних антидепресантів) у разі, якщо когнітивно-поведінкова терапія, ДПРО або навчання з управління стресом виявилися неефективними або недоступні.

- » Детальніші рекомендації щодо призначення антидепресантів містяться в модулі про помірну/тяжку депресію (>>ДЕП).
- » Не призначайте антидепресанти для ведення ПТСР у дітей або підлітків.

5. Регулярне спостереження

- » Заплануйте проведення регулярного спостереження згідно з «Принципами ведення хвороб» (>>Загальні принципи надання допомоги)
- » Заплануйте проведення другої зустрічі упродовж 2–4 тижня та подальші зустрічі залежно від протікання розладу.

Дорослі та підлітки з психозом можуть твердо вірити в нереальні речі або відчувати їх. Їхні переживання та уявлення назагал вважаються ненормальними у їхніх громадах. Люди з психозом часто не усвідомлюють, що у них психічний розлад. Вони часто неспроможні функціонувати у багатьох сферах життя.

Гуманітарні надзвичайні стани характеризуються тим, що люди стикаються з надзвичайними стресогенними чинниками та страхом, руйнацією систем соціальної підтримки, послуг у сфері охорони здоров'я і мереж постачання медикаментів. Такі зміни можуть призвести до розвитку гострого психозу або посилити вже наявні симптоми психозу. Під час надзвичайних станів люди з психозом є надзвичайно вразливими до різних порушень прав людини, таких, як занедбаня, покинення, бездомність, насильство та соціальна стигма.

Типові представлені скарги за ПТСР:

Аномальна поведінка (напр., дивний зовнішній вигляд, самозанедбаня, нерозбірливе мовлення, безцільне мандрування, бурмотіння або сміх собі під ніс).

Дивні уявлення.

Людина чує голоси або бачить речі, яких немає.

Сильна підозрілість.

Брак бажання бути з іншими або говорити з іншими; брак мотивації виконувати якісь повсякденні справи та працювати.

Питання оцінки № 1: Чи є в людини психоз?

- » Зауважте, що хоча люди з психозом і мають аномальні думки, уявлення або мовлення, це не означає, що все, що вони кажуть, є неправильним або уявлюваним. Уважне слухання є ключем до оцінки психозу. Для проведення повної оцінки може знадобитися більше одного візиту. Опікуни часто є джерелом корисної інформації.
- » Оцініть таке:
 - ♦ **Маячня*** (нав'язливі хибні уявлення або підозри, яких людина міцно тримається навіть тоді, коли є свідчення протилежного).
 - Порада: Проясніть, що людина має на увазі, задаючи їй про це запитання та уважно слухаючи.
 - ♦ **Галюцинації*** (людина чує голоси або бачить чи відчуває речі, яких немає).
 - Чи чуєте ви голоси або бачите речі, яких не бачать інші люди?
 - ♦ **Хаотичні думки**, які переключаються поміж темами без логічного зв'язку; мовлення, за яким важко стежити.
 - ♦ Незвичайні переживання, наприклад, уявлення про те, що **інші люди розміщують свої думки** в розум цієї особи, що **інші забирають думки** з розуму цієї людини, або те, що **думки цієї особи транслюються іншим**.
 - ♦ **Аномальна поведінка**, наприклад, дивна, ексцентрична, безцільна або збуджена діяльність чи утримування аномального положення тіла або відсутність рухів взагалі.
 - ♦ **Хронічні симптоми, які призводять до неможливості нормального функціонування**, в тому числі:
 - брак енергії або мотивації виконувати якісь повсякденні справи та працювати;
 - апатія та соціальне відчуження;
 - поганий догляд за собою та занедбаня;
 - брак емоційних переживань та експресивності.
- ♦ **Психоз** можливий, якщо є кілька симптомів. Завжди проводьте оцінку на загрозу **суїциду (>>СУІ)**, а також **шкоди іншим або з боку інших людей**.

Питання оцінки № 2: Чи є гострі фізичні причини психотичних симптомів, які можливо пролікувати?

- » Виключіть **делірій*** з-поміж гострих фізичних причин, таких, як травма голови, інфекції (напр., церебральна малярія, сепсис* або уросепсис*), зневоднення та метаболічні розлади (напр., гіпоглікемія*, гіпонатріємія*).
- » Виключіть **побічну дію медикаментів** (напр., від певних антималярійних медикаментів).
- » Виключіть **інтоксикацію алкоголем/наркотиками або абстинентний синдром (>>ЗАН)**.
 - ♦ Спитайте в людини про вживання алкоголю, седативних або інших наркотичних препаратів.
 - ♦ Понюхайте, чи не пахне від неї алкоголем.

Питання оцінки № 3: Чи це епізод манії?

- » Виключіть манію. Оцініть таке:
 - ♦ зменшення потреби у сні;
 - ♦ ейфорійний, піднесений або дратівливий настрій;
 - ♦ скачка ідей; людина легко відволікається;
 - ♦ підвищена активність, відчуття того, що в людини багато енергії, або швидке мовлення;
 - ♦ імпульсивна або азартна поведінка, наприклад, надмірна гра в азартні ігри або витрачання грошей, прийняття важливих рішень без адекватного планування;
 - ♦ нереалістично підвищена самооцінка.
- » Якщо кілька із симптомів, наведених вище, наявні довше, ніж 1 тиждень, та призводять до значних труднощів у повсякденному функціонуванні або людину не можна безпечно доглядати вдома, ймовірно, що в людини **епізод манії**.

Базовий план ведення хвороби



А. Фармакологічні втручання

1. У випадку психозу без гострих фізичних причин

- » Розпочніть лікування **оральним антипсихотичним препаратом**. Розгляньте можливість внутрішньом'язового введення антипсихотичного препарату тільки в тому випадку, якщо оральне лікування не можливе. Перевірте, чи вживала особа в минулому антипсихотичний препарат, який допомагав їй контролювати симптоми. Якщо так, то поновіть той самий медикамент у тій самій дозі. Якщо цей препарат недоступний, призначте новий медикамент. Залучення опікуна або медичного працівника у процес зберігання та видачі препарату надзвичайно важливе на початку лікування для забезпечення безпечної прихильності до лікування.
 - ♦ Не призначайте більше одного **антипсихотичного препарату** одночасно (напр., галоперидол >>>**Таблиця ПСИ 1**).
 - ♦ «Починайте з низької дози, піднімайте дози повільно»: починайте з найнижчої терапевтичної дози та повільно піднімайте її для досягнення бажаного результату на **найнижчій дієвій дозі**.
 - ♦ Застосовуйте препарат у межах типової ефективної дози упродовж достатнього періоду часу перед тим, як дійти висновку, що він не діє (тобто принаймні 4–6 тижнів) (>>>**Таблиця ПСИ 1**).
 - ▢ Призначайте найнижчу ефективну оральну дозу жінкам, які планують **вагітність**, вагітні або **годують грудьми**.
 - ♦ Якщо збудження не вдається адекватно пролікувати, використовуючи тільки антипсихотичний препарат, додайте дозу бензодіазепіну (напр., діазепаму, максимум 5 мг перорально) та одразу ж проконсультуйтеся зі спеціалістом.
- ♦ Лікуйте **побічні дії**.
 - ▢ У випадках значних гострих екстрапірамідальних побічних дій*, напр., Паркінсонізму (комбінація треморів*, мускульної ригідності та ослаблення рухів тіла) або акатизії* (неспроможності сидіти не рухаючись):
 - Знизьте дозу антипсихотичного препарату.
 - Якщо екстрапірамідальні побічні дії не проходять після зниження дози, розгляньте можливість короткострокового призначення антихолінергічних препаратів (напр., біперидену упродовж 4–8 тижнів) (>>>**Таблиця ПСИ 2**).
 - ▢ У випадку гострої **дистонії** (гострий спазм м'язів, зазвичай шиї, язика та щелепи):
 - Тимчасово припиніть вживання антипсихотичних препаратів та призначте антихолінергічні препарати (напр., біпериден >>>**Таблиця ПСИ 2**). Якщо вони недоступні, можна призначити діазепам, щоб добитися розслаблення м'язів.
- ♦ Якщо можливо, проконсультуйтеся зі спеціалістом щодо тривалості лікування і того, коли припинити лікування антипсихотичними препаратами.
 - ▢ У цілому продовжуйте лікування антипсихотичними препаратами принаймні упродовж 12 місяців після зникнення симптомів.
 - ▢ Дуже повільно, упродовж кількох місяців, виводьте медикаменти.
 - ▢ Ніколи різко не припиняйте медикаментозного лікування.

2. У випадку психотичних симптомів, пов'язаних із гострими фізичними причинами (напр., алкогольний абстинентний синдром або делірій)

- » Лікуйте гостру причину.
 - ♦ Див. рекомендації щодо ведення **алкогольної абстиненції** у **Врізці 1** у Модулі «ЗАН».
- ♦ У випадку гострих фізичних причин, окрім **алкогольного абстинентного синдрому**, за потреби призначте **оральний антипсихотичний препарат** (напр., **галоперидол**, починаючи з 0,5 мг/дозу і піднімаючи до 2,5–5 мг тричі на день). Призначайте антипсихотичний препарат **тільки** тоді, якщо є потреба контролювати збудження, психотичні симптоми або агресію. Припиняйте застосування медикаменту одразу ж, як тільки зникнуть симптоми. Розгляньте можливість внутрішньом'язового введення антипсихотичного препарату тільки в тому випадку, якщо оральне лікування неможливе.

3. У випадку епізоду манії

- » Розпочніть лікування **оральним антипсихотичним препаратом** (>>>**№ 1 у підрозділі «Фармакологічні втручання»**).
- » Якщо людина залишається у **надзвичайно збудженому стані**, незважаючи на антипсихотичне лікування, розгляньте можливість додати дозу **бензодіазепіну** (напр., діазепаму, максимум 5 мг перорально) та одразу ж проконсультуйтеся зі спеціалістом.
- » **Епізод манії** є елементом **біполярного розладу***. Як тільки гострий стан манії стабілізовано, необхідно провести оцінку людини на біполярний розлад та призначити відповідне лікування **нормотиміком**, наприклад, **карбамазепіном** або **вальпроатом**. Проконсультуйтеся зі спеціалістом щодо ведення та/або дійте у відповідності до інструкцій щодо **біполярного розладу** в повному варіанті «**Посібника mhGAP з надання допомоги**».

Таблиця ПСИ 1: Антипсихотичні препарати

Препарат	Галоперидол ^а	Хлорпромазін	Рисперидон
Початкова доза	2,5 мг щоденно	50–70 мг щоденно	2 мг щоденно
Типова ефективна доза:	4–10 мг/день (макс. доза 20 мг/день)	75–300 мг/день ^б (макс. доза 1000 мг)	4–6 мг/день (макс. доза 10 мг)
Шлях введення препарату	Перорально/ внутрішньом'язово	Перорально	Перорально
Значні побічні дії			
Екстрапірамідальні побічні дії*	+++	+	+
Седативний ефект (особливо у людей старшого віку)	+	+++	+
Утруднений початок сечовипускання		++	
Ортостатична гіпотензія*	+	+++	+
Злоякісний нейролептичний синдром*	Рідко ^с	Рідко ^с	Рідко ^с

^а Міститься у ММННД (ВООЗ, 2011 р.).

^б У тяжких випадках може знадобитися до 1 г.

^с Негайно припиніть застосування антипсихотичного препарату, якщо ви підозрюєте, що в особи розвинувся цей синдром, і охолодуйте її та давайте їй достатню кількість рідини.

Таблиця ПСИ 2: Антипсихотичні препарати

Препарат	Біпериден ^а	Тригексифенідил
Початкова доза	1 мг двічі, щоденно	1 мг щоденно
Типова ефективна доза:	3–6 мг/день (макс. доза 12 мг)	5–15 мг/день (макс. доза 20 мг/день)
Шлях введення препарату	Перорально	Перорально
Значні побічні дії:		
Дезорієнтація, порушення пам'яті (особливо в людей старшого віку)	+++	+++
Седативний ефект (особливо в людей старшого віку)	+	+
Утруднений початок сечовипускання	++	++

^а Міститься у ММННД (ВООЗ, 2011 р.).



В. Психосоціальні втручання

У всіх випадках:

1. Запропонуйте психоедукацію.

Ключові повідомлення, які необхідно надати особі та її опіку(ам):

- » **Психоз виліковний, і людина може одужати.**
- » **Стрес може погіршити** психотичні симптоми.
- » Наскільки це можливо, намагайтеся продовжувати регулярно займатися соціальною, навчальною та професійною діяльністю, навіть якщо це буде складно через надзвичайну ситуацію.
- » Не вживайте алкоголь, коноплю або інші безрецептурні наркотики, оскільки вони можуть посилити психотичні симптоми.
- » Людям із психозом потрібно приймати призначені медикаменти та регулярно проходити повторний огляд.
- » Звертайте увагу на те, погіршуються чи покращуються психотичні симптоми. Повертайтеся до медичного закладу, оскільки, можливо, буде необхідно відповідним чином змінювати ведення хвороби.

2. Допоможіть із реабілітацією, яка дозволить людині знову увійти у громаду.

- » Поговоріть із лідерами громади з метою посилення прийняття та толерантності громади до цієї людини.
- » Допоможіть із включенням людини в соціальні заходи або спільнотні заходи економічного розвитку.

Інформація для опіку(ів):

- » Не намагайтеся переконати людину в тому, що її уявлення або відчуття є хибними або нереальними.
- » Спробуйте ставитися до них нейтрально та підтримувати людину навіть тоді, коли вона незвично або агресивно поводиться.
- » Уникайте суперечок або ворожого ставлення до людини.
- » Намагайтеся дати людині можливість вільно пересуватися. Уникайте обмеження людини, водночас забезпечуючи її базову безпеку та безпеку інших.
- » Психоз не виникає внаслідок чаклування або через духів.
- » Не звинувачуйте людину або інших членів вашої родини в тому, що вони є причиною психозу, та не обвинувачуйте їх у цьому.
- » Якщо людина **нещодавно народила**, не залишайте її наодинці з дитиною для забезпечення безпеки дитини.

- » Зв'яжіться з різними спільнотними ресурсами, наприклад, спільнотними медичними працівниками, працівниками у сфері захисту, соціальними працівниками та соціальними працівниками у сфері інвалідності. Зверніться до них по допомогу з тим, щоб вони підтримали людину в її поверненні до соціальної, освітньої та професійної діяльності.

3. Надайте опікунам допомогу відповідно до «Принципів зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки» (>>Загальні принципи надання допомоги)

С. Регулярне спостереження

- » Заплануйте проведення **регулярного спостереження** згідно з «Принципами ведення хвороб» (>>Загальні принципи надання допомоги).
- » Заплануйте проведення другої зустрічі упродовж 1 тижня та подальших зустрічей залежно від протікання розладу.

- » Продовжуйте лікування антипсихотичними препаратами **принаймні упродовж 12 місяців** після повного зникнення симптомів. Якщо можливо, проконсультуйтеся зі спеціалістом щодо рішення, чи продовжувати, чи припинити лікування антипсихотичними препаратами.

Епілепсія/Судоми

ЕПІ



Див. Врізку ЕПІ 2 на стор. 40: оцінка та ведення особи, в якій конвульсії або яка знепритомніла після судом*.

Епілепсія — це розлад, який найчастіше лікують з-поміж усіх психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин (ПНР розладів) під час гуманітарних надзвичайних станів у країнах з низьким або середнім рівнем доходів. Епілепсія трапляється в усіх вікових груп, у тому числі й у дітей раннього віку.

Епілепсія — це хронічний неврологічний розлад, за якого людина переживає повторювані неспровоковані судоми, що є результатом аномальної електричної діяльності мозку. Епілепсія буває різних типів; у цьому модулі йдеться виключно про найпоширеніший тип, а саме судомну епілепсію. Судомна епілепсія характеризується судомами, які призводять до мимовільних скорочень м'язів, що змінюються м'язовою релаксацією, в результаті чого тіло та кінцівки трусяться або стають ригідними. Судоми часто взаємопов'язані з порушенням свідомості. Під час конвульсій людина може впасти і травмуватися.

Під час гуманітарних надзвичайних станів постачання антиепілептичних препаратів часто порушується. За відсутності безперервного доступу до цих медикаментів люди з епілепсією можуть знову почати переживати судоми, що може становити загрозу життю.

Типові представлені скарги за судомної епілепсії:

- В анамнезі є конвульсивні рухи або судоми.

Питання оцінки № 1: Чи відповідає особа критеріям конвульсивних судом:

- » Запитайте в особи та її опікуна, чи є в неї будь-який із таких симптомів:
 - ♦ **конвульсивні рухи, які тривали довше, ніж 1–2 хвилини;**
 - ♦ втрата або порушення свідомості;
 - ♦ скованість або ригідність тіла або кінцівок, яка тривала довше, ніж 1–2 хвилини;
 - ♦ прокушений язик або синці на ньому чи травми тіла;
 - ♦ втрата контролю над сечовим міхуром або кишківником під час епізоду.
 - ♦ Після аномальних рухів людина може бути дезорієнтованою, сонливою або поводитися аномально. Також вона може скаржитися на втому, головний біль або біль у м'язах.
- » Особа відповідає критеріям **конвульсивних судом**, якщо вона має **конвульсивні рухи та принаймні ще 2 інших симптоми** з наведеного вище переліку.
- » Ви можете підозрювати **неконвульсивні судоми або інший медичний розлад** тільки у тому випадку, якщо наявні 1 або 2 критерії, наведені вище.
 - ♦ Проконсультуйтеся зі спеціалістом, якщо в особи стався більш ніж один епізод неконвульсивних судом.
 - ♦ Якщо ви підозрюєте інші медичні розлади, ведіть людину відповідним чином.
 - ♦ Огляньте людину знову для проведення повторної оцінки через 3 місяці.

Питання оцінки № 2: Чи є гостра причина у випадку конвульсивних судом?

- » Перевірте, чи є ознаки та симптоми **нейроінфекції**:
 - ♦ гарячка;
 - ♦ головний біль;
 - ♦ менінгеальний синдром* (напр., ригідність потиличних м'язів).
- » Перевірте, чи є **інші можливі причини** конвульсій:
 - ♦ травми голови;
 - ♦ метаболічний розлад* (напр., гіпоглікемія*, гіпонатріємія*);
 - ♦ алкогольна або наркотична інтоксикація або абстинентний синдром (**>>Врїзка ЗАН 1 на сторінці 48**).
- » Якщо у конвульсивних судом є визначувана гостра причина, **пролікуйте її**.
 - ♦ У таких випадках **не** потрібно призначати підтримувальне лікування антиепілептичними препаратами.
- » **Негайно перенаправте людину в лікарню**, якщо ви підозрюєте нейроінфекцію*, травму голови або метаболічний розлад.
 - ♦ Ви можете підозрювати нейроінфекцію в **дитини** (віком від 6 місяців до 6 років) із **гарячкою** тільки в тому випадку, якщо наявний будь-який критерій **складних фебрильних судом**:
 - ▢ фокальні судоми — судоми починаються в одній частині тіла;
 - ▢ тривалі судоми — судоми тривають понад 15 хвилин;
 - ▢ повторювані судоми — більше ніж 1 епізод судом під час поточної хвороби.
 - ♦ Якщо у фебрильної дитини немає жодного з 3 критеріїв, названих вище, підозрюйте прості фебрильні судоми. Лікуйте гарячку та шукайте її причину згідно з локальними рекомендаціями **Інтегрованого ведення хвороб дитячого віку**. Спостерігайте за дитиною протягом 24 годин.
- » Проведіть повторний огляд для проведення повторної оцінки через 3 місяці.

Питання оцінки № 3: Якщо йдеться про конвульсивні судоми без визначуваної гострої причини, чи це епілепсія?

- » Вважається, що в людини **епілепсія**, якщо в неї сталися 2 чи більше епізоди непровокованих конвульсивних судом у 2 різних дні за останні 12 місяців.
- » Якщо в людини був лише 1 епізод конвульсивних судом упродовж останніх 12 місяців без гострої причини, то тоді не потрібно призначати антиепілептичне лікування. Проведіть повторний огляд через 3 місяці.

Базовий план ведення хвороби

1. Поясніть особі та її опікунам, що таке епілепсія

» Поясніть:

- ♦ Що таке епілепсія та **що призводить** до неї:
 - Епілепсія — це хронічний стан, але завдяки медикаментам три людини з чотирьох живуть без судом.
 - Епілепсія призводить до повторюваних судом. Судоми — це проблема, пов'язана з аномальною електричною діяльністю мозку.
 - Епілепсія не виникає внаслідок чаклування або через духів.
 - Епілепсія не заразна. Слина не переносить епілепсію.
- ♦ Якими є проблеми, **пов'язані зі стилем життя**:
 - Люди, хворі на епілепсію, можуть вести нормальне життя:
 - Вони можуть одружуватися й народжувати здорових дітей.
 - Вони можуть продуктивно та безпечно працювати на більшості робочих місць.
 - Діти, хворі на епілепсію, можуть ходити до школи.

- Людям, хворим на епілепсію, **слід уникати**:
 - роботи, яка вимагає роботи поблизу важкого машинного обладнання або вогню;
 - готування на відкритому вогні;
 - плавання на самоті;
 - вживання алкоголю та рекреаційних наркотиків;
 - спостереження за світловим сигналом, який блимає;
 - змін у режимі сну (напр., значно меншої кількості сну, ніж звичайно).
- ♦ **Що робити вдома**, якщо сталися судоми (інформація для опікунів):
 - Якщо судоми почалися, коли людина стояла або сиділа, допоможіть їй не забитися при падінні, м'яко допомагаючи їй сісти або лягти на підлогу.
 - Упевніться в тому, що людина нормально дихає. Звільніть одяг навколо шиї.
 - Покладіть особу в рятівну позу (див. Малюнки А-D, наведені нижче).

Малюнки А-D: Рятівна поза



- A.** Встаньте на коліна на підлогу з одного боку людини. Покладіть руку людини, яка лежить найближче до вас, під прямим кутом до тіла людини так, щоб вона була на рівні її голови (див. Малюнок А).
- B.** Покладіть іншу руку збоку голови людини так, щоб тильний бік долоні торкався щоки (див. Малюнок В).
- C.** Зігніть коліно людини, яке знаходиться якнайдалі від вас, під прямим кутом. Обережно переверніть людину на бік, тягнучи її за зігнуте коліно (див. Малюнок С).

- D.** Верхня рука людини має підтримувати голову, а нижня рука не дасть людині перекотитися занадто сильно (див. Малюнок D). **Розкрийте дихальні шляхи людини, обережно піднявши її голову назад та піднявши підборіддя, та впевніться в тому, що ніщо не блокує дихальні шляхи.** Цей маневр дозволяє відвести язик від дихальних шляхів і дозволяє людині краще дихати, а також не дає їй захлинутися виділеннями та блювотою.

- Не намагайтеся обмежити рухи людини або притиснути її до підлоги.
- Не кладіть людині нічого в рот.
- Відсуньте тверді та гострі предмети далі від людини для запобігання травмуванню.
- Залишайтеся поруч із людиною до пір, поки не припиняться судоми, й вона не опритомніє.

» Попросіть особу та її опікунів вести простий щоденник судом (див. **Малюнок ЕПІ ЗПД 1**).

2. Почніть вживати антиепілептичні препарати або поновіть їх вживання.

- » Перевірте, чи вживала особа колись антиепілептичний препарат, який контролював судом. Якщо так, то поновіть вживання того самого медикаменту в тій самій дозі.
- » Якщо цей препарат недоступний, призначте новий медикамент.
- » Не призначайте більше **одного** антиепілептичного препарату одночасно (**див. Таблицю ЕПІ 1**).
 - ♦ Зважте потенційну побічну реакцію, вплив препарату на супутні захворювання* та взаємодію з іншими лікарськими препаратами*. За потреби звертєся з Національним фармацевтичним довідником або з Фармацевтичним довідником ВООЗ.
 - ♦ Розпочніть вводити препарат із **найнижчої дози та поступово збільшуйте її**, поки не досягнете повного контролю над судомами.
- » Поясніть особі та її опікунам:
 - ♦ Розклад прийому медикаментів (**>>Таблиця ЕПІ 1**).
 - ♦ Потенційну побічну дію (**>>Таблиця ЕПІ 1**). Більшість побічних дій є помірними та послаблюються з часом. Якщо розвивається тяжка побічна дія, особа має негайно припинити прийом медикаментів та звернутися по медичну допомогу.
 - ♦ Важливість **прихильності** до прийому медикаментів. Пропущені дози або різке припинення прийому медикаментів може призвести до повернення судом. Медикаменти слід приймати **в один і той самий час кожного дня**.
 - ♦ Час до початку дії препаратів. Зазвичай для того, щоби проявився вплив медикаментів, має пройти кілька тижнів.
 - ♦ Тривалість лікування. Продовжуйте прийом ліків доти, поки з останнього епізоду судом не мине принаймні 2 роки.
 - ♦ Важливість регулярного спостереження.

Таблиця ЕПІ 1: Антиепілептичні препарати

	Фенобарбітал ^а	Карбамазепін	Фенітоїн	Вальпроат
Початкова доза для дітей:	2–3 мг/кг/день	5 мг/кг/день	3–4 мг/кг/день	15–20 мг/кг/день
Типова ефективна доза для дітей:	2–6 мг/кг/день	10–30 мг/кг/день	3–8 мг/кг/день (макс. доза 300 мг/день)	15–30 мг/кг/день
Початкова доза для дорослих:	60 мг/день	200–400 мг/день	150–200 мг/день	400 мг/день
Типова ефективна доза для дорослих:	60–180 мг/день	400–1400 мг/день	200–400 мг/день	400–2000 мг/день
Режим дозування:	Один раз на день перед сном	Двічі, щоденно	Дітям: двічі на день, щодня; дорослим: можна давати один раз на день	Зазвичай 2 або 3 рази щодня
Нечасті, але серйозні побічні дії	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Тяжкий шкірний висип (синдром Стивенса-Джонсона*) ♦ Пригнічення діяльності кісткового мозку* ♦ Печінкова недостатність 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Тяжкий шкірний висип (синдром Стивенса-Джонсона*, токсичний епідермальний некроліз*) ♦ Пригнічення діяльності кісткового мозку* 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Анемія та інші гематологічні порушення ♦ Реакції гіперчутливості, у тому числі й тяжкий шкірний висип (синдром Стивенса-Джонсона*) ♦ Гепатит 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Сонливість ♦ Дезорієнтація
Звичайна побічна дія	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Сонливість ♦ Гіперактивність у дітей 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Сонливість ♦ Проблеми з ходою ♦ Нудота 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Нудота, блювання, діарея ♦ Тремор ♦ Сонливість ♦ Атаксія та нерозбірлива мова ♦ Моторні посипування ♦ Психічна дезорієнтація 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Летаргія ♦ Седативний ефект ♦ Тремор ♦ Нудота, діарея ♦ Збільшення маси тіла ♦ Тимчасова втрата волосся (відновлення зазвичай починається упродовж 6 місяців) ♦ Порушення печінкової функції
Застереження	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Уникайте призначення фенобарбіталів дітям із інтелектуальними порушеннями або поведінковими проблемами. 			<ul style="list-style-type: none"> ♦ Уникайте призначення вальпроату вагітним жінкам.

^а Міститься у ММННД (ВООЗ, 2011 р.).

3. Регулярне спостереження

- » Наполягайте на регулярному спостереженні.
 - ♦ Упродовж перших 3 місяців, до встановлення повного контролю над судомами, повторні огляди мають проводитися принаймні щомісяця.
 - ♦ Після встановлення повного контролю над судомами зустрічайтеся щотримісяці.
 - ♦ Детальні поради щодо регулярного спостереження див. у підрозділі «Принципи ведення хвороб» (>>>**Загальні принципи надання допомоги**).
- » Під час кожного повторного огляду:
 - ♦ Перевіряйте, чи знаходяться судоми під контролем:
 - ▢ Переглядайте **щоденник судом** для того, щоб подивитися, наскільки контрольованими є судоми.
 - ♦ Продовжуйте прийом антиепілептичних препаратів або підрегулюйте його у відповідності до того, наскільки контрольованими є судоми.
 - ▢ Якщо судоми все ще неконтрольовані, хоча людина приймає максимальну терапевтичну дозу певного медикаменту, або побічні дії є нестерпними, замініть препарат. Поступово збільшуйте дозу, доки не буде встановлено контроль над судомами.
 - ▢ Якщо судоми стаються дуже рідко, а подальше підвищення дози може призвести до тяжких побічних дій, тоді поточну дозу можна вважати прийнятною.
 - ▢ Проконсультуйтеся зі спеціалістом, якщо ви спробували вже 2 препарати один за іншим, але жоден не призвів до адекватного рівня контролю над судомами. Уникайте прийому більше, ніж одного антиепілептичного препарату одночасно.
- ♦ Розгляньте можливість **припинення прийому антиепілептичних** препаратів, якщо судом не було принаймні **2 роки**.
 - ▢ Припиняючи прийом медикаментів, зауважте на те, що дозу необхідно знижувати поступово упродовж кількох місяців для уникнення судом, спричинених медикаментозною абстиненцією.
- ♦ Залучіть опікунів до спостереження за судомами.
- ♦ Обговоріть із людиною та її опікунами питання, пов'язані зі стилем життя, та надайте їм додаткову психоедукацію/підтримку (див. описаний вище >>>**Базовий план ведення, Крок 1**).



Врізка ЕПІ 1: Особливості ведення жінок з епілепсією

- » Якщо жінка **дітородного віку**:
 - ♦ Призначте фолат, 5 мг/день, для запобігання можливим вродженим вадам розвитку на випадок, якщо вона завагітніє.
- » Якщо вона **вагітна**:
 - ♦ Проконсультуйтеся зі спеціалістом щодо її ведення.
 - ♦ Порадьте їй частіше проходити повторні огляди у жіночій консультації та народжувати в пологовому будинку.
 - ♦ Під час пологів новонародженій дитині необхідно ввести внутрішньом'язово 1 мг **вітаміну К**.
- » Рішення щодо призначення антиепілептичних препаратів вагітною жінкою має прийматися в обговоренні спільно з жінкою. Необхідно зважити тяжкість та частоту судом, а також потенційну шкоду плоду і від судом, і від медикаментів. Якщо прийнято рішення розпочати прийом медикаментів, слід призначати або **фенобарбітал**, або **карбамазепін**. Під час годування грудьми слід уникати вальпроату та політерапії*.
- » Карбамазепін можна призначати жінкам, які **годують грудьми**.

Таблиця ЕПІ 1. Приклад щоденника судом

Коли сталися судоми		Опис судом (у тому числі — охоплених судомою частин тіла та її тривалість)	Препарат, який було прийнято	
Дата	Час		Учора	Сьогодні

Врізка ЕПІ 2: Оцінка та ведення особи, в якій конвульсії або яка знепритомніла після судом



Оцінка та ведення гострих судом має відбуватися одночасно.

» Оцінка судом

- ◆ Залишайтеся спокійними. Більшість судом припиняється за кілька хвилин.
- ◆ Перевірте стан дихальних шляхів, дихання та кровообіг, у тому числі – кров'яний тиск, частоту дихання та температуру.
- ◆ Перевірте, чи немає ознак травми голови або хребта (напр., розширені зіниці можуть бути ознакою серйозної травми голови).
- ◆ Перевірте, чи немає **ригідності потиличних м'язів** або **гарячки** (ознаки менінгіту).

» Запитайте опікуна про таке:

- ◆ Коли розпочалися ці судоми?
- ◆ Чи є в людини судоми в анамнезі?
- ◆ Чи є в людини в анамнезі травми голови або шиї?
- ◆ Інші медичні проблеми?
- ◆ Чи приймала людина якісь медикаменти, отруту, алкоголь або наркотики?
- ◆ Якщо це **жінка**: Чи вона у другій половині вагітності? Або чи не народжувала вона упродовж останнього тижня?

» негайно відправте людину в лікарню:

- ◆ Якщо є ознаки **серйозної травми, шоку*** або **проблем із диханням**.
- ◆ Якщо в людини могла статися **серйозна травма голови або шиї**:
 - ▢ Не рухайте голову людини.
 - ▢ Перекочуйте людину «як колоду»* під час її транспортування.
- ◆ Якщо жінка **у другій половині вагітності або народжувала упродовж останнього тижня**.
- ◆ Якщо ви підозрюєте **нейроінфекцію**.
- ◆ Якщо судоми тривають **більше 5 хвилин** від початку.

» Ведення судом

- ◆ Покладіть особу в **рятівну позу** (див. **Базовий план ведення та Малюнки А-D, наведені вище**).
- ◆ Якщо судоми не закінчилися спонтанно через 1–2 хвилини, якомога швидше встановіть крапельницю та почніть повільно вводити **глюкозу** та **бензодіазепіни** (30 крапель/ хвилину).
 - ▢ Якщо крапельницю важко встановити, введіть бензодіазепіни ректально.
 - ▢ Застереження: **бензодіазепіни можуть сповільнити дихання**. Якщо є кисень, введіть його людині та часто перевіряйте стан її дихання.
 - ▢ **Доза глюкози для дітей**: 2–5 мл/кг 50% розчину глюкози.
 - ▢ **Доза бензодіазепінів для дітей**:
 - діазепам ректально 0,2–0,5 мг/кг або
 - діазепам внутрішньовенно 0,1–0,3 мг/кг або
 - лоразепам внутрішньовенно 0,1 мг/кг.
 - ▢ **Доза глюкози для дорослих**: 5 мл 50% розчину глюкози.
 - ▢ **Доза бензодіазепінів для дорослих**:
 - діазепам ректально 10–20 мг або
 - діазепам внутрішньовенно 10–20 мг повільно
 - лоразепам внутрішньовенно 4 мг.
 - ▢ **Не вводьте бензодіазепіни внутрішньом'язово**.
- ◆ Введіть другу дозу бензодіазепінів, якщо судоми тривають 5–10 хвилин після введення першої дози.
- ◆ Введіть таку саму дозу, як і перша.
- ◆ **Не вводьте більше 2 доз бензодіазепінів. Якщо людині потрібно більше, ніж 2 дози, її потрібно госпіталізувати.**
- ◆ Можна підозрювати епілептичний статус, якщо:
 - ▢ Судоми повторюються часто, а людина не відчувається краще у проміжках між ними. Або
 - ▢ Судоми не реагують на 2 дози бензодіазепінів. Або
 - ▢ Судоми тривають більше 5 хвилин.
- » **Негайно відправте особу в лікарню:**
 - ◆ Якщо ви підозрюєте епілептичний статус (див. вище).
 - ◆ Якщо вона не відреагувала на перші 2 дози бензодіазепінів.
 - ◆ Якщо в неї утруднене дихання після введення бензодіазепінів.

Інтелектуальні Порушення



Інтелектуальні порушення характеризуються обмеженнями у численних сферах очікуваного інтелектуального розвитку (тобто в когнітивних*, мовних, моторних і соціальних навичках), які не є зворотними. Такі обмеження або існували з моменту народження, або розвинулися в дитинстві. Інтелектуальні порушення перешкоджають у навчанні, в повсякденному функціонуванні та адаптації до нового середовища.

Люди з інтелектуальними порушеннями часто мають значну потребу в догляді. Вони часто стикаються з труднощами в отриманні доступу до послуг у сфері охорони здоров'я та освіти. Вони надзвичайно вразливі до насильства, занедбаня та впливу небезпечних ситуацій у хаотичному середовищі надзвичайних ситуацій. Наприклад, люди з інтелектуальними порушеннями з більшою мірою вірогідності можуть через незнання зайти на небезпечну територію. Більше того, їхні родини та громади можуть сприймати їх як тягар, а отже й покинути під час переміщення. Тому люди з інтелектуальними порушеннями часто потребують додаткової уваги під час гуманітарних надзвичайних станів.

У цьому модулі йдеться про помірні, тяжкі та глибокі інтелектуальні порушення в дорослих, підлітків і дітей.

Типові представлені скарги:

- » **У немовлят:** погане годування, відсутність набору ваги, погана моторика, відставання у сфері очікуваних показників розвитку дитини відповідно до віку, наприклад, посмішка, навички сидіння або стояння.
- » **У дітей:** відставання у сфері очікуваних показників розвитку дитини відповідно до віку, наприклад, ходіння, привчання дитини до горщика, говоріння, навички читання та писання.
- » **У дорослих:** знижена спроможність жити незалежно або доглядати за собою та/або дітьми.
- » **Для всіх вікових категорій:** труднощі з виконанням повсякденної діяльності, яка вважається нормальною для певного віку; труднощі з розумінням інструкцій; труднощі із задоволенням потреб повсякденного життя.

¹⁰ Чорнова назва цього розладу, запропонована у МКХ-11, — Розлад інтелектуального розвитку.

Питання оцінки № 1: Чи є в цієї особи інтелектуальне порушення?

» Перевірте навички та функціонування людини:

- ♦ У дітей молодшого та переддошкільного віку оцініть, чи дитина досягнула **показників розвитку, відповідних своєму віку**, в усіх сферах розвитку (>> **Таблиця ІП 1**, у якій містяться ознаки порушень).
 - ♦ Пропоновані питання опікунам дітей:
 - Чи поводитьься ваша дитина так само, як інші діти?
 - Що може ваша дитина робити самотужки (сидіти, ходити, їсти, одягатися, ходити в туалет)?
 - Як ваша дитина спілкується з вами? Чи усміхається дитина вам? Як дитина реагує на своє ім'я? Як ваша дитина розмовляє з вами? Чи може дитина зробити те, про що її попросили?
 - Як ваша дитина грається? Чи може ваша дитина добре гратися з іншими дітьми такого ж віку?
 - ♦ У доросліших дітей та підлітків спитайте, чи ходять вони до школи, і, якщо так, як вони справляються зі шкільною роботою (навчання, читання та писання) та з повсякденними домашніми справами.
 - Чи ходиш ти до школи? Як у тебе справи у школі? В тебе виходить закінчувати домашні завдання? Чи часто в тебе виникають труднощі у школі тому, що ти не можеш щось зрозуміти чи виконувати інструкції?
 - ♦ У дорослих спитайте, як вони справляються зі своєю роботою та іншими повсякденними справами.
 - Чи працюєте ви? Яка у вас робота? Чи часто у вас виникають труднощі на роботі тому, що ви не можете щось зрозуміти чи виконувати інструкції?
 - ♦ У старших дітей, підлітків і дорослих спитайте, скільки допомоги вони отримують для виконання своїх повсякденних справ (напр., удома, у школі, на роботі).
- » Якщо є відставання за очікуваними показниками розвитку, виключіть виліковні або оборотні хвороби, які можуть імітувати інтелектуальні порушення.
- ♦ **Виключіть порушення зору:**
 - Щодо дитини >6 місяців, запитайте в опікуна, чи дитина може робити таке, при цьому прямо спостерігаючи за дитиною:
 - Чи може дитина стежити очима за рухомим об'єктом?
 - Чи впізнає дитина знайомих людей?
 - Чи може дитина схопити об'єкт руками?
 - Якщо відповідь на будь-яке з цих запитань «**Ні**», проінформуйте опікуна про те, що в дитини може бути порушення зору, та, якщо можливо, проконсультуйтеся зі спеціалістом.

♦ Виключіть порушення слуху:

- Щодо дитини >6 місяців, запитайте в опікуна, чи може дитина робити таке, при цьому прямо спостерігаючи за дитиною:
 - Чи повертає дитина голову, аби побачити, хто говорить ззаду?
 - Чи реагує дитина на гучні звуки?
 - Чи робить дитина різні звуки голосом (тата, баба, дада).
 - Якщо відповідь на будь-яке з цих запитань «**Ні**», проінформуйте опікуна про те, що в дитини може бути порушення слуху, та, якщо можливо, проконсультуйтеся зі спеціалістом.
- ♦ **Виключіть проблеми в навколишньому середовищі:**
 - Помірний/тяжкий депресивний розлад у матері або основного опікуна (>> **ДЕП**).
 - Брак стимуляції (стимуляція є надзвичайно важливою для розвитку мозку в дітей раннього віку).
 - Хто регулярно взаємодіє та грається з дитиною?
 - Як ви/вони грається/ються з дитиною? Як часто?
 - Як ви/вони спілкується/ються з дитиною? Як часто?
 - ♦ Виключіть **недостатність харчування** або іншу харчову або **гормональну недостатність**, у тому числі недостатність йоду* та гіпотиреоїдизм*.
 - ♦ **Виключіть епілепсію (>> **ЕПІ**)**, яка може імітувати інтелектуальні порушення або бути супутнім захворюванням.
- » Пролікуйте виявлені виліковні захворювання та проведіть повторний огляд для проведення повторної оцінки того, чи є в цієї особи інтелектуальні порушення.
- ♦ У випадках підтверджених порушень зору та слуху надайте необхідні допоміжні засоби (окуляри, слуховий апарат) або підтримайте їх покупку.
 - ♦ Якщо це доречно, то ведіть депресивний розлад опікуна.
 - ♦ Навчіть опікуна створювати більш стимулююче середовище для дітей раннього віку. Див: **Counsel the Family for Care for Development: Counselling Cards (UNICEF та BOO3, 2012 p.)**.
 - ♦ Якщо можливо, перенаправте дитину до Програми раннього розвитку дітей.
- » Діагностувати **інтелектуальні порушення** можна у випадку, якщо а) є значні відставання за очікуваними показниками розвитку та труднощі із задоволенням потреб повсякденного життя, а також б) виключено або проліковано виліковні або оборотні хвороби.

Питання оцінки № 2: Чи є пов'язані поведінкові проблеми?

» Не слухає опікунів.

» Спалах гніву. Якщо людина засмучена – агресія та поведінка, спрямована на самоушкодження.

» Їсть неорганічні матеріали.

» Нерозважлива сексуальна або інша проблематична поведінка.

Базовий план ведення хвороби

1. Запропонуйте психоедукацію.

- » Поясніть, що таке інвалідність, особі та її опікунам: Не слід звинувачувати людей з інтелектуальними порушеннями в тому, що вони інваліди. Мета полягає в тому, щоби в опікунів були реалістичні очікування, щоби вони були добрими та підтримували особу.
- » Надайте опікунам навчання про навички батьківського догляду. Мета полягає в тому, щоб **покращити позитивну взаємодію між батьками/опікунами та дитиною**. Навчіть опікунів навичкам, які зможуть зменшити кількість поведінкових проблем.
 - ♦ Опікунам слід розуміти важливість того, щоб навчити людину навичкам догляду за собою та гігієні (напр., навчити її користуватися туалетом, чистити зуби).
 - ♦ Опікуни мають дуже добре знати особу. Опікунам слід знати, що викликає стрес у особи і що її тішить, що призводить до проблемної поведінки і що її попереджає, що є сильними та слабкими сторонами людини, і як людина вчиться найкраще.
 - ♦ Опікунам слід утримувати повсякденні справи особи (прийняття їжі, гру, навчання, роботу, сон) настільки в одному й тому самому режимі, наскільки це можливо.
- ♦ Опікунам слід винагороджувати особу, якщо її поведінка хороша, і не надавати винагород, якщо її поведінка проблемна. Дисципліна має бути збалансованою:
 - ▢ Давайте особі чіткі, прості та короткі інструкції про те, що їй слід робити, а не про те, чого їй робити не слід. Розбивайте складні види діяльності на менші етапи, щоби вона могла навчатися та отримувати винагороду за кожен етап (напр., вивчити, що спочатку потрібно одягти штани, а потім їх застібати).
 - ▢ Якщо особа зробила щось хороше, винагородіть її. Відволікайте людину від того, що їй не слід робити. Проте таке відвертання уваги не має бути приємним чи винагородою.
 - ▢ Не використовуйте погрози або фізичне покарання за проблемну поведінку.
- » Поясніть опікунам, що ця особа є більш уразливою до фізичного та сексуального насильства в цілому, а отже потребує додаткової уваги та захисту.
- » Поясніть опікунам, що їм слід уникати розміщення особи у спеціалізованих закладах.

2. Пропагуйте використання механізмів захисту, які надаються на основі громади.

- » Оцініть доступність механізмів спільнотного захисту (напр., неформальні групи, місцеві НУО, державні або міжнародні агенції) та зверніться до них із проханням надати відповідну допомогу цій особі.

3. Пропагуйте залучення особи до діяльності громади

- » Якщо це дитина, нехай вона відвідує звичайну школу, допоки це можливо.
 - ♦ Встановіть контакт дитини зі школою, щоби дізнатися, які існують можливості адаптації навчального середовища до її потреб. У посібнику **Inclusive Education of Children At Risk** ви зможете знайти поради щодо цього.
- » Заохочуйте особу брати участь у такій діяльності її громади, яка приносить їй насолоду.
- » Оцініть наявність спільнотних реабілітаційних програм (СРП*) та заохочуйте включення в них особи з інтелектуальними порушеннями.

4. Надайте допомогу опікунам у відповідності до «Принципів зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки» (>>Загальні принципи надання допомоги).

5. Якщо є така можливість, проконсультуйтеся зі спеціалістом щодо подальшої оцінки та ведення супутніх порушень розвитку.

- » Необоротні рухові порушення та церебральний параліч*.
- » Вроджені вади розвитку, генетичні патології або синдроми (напр., синдром Дауна*).

6. Регулярне спостереження

- » Заплануйте проведення регулярного спостереження згідно з «Принципами зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки» (>>Загальні принципи надання допомоги).

Таблиця ІП 1: Основні індикатори розвитку: ознаки порушень

У віці до 1 МІСЯЦЯ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Погано смокче груди або відмовляється смоктати. ◆ Мало рухає руками та ногами. ◆ Майже не реагує або не реагує взагалі на гучні звуки або яскраве світло. ◆ Довго плаче без жодної видимої причини. ◆ Блювання та пронос, які можуть призвести до зневоднення.
У віці до 6 МІСЯЦІВ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Скованість кінцівок або труднощі з руханням ними. ◆ Постійні рухи головою (це може вказувати на вушні інфекції, які можуть призвести до глухоти, якщо їх не лікувати). ◆ Майже не реагує або не реагує взагалі на звуки, знайомі обличчя або груди. ◆ Відмовляється від годування грудьми або іншої їжі.
У віці до 12 МІСЯЦІВ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Не робить звуків у відповідь до інших людей. ◆ Не дивиться на рухомі об'єкти. ◆ Неспокій та відсутність реакції на опікуна. ◆ Відсутність апетиту або відмова від їжі.
У віці до 2 РОКІВ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Відсутність реакції на інших людей. ◆ Труднощі з утриманням балансу під час ходіння. ◆ Травми або незрозумілі зміни у поведінці (особливо, якщо за дитиною доглядав хтось інший). ◆ Відсутність апетиту.
У віці до 3 РОКІВ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Втрата інтересу до гри. ◆ Часті падіння. ◆ Труднощі з маніпулюванням дрібними предметами. ◆ Неспроможність зрозуміти просту інформацію. ◆ Неспроможність говорити, використовуючи кілька слів. ◆ Відсутність інтересу до їжі або дуже невеликий інтерес до неї.
У віці до 5 РОКІВ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Страх, злість або насильство у грі з іншими дітьми, що може бути ознакою емоційних проблем або насильства.
У віці до 8 РОКІВ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Труднощі з зав'язуванням і підтриманням дружніх стосунків та участю у груповій діяльності. ◆ Уникання завдання або чогось складного, не без спроб його виконати, або демонстрація ознак безпомічності. ◆ Труднощі з поясненням своїх потреб, думок і емоцій. ◆ Труднощі з концентрацією уваги на завданнях, із розумінням та виконанням домашніх завдань. ◆ Надмірна агресія або сором'язливість у спілкуванні з друзями та родиною.

Джерело: **UNICEF, ВООЗ, UNESCO, UNFPA, UNDP, UNAIDS, WFP та Світовий банк (2010 р.)**

Зловживання Алкоголем і Наркотиками

ЗАН

! Див. Врізку ЗАН 1 на стор. 48: оцінка та ведення алкогольної абстиненції, небезпечної для життя.

Споживання алкоголю або наркотиків (напр, опіатів* (напр., героїну), коноплі*, амфетамінів*, кату*, різноманітних рецептурних медикаментів, таких як бензодіазепіни* та трамадол*) може призвести до різних проблем. Серед них *абстинентний синдром* (фізичні та психічні симптоми, які розпочинаються у момент припинення споживання або значного зменшення дози), *залежність** та *зловживання* (школа, яка завдається психічному та фізичному здоров'ю та/або загальному добробуту особи).

Споживання алкоголю або наркотиків є шкідливим, якщо воно призводить до соматичних або психічних розладів, поведінки, що становить ризик для стану здоров'я, до проблем у родині/стосунках, сексуального та фізичного насильства, аварій, насильства над дітьми та їх занедбання, фінансових труднощів та інших проблем із захищеністю. Розповсюдженість споживання алкоголю та наркотиків може підвищитися під час гуманітарних надзвичайних станів, коли дорослі та підлітки намагаються справитися зі стресом, втратами або болем шляхом самолікування*.

Гострі надзвичайні ситуації можуть зруйнувати шляхи постачання алкоголю та наркотиків, призвівши до неочікуваних симптомів абстинентного синдрому, що є небезпечними для життя людей, які споживали ці речовини упродовж тривалого часу досить значними дозами. Це особливо стосується алкоголю.

У цьому модулі обговорюється зловживання алкоголем і наркотиками; також у ньому міститься таблиця щодо *алкогольної абстиненції, небезпечної для життя* (>> **Таблиця ЗАН 1**). Щодо інших аспектів вживання алкоголю чи наркотиків, див. модулі щодо вживання алкоголю та наркотиків у повному **«Посібнику mhGAP з надання допомоги»**.

Типові представлені скарги:

- » Людина, схоже, знаходиться під впливом алкоголю чи наркотиків (напр., від неї пахне алкоголем, вона знаходиться у стані сп'яніння, збуджена, нервово рухається, має низький рівень енергії, її мова нерозбірлива, в неї неохайний зовнішній вигляд, зіниці розширені/звужені*).
- » Нещодавня травма.
- » Ознаки внутрішньовенного споживання наркотиків (сліди ін'єкцій, шкірні інфекції).
- » Вимога снодійних або знеболювальних препаратів.

Питання оцінки: Чи завдає шкоди споживання наркотиків або алкоголю психічному або фізичному здоров'ю чи загальному добробуту людини?

» **Поговоріть із людиною про споживання нею алкоголю та наркотиків, не засуджуючи її.**

» Задайте їй такі питання:

♦ **Кількість та модель споживання**

- ▢ Чи вживаєте ви алкоголь? Якщо так, то в якій формі? Скільки порцій на день/тиждень?
- ▢ Чи вживаєте ви рецептурне снодійне/протитривожні препарати/знеболювальне? Які саме? Скільки на день/тиждень?
- ▢ Чи вживаєте ви нелегальні наркотики? Які саме? Як ви їх вживаєте — перорально, ін'єкційно, нюхаєте? Скільки та як часто на день/тиждень?

♦ **Тригери** споживання алкоголю і наркотиків:

- ▢ Що примушує вас вживати алкоголь або наркотики?

♦ **Шкода, яка завдається собі або іншим**

- ▢ Медичні проблеми або травми, які виникають унаслідок споживання алкоголю або наркотиків
 - Відтоді, як ви почали вживати алкоголь або наркотики, чи виникали у вас проблеми зі здоров'ям?
 - Чи травмувалися ви колись під впливом алкоголю або наркотиків?
- ▢ Вживання алкоголю або наркотиків, незважаючи на надану пораду припинити.
 - Коли особа була вагітна або годувала грудьми.
 - Після того, як їй сказали, що в неї є проблема зі шлунком або з печінкою внаслідок споживання алкоголю або наркотиків.
 - Коли особа приймала медикаменти, які шкідливо взаємодіють з алкоголем або наркотиками, наприклад, седативні препарати, анальгетики або протитуберкульозні препарати.
- ♦ Соціальні проблеми **внаслідок** споживання алкоголю або наркотиків
 - Фінансові або юридичні проблеми
 - Чи були у вас колись проблеми через гроші або порушення законодавства внаслідок вживання алкоголю або наркотиків?
 - Проблеми, пов'язані з робочою діяльністю
 - Чи втрачали ви колись роботу чи працювали дуже погано через те, що вживаєте алкоголь або наркотики?
 - Насильство над іншими.
 - Чи ви завдавали колись кому-небудь болю під час вживання алкоголю або наркотиків?
 - Подружні проблеми/проблеми у стосунках.
 - Чи вживання вами алкоголю або наркотиків колись призводило до проблем у стосунках із вашими партнерами?

» Проведіть короткий загальний **фізичний огляд** для того, щоби виявити ознаки хронічного споживання наркотиків або алкоголю:

♦ шлунково-кишкові кровотечі

- ▢ біль у животі
- ▢ кров у блювоті
- ▢ кров у випорожненнях або чорні випорожнення

♦ захворювання печінки

- ▢ тяжкі: жовтуха, асцит*, збільшені та ущільнені печінка та селезінка, гепатична енцефалопатія*

♦ недостатність харчування, значне зниження маси тіла

♦ ознаки інфекцій, пов'язаних зі споживанням наркотиків (напр., ВІЛ, гепатит В або С, шкірні інфекції в місцях ін'єкцій або туберкульоз).

» Проведіть оцінку особи на зловживання і алкоголем, і наркотиками, оскільки дуже часто люди споживають це одночасно.

Базовий план ведення хвороби

1. Пролікуйте шкідливі наслідки споживання алкоголю або наркотиків

- » Надайте необхідний медичний догляд для фізичних наслідків зловживання алкоголем або наркотиками.
- » Лікуйте будь-який супутній ПНП розлад, наприклад, помірний/тяжкий депресивний розлад, ПТСР чи психоз (>> **ДЕП, ПТСР, ПСИ**).
- » Працюйте з **нагальними соціальними наслідками** (напр., зв'яжіться зі службами захисту у випадках насильства, зокрема, гендерно зумовленого насильства).

2. Оцініть наявність у людини мотивації припинити споживати алкоголь або наркотики чи зменшити рівень вживання.

- » **Оцініть те, чи особа вважає споживання алкоголю або наркотиків проблемою і чи вона готова щось із цим робити.**
 - ♦ На вашу думку, чи є для вас проблемою вживання алкоголю або наркотиків?
 - ♦ Чи думали ви про те, щоби припинити вживати алкоголь або наркотики чи зменшити рівень їх споживання?
 - ♦ Чи ви вже пробували припинити вживати алкоголь або наркотики чи зменшити рівень їх споживання в минулому?

3. Працюйте над мотивацією людини припинити вживати алкоголь або наркотики чи зменшити рівень вживання.

- » Розпочніть **коротку мотиваційну бесіду** щодо зловживання:
 - ♦ Спитайте у людини про те, які, **на її думку, переваги** та **негативні наслідки** споживання алкоголю або наркотиків. Не засуджуйте людину, але намагайтеся зрозуміти, що є мотивом людини до споживання алкоголю або наркотиків.
 - Яке задоволення ви отримуєте, вживаючи алкоголь або наркотики?
 - Чи, існують, на вашу думку, якісь негативні аспекти вживання алкоголю або наркотиків?
 - Чи шкодували ви колись про те, що вживаєте алкоголь або наркотики?
 - ♦ **Підважуйте** будь-яке надмірне відчуття переваг від споживання алкоголю чи наркотиків. Наприклад, якщо людина вживає алкоголь або наркотики для того, щоб забути про проблеми у своєму житті, скажіть:
 - Чи це справді добре – забути про проблему? Чи зникне від цього проблема?
 - ♦ **Підкресліть** певні негативні аспекти, пов'язані зі споживанням алкоголю та наркотиків, що їх людина недооцінює.
 - Скільки грошей ви витрачаєте на алкоголь або наркотики? На тиждень? На місяць? На рік? А що ще можна було б зробити на ці гроші?
- ♦ **Надайте** додаткову інформацію про шкідливі наслідки споживання алкоголю або наркотиків, як короткострокові, так і довгострокові.
 - Алкоголь і наркотики можуть призвести до тяжких проблем із фізичним і психічним здоров'ям, у тому числі – до травм і залежності.
- ♦ **Визнайте**, що припинити вживати алкоголь або наркотики складно. Дайте людині зрозуміти, що ви готові підтримувати її. Заохочуйте людей самим вирішувати для себе, чи буде їм добре, якщо вони припинять вживати алкоголь або наркотики.
- ♦ Якщо людина не готова припинити споживати алкоголь або наркотики чи зменшити рівень вживання, поважайте її рішення. Попросіть її повернутися згодом для подальшої розмови.
- » **Повторіть** короткі мотиваційні бесіди, описані вище, **упродовж кількох сесій.**

4. Обговоріть різні способи того, як можна припинити зловживати алкоголем або наркотиками або зменшити рівень вживання.

- » Обговоріть такі стратегії:
 - ♦ Не зберігайте вдома алкоголь або наркотики.
 - ♦ Не ходіть туди, де люди вживають алкоголь або наркотики.
 - ♦ Попросіть підтримки в опікунів та друзів.
 - ♦ Попросіть опікунів супроводжувати людину під час повторних візитів.
 - ♦ Заохочуйте людину брати участь у соціальній діяльності, де не вживається алкоголь або наркотики.
- » Розгляньте можливість скерувати людину до груп самопідтримки людей, які споживають алкоголь/наркотики, якщо такі є.
- » Якщо людина погоджується припинити вживати алкоголь або наркотики, проінформуйте її про те, що в неї, можливо, тимчасово з'являться симптоми абстиненції (тобто <1 тиждень). Опишіть симптоми (напр., тривожність та збудження внаслідок абстиненції від опіатів, бензодіазепінів та алкоголю). Порадьте людині повернутися до закладу охорони здоров'я, якщо ці симптоми будуть тяжкими.

5. Запропонуйте психосоціальну підтримку, описану у «Принципах зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки» (>> **Загальні принципи надання допомоги**)

- » Опрацюйте **поточні психосоціальні стресогенні чинники.**
- » Посиліть соціальну підтримку.
- » Навчіть особу управлінню стресом.

6. Запропонуйте регулярне спостереження.

- » Продовжуйте надавати людині підтримку, обговорювати з нею питання щодо припинення вживання алкоголю або наркотиків або зменшення рівня їх споживання, та працювати з нею в цьому напрямку. Заплануйте регулярне спостереження (>> **«Принципи ведення хвороб» у розділі «Загальні принципи надання допомоги»**) та проведіть його.



Врізка ЗАН 1 на стор. XX: оцінка та ведення алкогольної абстиненції, небезпечної для життя.

Типові представлені скарги за алкогольної абстиненції, небезпечної для життя

- » Збудження, тяжка тривожність.
- » Дезорієнтація або галюцинації* (людина чує голоси або бачить чи відчуває речі, яких немає).
- » Конвульсії/судоми.
- » Підвищений кров'яний тиск (напр., 180/100 мм рт.ст.) та/або прискорене серцебиття (напр., >100 ударів/хв).

Оцінка алкогольної абстиненції, небезпечної для життя

Питання оцінки № 1: Чи це алкогольна абстиненція?

- » Виключіть та пролікуйте інші причини, які можуть пояснити ці симптоми, в тому числі:
 - ♦ Малярія, ВІЛ/СНІД, інші інфекції, травми голови, метаболічний розлад* (напр., гіпоглікемія*, гіпонатріємія*), гепатична енцефалопатія, гіпертіреозидизм, інсульт, споживання наркотиків (напр., амфетамінів), психоз в анамнезі, а також епілепсія в анамнезі.
- » Якщо виключено усі перелічені вище причини, подивіться на історію вживання алкоголю, спитавши в цієї особи та її опікунів:
 - ♦ Чи вживає ця людина алкоголь?
 - ♦ Коли вона востаннє вживала алкоголь?
 - ♦ Скільки вона зазвичай вживає?
- » Можливо поставити діагноз алкогольного абстинентного синдрому, якщо симптоми розвинулися після припинення постійного/сильного споживання алкоголю. Зазвичай це трапляється через 1–2 тижні після останньої вжитої порції.
 - ♦ Якщо в людини судом або галюцинації, і при цьому немає причин вважати, що в неї алкогольний абстинентний синдром, проведіть оцінку на епілепсію (>>ЕПІ) або психоз (>>ПСИ).

Питання оцінки № 2: Якщо в людини алкогольна абстиненція, чи це алкогольний абстинентний синдром, небезпечний для життя?

- » Оцініть, чи наявні **ознаки, небезпечні для життя**:
 - ♦ Конвульсії/судоми (зазвичай упродовж 48 годин).
 - ♦ Характеристики делірію (зазвичай упродовж 96 годин):
 - ▢ Гострий стан сплутаності, дезорієнтація.
 - ▢ Галюцинації.
- » Оцініть, чи є великий ризик того, що в особи розвинуться небезпечні для життя ознаки (конвульсії або делірії) упродовж наступних 1–2 днів:
 - ♦ Попередні небезпечні для життя ознаки (конвульсії або делірії) або
 - ♦ Поточні та тяжкі симптоми абстинентного синдрому:
 - ▢ сильне збудження, сильна дратівливість, сильна тривожність
 - ▢ надмірна пітливість, тремор рук
 - ▢ підвищений кров'яний тиск (напр., 180/100 мм рт.ст) та/або прискорене серцебиття (напр., >100 ударів/хв).



Якщо є причини підозрювати алкогольний абстинентний синдром, розпочніть впроваджувати план кризового ведення алкогольного абстинентного синдрому, небезпечного для життя, (див. нижче) та організуйте супроводжуване перевезення людини до найближчої лікарні.

План кризового ведення алкогольного абстинентного синдрому, небезпечного для життя

1. негайно введіть діазепам проти алкогольного абстинентного синдрому (>>Таблиця ЗАН 1)

- » Призначена доза діазепаму залежатиме від толерантності* до діазепаму, яку має ця особа, тяжкості симптомів абстиненції та наявності супутніх соматичних захворювань.
 - ♦ Доведіть дозу до такого рівня, який надасть спостережуваний результат. Правильна доза — це така, яка має легкий седативний ефект.
 - ▢ Занадто висока доза може призвести до надмірного седативного ефекту та пригнітити дихання. Часто перевіряйте частоту дихання людини та рівень сації (тобто сонливість).
 - ▢ Занизька доза може призвести до розвитку судом/делірію.
- » Часто перевіряйте перебіг симптомів абстиненції (кожні 3–4 години). Продовжуйте вводити діазепам доти, поки симптоми не пройдуть (зазвичай, на це потрібно 3–4 дні, але не довше 7 днів).
- » У випадку розвитку судом унаслідок абстинентного синдрому, НЕ використовуйте протиепілептичні препарати. Продовжуйте використовувати діазепам.
- » Симптоми делірію, тобто дезорієнтація, збудження або галюцинації, можуть зберігатися кілька тижнів після того, як пройдуть інші симптоми алкогольного абстинентного синдрому. В такому випадку розгляньте можливість призначити антипсихотичні препарати, наприклад,

галоперидол, 2,5–5 мг перорально, до 3 разів на день, доти, поки не спостерігатиметься покращення із дезорієнтацією, збудженням або галюцинаціями. В деяких випадках може знадобитися кілька тижнів для того, щоб галюцинації або дезорієнтація минули. Не використовуйте надмірно седативні препарати.

- » Якщо можливо, забезпечте людині спокійне, нестимулююче та добре освітлене середовище. Спробуйте забезпечити якість освітлення навіть уночі для того, щоб людина не впала, якщо вона вирішить встати серед ночі. Розгляньте можливість покласти її на матрац на підлозі, щоб запобігти травмуванню. Якщо можливо, попросіть опікунів залишитися з особою та спостерігати за її станом. За найменшої можливості уникайте використання гамічних засобів.

2. Лікуйте недостатність харчування

- » Давайте вітамін В1 (тіамін), 100 мг/день перорально протягом 5 днів.
- » Проведіть оцінку особи на недостатність харчування та пролікуйте її.

3. Підтримуйте рівень гідратації

- » Якщо можливо, розпочніть гідратацію в.в.
- » Заохочуйте людину пити (принаймні 2–3 літри/день).

4. Як тільки вдалося подолати абстинентний синдром, небезпечний для життя, перейдіть до оцінки та ведення зловживання алкоголем або наркотиками (див. основний текст цього модуля)

Таблиця ЗАН 1: Застосування діазепаму при алкогольній абстиненції, небезпечній для життя

Діазепам^a	
Початкова доза	10–20 мг, до 4 разів/день упродовж 3–7 днів
Подальша доза	Поступово знижуйте дозу та/або частоту введення, як тільки симптоми полегшаться. Активно спостерігайте, оскільки люди по-різному реагують на цей препарат.
Шлях введення препарату	Перорально.
Тяжкі побічні дії (рідкі)	Пригнічення респіраторної функції*, тяжкий синдром порушення свідомості. Застереження: часто перевіряйте частоту дихання людини та рівень сації.
Звичайна побічна дія	Сонливість, амнезія, змінена свідомість, м'язова слабкість. Застереження: не вводьте наступну дозу, якщо людина сонлива.
Застереження для особливих груп	Особам старшого віку вводьте одну четверту або половину від рекомендованої дози. Не призначайте людям із респіраторними проблемами.

^a Міститься у ММННД (ВООЗ, 2011 р.).

За гуманітарних надзвичайних станів надзвичайно розповсюдженими є психічні розлади, гострий емоційний дистрес та відчуття безнадії. Такі проблеми можуть призвести до суїциду* або дій, спрямованих на самоушкодження*. Деякі медичні працівники хибно побоюються, що питання про суїцид спровокує людину до того, що вона спробує його вчинити. Навпаки, розмова про суїцид часто знижує тривожність людини стосовно суїцидних думок, допомагає їй відчувати, що її розуміють, та надає можливість для подальшого обговорення проблеми. Дорослі й діти з будь-якими психічними, неврологічними розладами та розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин (ПНР розладами), описаними в цьому посібнику, перебувають у групі ризику щодо суїциду або самоушкодження.

Типові представлені скарги особи, яка перебуває у групі ризику щодо суїциду або самоушкодження

Почувається надзвичайно засмученою або пригніченою.

Глибинна безнадія або сум.

Спроби самоушкодження в минулому (напр., гостре отруєння пестицидами, передозування лікарськими препаратами, самонанесені рани).

Питання оцінки № 1: Чи спробувала ця особа нещодавно скоїти самогубство чи самоушкодження?

- » Оцініть таке:
 - ♦ Отруєння, алкогольна/наркотична інтоксикація, передозування лікарськими препаратами або інші способи самоушкодження.
 - ♦ **Ознаки, які вимагають негайного медичного втручання.**
 - ▢ Кровотеча із самонанесеної рани.
 - ▢ Втрата свідомості.
 - ▢ Надзвичайна летаргія.

Питання оцінки № 2: Чи є безпосередня загроза самогубства чи самоушкодження?

- » Спитайте в людини та її опікунів про:
 - ♦ Думки або плани скоїти самогубство (зараз або упродовж останнього місяця).
 - ♦ Самоушкодження за останній рік.
 - ♦ Доступ до засобів суїциду (напр., пестицидів, мотузок, зброї, ножів, рецептурних медикаментів і наркотиків).
- » Дивіться, чи наявні:
 - ♦ Глибока емоційна пригніченість або відчуття безнадії.
 - ♦ Агресивна поведінка або надмірне збудження.
 - ♦ Відчуження або небажання спілкуватися.
- » Вважається, що людина знаходиться під **безпосередньою загрозою** суїциду або самоушкодження, якщо в неї наявне таке:
 - ♦ Наразі є думки, плани щодо суїциду або суїцидні дії.
 - ♦ В анамнезі людини, яка зараз є надзвичайно збудженою, агресивною, пригніченою або відмовляється спілкуватися, були думки або плани щодо самоушкодження упродовж останнього місяця або випадки самоушкодження упродовж останнього року.

Питання оцінки № 3: Чи є супутні розлади, пов'язані із самогубством чи самоушкодженням?

- » Проведіть оцінку та ведіть можливі супутні розлади:
 - ♦ Хронічний біль або інвалідність (напр., такі, що з'явилися внаслідок травм, які сталися під час гуманітарного надзвичайного стану).
 - ♦ Помірний/тяжкий депресивний розлад (>>**ДЕП**).
 - ♦ Психоз (>>**ПСИ**).
 - ♦ Зловживання алкоголем або наркотиками (>>**ЗАН**).
 - ♦ Посттравматичний стресовий розлад (>>**ПТСР**).
 - ♦ Гострий емоційний дистрес (>>**ГС, ГР, ІНШ**).

Врізка СУІ 1: Як розмовляти про суїцид або самоушкодження життя.

1. Створіть безпечне та приватне середовище, в якому людина могла б поділитися своїми думками.

- » Не засуджуйте людину за її суїцидні настрої.
- » Запропонуйте людині поговорити з вами наодинці або у присутності інших людей за її вибором.

2. Використайте низку запитань, відповіді на які природньо тягнуть за собою наступне запитання. Наприклад:

- » [Почніть із теперішнього часу] Як ви почуваетесь?
- » [Визнайте почуття людини] У вас сумний/засмучений вигляд. Я хотіла/в би задати вам кілька запитань про це.
- » Яким ви бачите ваше майбутнє? Чого ви сподіваєтеся від майбутнього?
- » Деякі люди з подібними проблемами казали мені, що в них є відчуття, ніби їхнє життя не варте того, щоби жити. Чи лягаєте ви спати з думкою про те, що ви можете не прокинутися вранці?
- » Чи думаєте ви про те, щоб зробити собі боляче?
- » Чи є у вас плани покінчити з життям?
- » Якщо так, то як ви плануєте це зробити?
- » Чи є у вас засоби для того, щоби це зробити?
- » Ви думали про те, коли це зробити?
- » Чи ви колись уже пробували скоїти самогубство?

3. Якщо людина проговорила свої суїцидні думки:

- » Залишайтеся спокійними та емоційно підтримуйте особу.
- » Не робіть хибних обіцянок.

Базовий план ведення хвороби

1. Якщо людина спробувала скоїти суїцид, забезпечте їй необхідний медичний догляд, нагляд і психосоціальну підтримку.

» Забезпечте медичну допомогу:

- ♦ Ставтеся до людей, які скоїли самоушкодження, з такою самою турботою, повагою та конфіденційністю, як і до інших. Не карайте їх.
- ♦ Лікуйте травму або отруєння.
 - ▢ Див. рекомендації щодо того, як лікувати гостре отруєння пестицидами, у виданні: **Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication** (ВООЗ, 2008 р.).
- ♦ У випадку передозування пестицидами, якщо все-таки потрібні медикаменти, виберіть альтернативний лікарський препарат, який буде найменш шкідливим. Якщо можливо, призначайте нові препарати виключно на короткі терміни (напр., від кількох днів до 1 тижня за раз) для попередження ще одного передозування.

» **Постійно спостерігайте за людиною, допоки все ще є безпосередня загроза суїциду** (див. рекомендації нижче).

- » Надайте психосоціальну підтримку (див. рекомендації нижче).
- » Проконсультуйтеся зі спеціалістом у сфері психічного здоров'я, якщо можливо.

2. Якщо людина знаходиться під безпосередньою загрозою суїциду, забезпечте нагляд за нею і психосоціальну підтримку.

» Спостерігайте за людиною:

- ♦ Створіть для неї безпечне та підтримувальне середовище. Усуньте всі можливі засоби, за допомогою яких можна скоїти самогубство, та, якщо це можливо, запропонуйте людині окрему тиху кімнату. Проте не залишайте людину на самоті. Нехай опікуни залишаються поруч із нею **весь час**.
- ♦ Не госпіталізуйте людей до загального закладу охорони здоров'я з метою запобігання суїциду на постійній основі. Персонал лікарні може не мати змоги достатньою мірою спостерігати за суїцидною людиною. Проте, якщо госпіталізація до загального закладу охорони здоров'я є необхідною з метою лікування наслідків самоушкодження, ретельно спостерігайте за людиною для попередження подальших спроб самоушкодження в лікарні.
- ♦ Незалежно від місця розташування людини, забезпечте цілодобовий нагляд за нею доти, поки не пройде безпосередня загроза суїциду.

» Запропонуйте психосоціальну підтримку:

- ♦ Не починайте розмову з пропозицій потенційних способів вирішення проблем особи. Натомість намагайтеся пробудити в ній надію. Наприклад:
 - ▢ *Багато людей, які побували в подібній ситуації, бажали померти, коли відчували, що надії немає, але згодом вони виявляли, що надія насправді є, і їхнє самопочуття з часом покращувалося.*
- ♦ Попросіть людину назвати причини, чому варто жити.
- ♦ Разом пошукайте вирішення проблеми.
- ♦ Залучіть опікунів, друзів, інших осіб, яким довіряє людина, та спільнотні ресурси для спостереження та підтримки людини, допоки вона перебуває під безпосередньою загрозою суїциду. Поясніть їм, що людина потребує цілодобовий нагляд. Упевніться в тому, що вони розробили конкретний та ефективний план (напр., хто коли спостерігає за людиною).
- ♦ Запропонуйте додаткову психосоціальну підтримку, описану у «Принципах зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки» (**>> Загальні принципи надання допомоги**).
- » **Проконсультуйтеся зі спеціалістом у сфері психічного здоров'я, якщо можливо.**

3. Надайте допомогу опікунам відповідно до «Принципів зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки» (**>> Загальні принципи надання допомоги**)

4. Запропонуйте регулярне спостереження та підтримуйте постійний контакт

- ♦ Упевніться в тому, що розроблено **конкретний план проведення подальшого спостереження** і що опікуни взяли на себе відповідальність за те, щоб людина приходила на повторні огляди (**>> «Принципи ведення хвороб» у розділі «Загальні принципи надання допомоги»**).
- ♦ Підтримуйте постійний контакт з особою (напр., по телефону, смс-повідомленнями або відвідуючи її вдома).

- ♦ На початку проводьте повторні огляди часто (напр., щотижня упродовж перших двох місяців); коли стан людини почне покращуватися, частоту зустрічей можна буде зменшити (напр., зустрічатися раз на 2–4 тижні).
- ♦ Продовжуйте спостерігати за людиною, допоки існуватиме ризик суїциду. Під час кожної зустрічі проводьте оцінку суїцидних думок і планів людини.

Інші Значущі Скарги у Сфері Психічного Здоров'я

ІНШ

Хоча в цьому посібнику йдеться про основні психічні, неврологічні розлади та розлади, пов'язані зі споживанням психоактивних речовин (ПНР розлади), особливо важливі в контексті гуманітарних надзвичайних станів, він не охоплює всіх можливих психічних розладів, які можуть розвинути. Отже, метою цього модуля є надання базових рекомендацій щодо початкової підтримки дорослих, підлітків та дітей, які страждають від психічних розладів, не охоплених в інших розділах цього посібника.

Інші скарги щодо психічного здоров'я — це, зокрема:

- (а) численні соматичні симптоми, які не мають явної причини, а також
- (б) зміни в настрої та поведінці, які викликають занепокоєння, але не повністю відповідають критеріям розладів, описаних в інших модулях цього посібника.

Такими скаргами можуть бути легкий депресивний розлад і низка субклінічних розладів.

Інші скарги щодо психічного здоров'я вважаються важкими, якщо вони мають негативний вплив на повсякденне функціонування особи або якщо особа звертається по допомогу щодо них.

Питання оцінки № 1: Чи є фізичні причини, які б повністю пояснювали наявні симптоми?

- » Проведіть загальний **фізичний огляд** особи і після того – відповідне медичне обстеження.
- » Пролікуйте будь-які виявлені причини та перевірте, чи симптоми все ще наявні.

Питання оцінки № 2: Чи це ПНП розлад, описаний в іншому модулі цього посібника?

» Виключіть:

♦ Значні симптоми гострого стресу (>> ГС)

□ Основні ознаки:

- потенційно травматична подія, яка сталася приблизно місяць тому;
- симптоми з'явилися після події;
- особа звернулася по допомогу, аби полегшити симптоми, або тому, що в неї значні труднощі в повсякденному функціонуванні.

♦ Значні симптоми горя (>> ГР)

□ Основні ознаки:

- симптоми з'явилися після вагової втрати;
- особа звернулася по допомогу, аби полегшити симптоми, або тому, що в неї значні труднощі в повсякденному функціонуванні.

♦ Помірний/тяжкий депресивний розлад (>> ДЕП)

□ Основні ознаки (упродовж як мінімум 2 тижнів):

- стійкий пригнічений настрій;
- істотно менший інтерес до діяльності або задоволення від неї, в тому числі й від тієї діяльності, яка раніше приносила задоволення;
- має значні труднощі з повсякденним функціонуванням через симптоми.

♦ Посттравматичний стресовий розлад (>> ПТСР)

□ Основні ознаки:

- потенційно травматична подія сталася приблизно більше, ніж місяць тому;
- повторювані страшні сни, флешбеки* або нав'язливі спогади про події, що супроводжуються сильним страхом або жахом;
- навмисне уникнення того, що нагадує про подію;
- посилене відчуття загрози (надмірне занепокоєння та пильність до загрози або сильна реакція на неочікувані раптові рухи або гучний шум);
- має значні труднощі із повсякденним функціонуванням через симптоми.

♦ Зловживання алкоголем або наркотиками (>> ЗАН).

□ Основні ознаки:

- таке вживання алкоголю або наркотиків, яке призводить до шкоди собі та/або іншим.

♦ Суїцид/самоушкодження (>> СУІ)

□ Основні ознаки:

- теперішні дії, спрямовані на самоушкодження;
- теперішні думки або плани щодо суїциду, або
- нещодавні думки, плани та дії, спрямовані на самоушкодження, у людини, яка сильно пригнічена, збуджена, не бажає спілкуватися або замкнена.

» Якщо ви підозрюєте, що в людини є будь-який із розладів, перелічених вище, перейдіть до відповідного модуля для проведення оцінки та ведення хвороби.

» **Якщо (1) виключено фізичні причини, (2) виключено перелічені вище ПНП розлади, а (3) людина звернулася по допомогу з метою полегшення симптомів або стикається зі значними труднощами у своєму повсякденному функціонуванні через симптоми, тоді у неї інший значущий психічний розлад.**

♦ Зазвичай для того, щоби виключити всі фізичні причини та ПНП розлади, перелічені вище, потрібно більше, ніж одна зустріч.

Питання оцінки № 3: Якщо особа — підліток, чи має вона поведінкову проблему?

» Проведіть розмову як з підлітком, так і з його опікунами, щоб оцінити стійку або тривожну поведінкову проблему. Прикладами може бути:

- ♦ ініціювання насильницьких дій;
- ♦ вживання наркотиків;
- ♦ цькування однолітків або жорстоке ставлення до них;
- ♦ вандалізм;
- ♦ ризикована сексуальна поведінка.

» Якщо підліток має проблемну поведінку, поставте подальші запитання щодо:

- ♦ надзвичайно сильних стресогенних чинників у минулому або теперішньому житті підлітка (напр., сексуальне насильство);
- ♦ виховання (несистемні або жорсткі покарання, обмежена емоційна підтримка, обмежений нагляд, психічний розлад в опікуна);
- ♦ того, як підліток проводить більшість свого часу.

Задайте йому такі питання:

- (якщо підліток ходить до школи) *Що ти робиш після роботи/школи? Чи є щось, чим ти займаєшся постійно?*
- *Чи часто тобі нудно? Що ти робиш, коли тобі нудно?*

Базовий план ведення хвороби



**Не призначайте медикаменти для лікування «інших значущих скарг у сфері психічного здоров'я» (за винятком ситуацій, коли це радить зробити спеціаліст).
Не призначайте ін'єкції вітамінів або інше неефективне лікування.**

1. У всіх випадках (незалежно від того, чи говорить особа про емоційні, фізичні чи поведінкові проблеми) запропонуйте особі базову психосоціальну підтримку, описану у «Принципах зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки» (>>Загальні принципи надання допомоги).

» Опрацюйте **поточні психосоціальні стресогенні чинники**.

» Посиліть соціальну підтримку.
» Навчіть особу управлінню стресом.

2. Якщо не виявлено жодного соматичного захворювання, яке повністю пояснювало б наявні симптоми, визнайте те, що симптоми є реальними та наведіть можливі пояснення.

» Не робіть лабораторних або будь-яких інших аналізів, **якщо немає чіткого медичного показання** до них (напр., патології життєво важливих функцій).

- ♦ Непотрібні клінічні обстеження можуть посилити віру людини в те, що в неї фізична проблема.
- ♦ Клінічні обстеження можуть мати негативну побічну дію.

» Проінформуйте людину про те, що в неї не було виявлено жодної серйозної хвороби. Проінформуйте її про те, що результати її клінічного огляду та лабораторних досліджень є нормальними.

- ♦ *Ми не виявили жодної серйозної фізичної проблеми. На цьому етапі я не бачу потреби у проведенні подальших лабораторних обстежень.*

» Якщо особа наполягає на тому, щоби продовжити обстеження, зважте, чи можливо сказати їй таке:

- ♦ *Проведення непотрібного обстеження може зашкодити вам, тому що воно може призвести до непотрібних хвилювань та побічних дій.*

» **Визнайте те, що симптоми не є уявними**, і що важливо продовжувати працювати над симптомами, які призводять до значного стресу.

» Спитайте, чи **сама** людина може **пояснити** причини цих симптомів. Це може дати вам підказку щодо причини, допомогти сформувати довірчі стосунки з людиною, а також підвищити прихильність особи до ведення хвороби.

» Поясніть, що емоційне страждання/стрес часто призводять до переживання тілесних відчуттів (болю у шлунку, напруження м'язів тощо). Спитайте про можливий зв'язок емоцій/стресу, що їх переживає людина, та симптомів, та обговоріть його.

» Заохочуйте людину продовжувати виконувати повсякденні справи (або знову почати ними займатися).

» Не забувайте також застосовувати «Принципи зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки» (>>Загальні принципи надання допомоги).

3. Якщо особа — підліток із проблемною поведінкою

» **Виділіть час на те, щоби вислухати** бачення проблеми самого підлітка (бажано робити це не в присутності опікунів).

» Проведіть **психоедукацію** підлітка та його опікунів. Поясніть таке:

- ♦ У підлітків іноді з'являється проблемна поведінка, коли вони злятаються, їм нудно, тривожно або сумно. Вони потребують постійного догляду та підтримки незалежно від їхньої поведінки.
- ♦ Опікунам слід докладати всіх можливих зусиль, щоби спілкуватися з підлітком, навіть якщо це складно робити.
- ♦ Конкретна інформація для опікунів:
 - *Спробуйте визначити, чим позитивним ви могли б займатися разом?*
 - *Будьте послідовними в тому, що підлітку можна робити, а що ні.*
 - *Хваліть або винагороджуйте підлітка за хорошу поведінку та коригуйте ту поведінку, яка є найпроблемнішою.*
 - *Ніколи не використовуйте фізичні покарання. Використовуйте хвалу за хорошу поведінку, а не покарання за погану.*

▫ **Не сперечайтесь з підлітком, якщо ви дуже засмучені.** *Почекайте, поки ви заспокоїтеся.*

- ♦ Конкретні питання для обговорення з підлітком:
 - Є здорові способи боротьби з нудьгою, стресом і злістю (напр., діяльність, яка дозволяє розслабитися, фізична активність, участь у житті громади).
 - Розмова з людиною, якій ви довіряєте, про почуття злості, нудьги чи суму може виявитися корисною.
 - Вживання алкоголю та інших речовин може посилити почуття злості та депресії, тому їх слід уникати.
- » Заохочуйте участь у такій діяльності:
 - ♦ У формальній та неформальній освіті.
 - ♦ У конкретній діяльності, в якій є мета та яка важлива для інших осіб (напр., будівництво притулків).
 - ♦ Структуровані спортивні гуртки.
- » Не забувайте також застосовувати «Принципи зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки» (>>Загальні принципи надання допомоги) в роботі з цією групою підлітків та їхніх опікунів.

4. Регулярне спостереження

» Порадьте особі повернутися до закладу охорони здоров'я, якщо симптоми не зникнуть, погіршуватимуться або стануть нестерпними.

» Якщо ви не спостерігаєте покращення або особа чи її опікуни наполягають на тому, щоби продовжити обстеження, проконсультуйтеся зі спеціалістом.

1. Епілепсія/судоми

У людини з епілепсією має бути принаймні два епізоди судом, не спричинених видимою причиною, наприклад, гарячкою, інфекцією, травмою або алкогольним абстинентним синдромом. Ознаками таких епізодів є непритомність, трясіння кінцівок, а також іноді фізичні травми, нетримання сечового міхура/кишківника та укуси язика.

2. Розлади, пов'язані зі вживанням алкоголю або наркотиків

Особа з таким розладом прагне вживати алкоголь або інші речовини, до яких виникає залежність, і має проблеми з контролем вживання таких речовин. У них часто погіршуються особистісні стосунки, ефективність роботи та стан фізичного здоров'я. Особа продовжує вживати алкоголь або інші речовини, до яких виникає залежність, незважаючи на ці проблеми.

3. Інтелектуальні порушення

В особи дуже низький рівень інтелекту, що призводить до проблем у її повсякденному житті. В дитинстві така особа дуже довго вчилася говорити. В дорослому віці така особа може працювати за умови, що завдання є дуже простими. У нечастих випадках такі особи спроможні жити незалежно або доглядати за собою та/або іншими членами родини, які потребують догляду, без підтримки інших. За тяжких порушень у такої особи можуть бути труднощі з говорінням та розумінням інших, і вона може потребувати постійної допомоги.

4. Психотичний розлад (у тому числі – манія)

Особа може бачити або чути речі, яких немає, або твердо вірити в речі, які не є правдою. Вони можуть розмовляти самі з собою, їхнє мовлення може бути сплутаним і незрозумілим, а їхня зовнішність – дивною. Вони можуть недбало ставитися до себе. Або в них можуть бути періоди, коли вони надзвичайно щасливі, дратівливі, енергійні, багато говорять та ризикують. Інші люди, які є представниками тієї ж культури, ставляться до поведінки таких людей як до «божевільної»/дуже дивної. Ця категорія включає в себе гострий психоз, хронічний психоз, манію та делірій.

5. Помірний/тяжкий депресивний розлад/депресія

Повсякденне нормальне функціонування цієї людини значно погіршилося більше, ніж 2 тижні тому, через (а) всеохопний сум/апатію та/або (б) надмірну, неконтрольовану тривожність/страх. Часто погіршуються особистісні стосунки, ефективність роботи та стан фізичного здоров'я. Особа може скаржитися на сильну втому, відгородитися від соціуму, часто залишатися в ліжку переважну частину дня. Поширеними є суїцидні ідеї.

У цю категорію входять люди з такими формами депресії, тривожного розладу та посттравматичного стресового розладу (який характеризується переживанням, уникненням та гіперзбудженням), які призводять до втрати дієздатності. Легші форми цих розладів належать до «інших психологічних скарг».

6. Інші психологічні скарги:

Ця категорія охоплює скарги, пов'язані з емоціями (напр., пригнічений настрій, тривожність), думками (напр., «переживання», слабка увага) або поведінкою (напр., пасивність, агресія, уникнення).

Загалом особи з ними спроможні продовжувати свою повсякденну, нормальну діяльність. Скарга може бути симптомом менш тяжкого емоційного розладу (напр., легших форм депресії, тривожного розладу або посттравматичного стресового розладу) або може бути маніфестацією нормального дистресу (тобто не розладу взагалі).

Критерії включення: Цю категорію слід використовувати лише в тому випадку, якщо (а) людина звернулася по допомогу щодо скарги та якщо (б) людина не підпадає під 5 категорій, наведених вище.

7. Медично непояснені соматичні скарги:

У цю категорію входять будь-які соматичні/фізичні симптоми, які не мають явної органічної причини.

Критерії включення: Цю категорію слід використовувати лише тоді, (а) якщо проведено необхідне фізичне обстеження, (б) якщо особа не підпадає під 6 категорій, наведених вище, а також (в) якщо вона звернулася по допомогу щодо скарги.

Асцит	Патологічне накопичення рідини в черевній порожнині через різні причини.
Акатизія	Суб'єктивний стан неспокою, часто супроводжуваний спостережуваними надмірними рухами (напр., нервові рухи ніг, переступання з ноги на ногу, ходіння, неспроможність сидіти або стояти спокійно).
Амфетаміни	Група наркотиків, які стимулюють активність центральної нервової системи. Вони можуть посилювати психічну настороженість та відчуття бадьорості. Їх можна використовувати як основу для лікування певних захворювань, але вони також є наркотичними речовинами, що ними зловживають та які можуть призвести до розвитку галюцинацій, депресії та серцево-судинних проблем.
Поведінкова активація	Метод психологічного лікування, який зосереджується на покращенні настрою шляхом залучення в дії, орієнтовані на виконання певного завдання та від яких людина колись отримувала задоволення, незважаючи на поточний знижений настрій. Його можна використовувати як окремо, так і як елемент когнітивно-поведінкової терапії.
Бензодіазепіни	Клас медикаментів, які мають седативні (снодійні), протитривожні, протиконвульсивні властивості, а також властивість розслабляти м'язи.
Біполярний розлад	Тяжкий психічний розлад, який характеризується чергуванням між маніакальними та депресивними епізодами.
Пригнічення діяльності кісткового мозку	Пригнічення діяльності кісткового мозку, яке може призвести до недостатнього вироблення червоних кров'яних тілець.
Конопля	Загальна назва різних частин рослини коноплі, з якої виготовляється марихуана, гашиш та гашишна олія. Їх курять або їдять для досягнення стану ейфорії, релаксації та зміненої свідомості. Вони можуть знижувати больовий симптом. Серед шкідливих наслідків – зниження мотивації, збудження та параноя.
Церебральний параліч	Розлад моторних та інтелектуальних здібностей, причиною якого є необоротне ушкодження мозку, який розвивається.
Когнітивний	Психічні процеси, пов'язані з мисленням. Серед них – міркування, запам'ятовування, судження, вирішення проблем і планування.
Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)	Психологічне лікування, яке поєднує когнітивні компоненти (спрямовані на те, щоб людина почала по-інакшому думати, наприклад, шляхом виявлення та критичного розгляду нереалістичних негативних думок) та поведінкові компоненти (спрямовані на те, щоб людина почала по-інакшому діяти, наприклад, допомагаючи людині більше займатися діяльністю, яка приносить їй більше задоволення).
Травмосфокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ-Т)	Психологічне лікування, в основу якого покладено ідею про те, що у людей, постраждалих від травматичної події, є непомічні думки та уявлення, пов'язані з травматичною подією та її наслідками. В результаті цих думок і уявлень формується непомічне уникання нагадувань про подію (події) та підтримується відчуття поточної загрози. Цей метод лікування зазвичай включає в себе експозиційну терапію та критичний розгляд непомічних думок і уявлень, пов'язаних із травмою.
Спільнотна реабілітаційна програма (СРП)	Низка втручань, які впроваджуються завдяки багатосекторній спільнотній стратегії з використанням ресурсів та інституцій громади. Її метою є досягнення реабілітації людей шляхом посилення якості життя людей з інвалідністю та їхніх родин, задоволення їхніх базових потреб та забезпечення їхнього включення у життя громади та участі в ній.
Делірій	Тимчасовий мінливий стан психіки, який характеризується порушенням уваги (тобто зниженням спроможності спрямовувати, фокусувати, підтримувати та переводити увагу) та свідомості (тобто зниженням орієнтації в навколишньому середовищі), який розвивається упродовж короткого періоду часу та змінюється упродовж дня. Він супроводжується (іншими) порушенням сприйняття, пам'яті, мислення, емоцій або психомоторних функцій. До нього можуть призвести гострі фізичні причини, такі, як інфекції, медикаменти, метаболічні розлади, сп'яніння від вжитих речовин або абстинентний синдром.
Маячня	Тверда впевненість у чомусь, що суперечить наявним доказам. Її неможливо змінити за допомогою раціональних аргументів, її також не приймають інші представники тієї ж культури або субкультури, до якої належить особа (напр., ця впевненість не є елементом релігійної віри).
Залежність	Люди є залежними від речовини (наркотиків, алкоголь або тютюну), якщо в них розвиваються неприємні когнітивні, поведінкові та фізіологічні симптоми за відсутності цих речовин. Такі симптоми абстинентного синдрому призводять до того, що вони прагнуть вживати більше цієї речовини. Вони неспроможні контролювати вживання цієї речовини та продовжують її вживати, не зважаючи на серйозні наслідки.

¹⁰ Glossary terms are marked with the asterisk symbol * in the text.

¹¹ The operational definitions included in this glossary are for use only within the scope and context of the publication mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies (WHO & UNHCR, 2015).

Розширені/звужені зіниці	Зіниці (чорна частина ока) — це отвір у центрі райдужної оболонки ока, який регулює кількість світла, що потрапляє в око. У нормі зіниці звужуються (зменшуються) на світлі для того, щоби захистити задню стінку ока, та розширюються (збільшуються) у темряві для того, щоб в око потрапляла максимальна кількість світла. Розширені або звужені зіниці можуть бути ознакою того, що людина перебуває під впливом наркотиків.
Синдром Дауна	Генетичний розлад, який спричиняється зайвою хромосомою 21. Він пов'язаний з інтелектуальними порушеннями різного рівня, затримками у фізичному розвитку та характерними рисами обличчя.
Вплив препарату на супутні захворювання	Ситуація, коли лікарський препарат, призначений для лікування одного захворювання, впливає на інше захворювання тієї самої людини.
Взаємодія одного лікарського препарату з іншими	Ситуація, коли два лікарських препарати, що їх вживає одна людина, взаємодіють, причому може змінитися дія або одного з них, або обох. Серед таких змін — зменшення сили дії одного препарату, посилення або прискорення його дії або токсичність.
Екстрапірамідалні побічні дії	Патологія рухів м'язів, в основному спричинена антипсихотичними препаратами. Серед них — тремор м'язів, ригідність, спазми та/або акатизія.
Десенсибілізація та переробка травмуючих переживань за допомогою руху очей (ДПРО)	Психологічне лікування, в основу якого покладено ідею про те, що негативні думки, почуття та поведінка є результатом непропрацьованих спогадів. Терапія полягає у стандартних процедурах, які включають у себе концентрацію уваги водночас на (а) спонтанних асоціаціях на травматичні образи, думки, емоції та тілесні відчуття та (б) двосторонній стимуляції, яка зазвичай забезпечується шляхом повторюваних рухів очей.
Флешбек	Епізод, коли на хвилину людина вірить у те, наче вона повернулася у час події, проживаючи її знову, а отже — діє відповідним чином. Люди, які мають флешбеки, зазвичай на кілька секунд або хвилин втрачають зв'язок із реальністю.
Галюцинації	Хибне сприйняття реальності: людина чує, бачить речі, яких немає, відчуває їх на доторк чи відчуває їхній запах.
Гепатична енцефалопатія	Патологічний психічний стан, який включає в себе сонливість, дезорієнтацію або кому, спричинену дисфункцією печінки.
Гіпертіреозидизм	Розлад, за якого щитовидна залоза виробляє та виділяє надмірну кількість гормонів щитовидної залози. Деякі симптоми цього розладу (делірій, тремор, високий кров'яний тиск та прискорене серцебиття) можливо сплутати з алкогольним абстинентним синдромом.
Гіпервентиляція	Патологічно швидке дихання, яке призводить до гіпокапнії (занизький вміст CO ₂ у крові) Це може спричинитися до характерних симптомів лоскоту або відчуття голок у пальцях та навколо рота, болю в грудях і запаморочення.
Гіпоглікемія	Патологічно низька концентрація глюкози (цукру) у крові.
Гіпонатріємія	Патологічно низька концентрація натрію (солі) у крові.
Гіпотіреозидизм	Патологічно низька робота щитовидної залози. У дорослих може спричинити низку симптомів (втома, летаргія, набір ваги та знижений настрій), які можна сплутати з депресією. Якщо він є при народженні та його не пролікувати, він може призвести до інтелектуальних порушень та затримки росту.
Міжособистісна терапія (МОТ)	Психологічне лікування, яке зосереджується на зв'язку між депресивними симптомами та міжособистісними проблемами, особливо пов'язаними з втратою, конфліктом, ізоляцією та значними змінами в житті.
Нав'язливі спогади	Повторювані, небажані, тривожні спогади про травматичну подію.
Дефіцит йоду	Розлад, за якого тілу бракує йоду, необхідного для нормальної роботи щитовидної залози, що впливає на зріст та розвиток особи.
Кат	Листя куща <i>Catha edulis</i> , у якому міститься речовина-стимулятор. Це і рекреаційний наркотик, і наркотик, що ним зловживають, і який може призвести до залежності.
Перекочування за методом «колоди»	Метод перевертання людини з боку на бік, не згинаючи її спини або шиї для попередження травми хребта.
Медично не пояснюваний параліч	Часткова або повна втрата сили в будь-якій частині тіла без явної органічної причини.
Менінгеальний синдром	Подразнення шарів тканин, які вкривають мозок і спинний мозок, причиною якого зазвичай є інфекція.
Метаболічний розлад	Розлад, пов'язаний із гормонами, мінералами, електролітами або вітамінами, які містяться в тілі людини.
Туга	Процес, завдяки якому людина, яка тужить, зосереджує свою увагу на померлій людині, прощається з нею та увічніює пам'ять про неї як у приватному просторі, так і в публічному. Туга зазвичай включає в себе такі ритуали, як похорон і традиційну поведінку, наприклад, людина змінює одяг, залишається вдома, постить.
Нейроінфекція	Інфекція, яка розповсюджується в мозку та/або спинному мозку.

Злоякісний нейролептичний синдром	Нечастий, але небезпечний для життя розлад, до якого призводять антипсихотичні препарати, який характеризується гарячкою, делірієм, ригідністю м'язів та високим кров'яним тиском.
Нестероїдні протизапальні препарати (НПП)	Група препаратів, яка використовується для зупинки запальних процесів. Їх часто використовують для знеболення (наприклад, ібупрофен є НПП).
Опіат	Наркотичний препарат, що виробляється з опіумного маку. Опіати є надзвичайно ефективними знеболювальними, але вони можуть призвести до розвитку залежності. Героїн – це опіат.
Ортостатична гіпотензія	Раптове падіння кров'яного тиску, яке може статися, коли людина змінює позу (лежить, потім сідає або встає), що призводить до відчуття запаморочення різного ступеня. Вона не є небезпечною для життя.
Політерапія	Призначення більше, ніж одного медикаменту, одночасно для лікування одного розладу.
Потенційно травматична подія	Будь-яка загрозна або страшна подія, наприклад, фізичне або сексуальне насильство (в тому числі й домашнє насильство), присутність при звірствах, серйозна аварія або фізичні травми. Те, чи переживатиме людина такі події як травматичні, чи ні, залежить від її емоційної реакції на них.
Консультування за методом рішення проблем	Психологічне лікування, яке включає в себе систематичне використання ідентифікації проблеми та технік вирішення проблем упродовж низки сесій.
Техніки рішення проблем	Техніки, які включають у себе роботу спільно із людиною, спрямовану на те, щоб за допомогою мозкового штурму підібрати рішення визначених проблем і стратегії копінгю з ними, визначити їхню пріоритетність та обговорити те, як впровадити ці рішення та стратегії у життя. У Посібнику mhGAP термін «консультування, спрямоване на вирішення проблем», використовується на означення того, що ці техніки використовуються систематично упродовж низки сесій.
«Псевдосудоми»	Епізод, який може бути схожим на епілептичні судоми, але не є ними. Вони можуть дуже нагадувати епілептичні судоми, зокрема, зміною у свідомості та рухах, хоча укуси язика, значні синці через падіння та нетримання сечі трапляється рідко. Під час таких епізодів немає електричної активності, характерної для епілептичних судом. Причиною цих симптомів не є неврологічний розлад чи прямиий вплив речовини або лікарського препарату. У пропозиціях до МКХ-11 такі епізоди включено в розділ про дисоціативні моторні розлади.
Психологічна перша допомога (ППД)	Надання підтримувальної допомоги людям, які переживають дистрес та нещодавно постраждали від кризової події. Така допомога включає в себе оцінку нагальних потреб і побоювань; забезпечення нагальних фізичних потреб, надання чи мобілізацію соціальної підтримки, а також захист від подальшої шкоди.
Регресивна поведінка	Поведінка, яка є невідповідною даному віку дитини, але є відповідною для когось, молодшого за віком. Розповсюдженими прикладами є нічний енурез та чіпляння у дітей.
Респіраторна депресія	Неадекватно повільний темп дихання, який призводить до кисневої недостатності. Поширеними причинами є травма головного мозку та сп'яніння (напр., через бензодіазепіни).
Судоми	Епізод порушень у роботі мозку через патологічну електричну діяльність.
Самоушкодження	Навмисно скоєне щодо себе отруєння або травмування, метою якого може бути фатальний намір або наслідок, але не обов'язково.
Самолікування	Призначення самому собі алкоголю або наркотиків (у тому числі – рецептурних лікарських препаратів) для полегшення фізичних або психологічних проблем без консультації з медичним працівником.
Сепсис	Небезпечний для життя розлад, до якого спричиняється тяжка інфекція, з такими ознаками як гарячка, порушення роботи системи кровообігу та дисфункції органів тіла.
Шок	Стан, за якого система кровообігу людини припиняє функціонувати в результаті інфекції або інших токсинів, причому кров'яний тиск може впасти до рівня, недостатнього для виживання. Ознаки включають у себе низький або невиявлюваний кров'яний тиск, холодну шкіру, слабкий або відсутній пульс, затруднене дихання та змінений стан свідомості.
СІЗЗС	Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну: клас антидепресантів, які вибірково блокують захоплення серотоніну. Серотонін – це хімічний провідник (нейротрансмітер) мозку, який, як вважається, впливає на настрої людини. Флуоксетин – це СІЗЗС.
Стероїди	Група гормонів, доступних як лікарські препарати, які мають важливі функції, в тому числі для пригнічення запальних реакцій на інфекції, токсини та інші розлади, пов'язані з роботою імунної системи. Прикладами стероїдних медикаментів є глюкокортикоїди (напр., преднізолон) та гормональні протизаплідні препарати.
Синдром Стівенса-Джонса	Небезпечне для життя захворювання шкіри, яке характеризується болісним відшаровуванням шкіри, утворенням виразок, пухирів і струпів на слизових ділянках (рота, губ, горла, язика, очей та статевих органів) та іноді супроводжується гарячкою. Найчастіше є тяжкою реакцією на лікарські препарати, особливо на протиепілептичні препарати.
Суїцид	Дія, за якої людина навмисно спричиняє власну смерть.
ТЦА	Трициклічні антидепресанти: клас антидепресантів, які блокують захоплення таких нейротрансмітерів, як норадреналін і серотонін. Приклади: амітриптілін та кломіпрамін.

Толерантність	Зменшення сили дії наркотику за вживання тої ж самої дози. Це є результатом того, що тіло звикає до наркотику через повторюване вживання. Тоді для досягнення попередньої сили дії потрібні вищі дози наркотику.
Токсичний епідермальний некроліз	Небезпечне для життя відшарування шкіри, яке зазвичай спричиняється реакцією на медикаменти або інфекцію. Подібне до синдрому Стівенса-Джонса, але тяжче.
Трамадол	Рецептурний опіат, використовуваний як знеболювальне. Ним іноді зловживають, оскільки він може викликати відчуття ейфорії (відчуття «під кайфом» або радості).
Тремор	Тремтіння, зазвичай пальців.
Уросепсис	Сепсис, який виникає внаслідок інфекції сечовивідного каналу.

Додаток 3 Показчик симптомів

Тривожність	Гострий стрес (ГС) Помірний/тяжкий депресивний розлад (ДЕП) Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) Психоз (ПСИ) Зловживання алкоголем і наркотиками (ЗАН)
Проблеми з апетитом	Гострий стрес (ГС) Горе (ГР) Помірний/тяжкий депресивний розлад (ДЕП)
Нічний енурез	Гострий стрес (ГС) Інтелектуальні порушення (ІН)
Дезорієнтація	Психоз (ПСИ) Епілепсія/судоми (ЕПІ) Зловживання алкоголем і наркотиками (ЗАН)
Маячня	Психоз (ПСИ)
Труднощі із виконанням звичайної роботи	Гострий стрес (ГС) Горе (ГР) Помірний/тяжкий депресивний розлад (ДЕП) Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) Психоз (ПСИ) Інтелектуальні порушення (ІН) Зловживання алкоголем і наркотиками (ЗАН)
Флешбеки	Гострий стрес (ГС) Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)
Галюцинації	Психоз (ПСИ) Зловживання алкоголем і наркотиками (ЗАН)
Безнадія	Горе (ГР) Помірний/тяжкий депресивний розлад (ДЕП) Суїцид (СУІ)

Гіпервентиляція	Гострий стрес (ГС)
Нетримання	Епілепсія/судоми (ЕПІ) Інтелектуальні порушення (ІН)
Безсоння	Гострий стрес (ГС) Горе (ГР) Помірний/тяжкий депресивний розлад (ДЕП) Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) Зловживання алкоголем і наркотиками (ЗАН)
Нав'язливі спогади	Гострий стрес (ГС) Горе (ГР) Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)
Дратівливість	Гострий стрес (ГС) Горе (ГР) Помірний/тяжкий депресивний розлад (ДЕП) Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) Зловживання алкоголем і наркотиками (ЗАН)
Труднощі в навчанні	Інтелектуальні порушення (ІН)
Низький рівень енергії	Горе (ГР) Помірний/тяжкий депресивний розлад (ДЕП)
Брак інтересу, насолоди	Гострий стрес (ГС) Горе (ГР) Помірний/тяжкий депресивний розлад (ДЕП)
Недотримання гігієни	Психоз (ПСИ) Інтелектуальні порушення (ІН) Зловживання алкоголем і наркотиками (ЗАН)
Зниження рівня концентрації	Гострий стрес (ГС) Горе (ГР) Помірний/тяжкий депресивний розлад (ДЕП) Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) Зловживання алкоголем і наркотиками (ЗАН)
Сумний настрій	Горе (ГР) Помірний/тяжкий депресивний розлад (ДЕП)
Судоми, конвульсії	Епілепсія/судоми (ЕПІ) Зловживання алкоголем і наркотиками (ЗАН)
Самоушкодження	Суїцид (СУІ)
Соціальне відчуження	Гострий стрес (ГС) Горе (ГР) Помірний/тяжкий депресивний розлад (ДЕП) Психоз (ПСИ)
Непояснювані фізичні симптоми	АГострий стрес (ГС) Горе (ГР) Помірний/тяжкий депресивний розлад (ДЕП) Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

Європейське регіональне бюро ВООЗ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) – спеціалізована установа Організації Об'єднаних Націй, створена у 1948 році, основна сфера відповідальності якої – вирішення міжнародних проблем охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро ВООЗ – один із шести регіональних офісів, розташованих по всьому світу. Кожен із цих офісів має власну програму діяльності, пристосовану до особливостей країн, які обслуговує.
Країни-члени

Албанія
Андорра
Вірменія
Австрія
Азербайджан
Білорусь
Бельгія
Боснія і Герцеговина
Болгарія
Хорватія
Кіпр
Чеська Республіка
Данія
Естонія
Фінляндія
Франція
Грузія
Німеччина
Греція
Угорщина
Ісландія
Ірландія
Ізраїль
Італія
Казахстан
Киргизстан
Латвія
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Чорногорія
Нідерланди
Норвегія
Польща
Португалія
Республіка Молдова
Румунія
Російська Федерація
Сан-Марино
Сербія
Словаччина
Словенія
Іспанія
Швеція
Швейцарія
Таджикистан
Колишня югославська Республіка Македонія
Туреччина
Туркменістан
Україна
Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії
Узбекистан

Оригінал: англійською мовою

Під час гуманітарних надзвичайних станів у загальних закладах охорони здоров'я має бути принаймні один медичний працівник, який, працюючи під супервізією, буде спроможний оцінювати та вести пацієнтів із психічними, неврологічними розладами та розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин.

«Посібник mhGAP з надання допомоги під час гуманітарних надзвичайних станів» – простий ресурс, орієнтований на практичну роботу, метою якого є досягнення цієї мети.

ВСЕСВІТНЯ ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЄВРОПЕЙСЬКЕ РЕГІОНАЛЬНЕ БЮРО

Бюро ВООЗ в Україні
04070, Київ, Україна

вул. Боричів Тік, 30

Тел.: +38 044 425 88 28

Факс: +38 044 425 88 31

Ел. пошта: whoukr@euro.who.int

www.euro.who.int/ukraine

