



**РУКОВОДСТВО  
ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ НЕСПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ  
МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**Программа действий ВОЗ по ликвидации пробелов  
в области психического здоровья**

**«Согласовано»**  
**Руководитель врач**  
**ГУ Центр медицины катастроф**  
**Министерства по чрезвычайным**  
**ситуациям Республики Казахстан**  
**С. Арипбаев**



2021г.

**«Утверждаю»**  
**Генеральный директор РГП на ПХВ**  
**«Республиканский научно-практический**  
**центр психического здоровья» МЗ РК**  
**Ж. Алтынбеков, д.м.н.**



2021г.

Настоящее Руководство разработано группой специалистов – психологов/психиатров на основании адаптированных материалов ВОЗ по ликвидации пробелов в области психического здоровья в рамках проекта Центра по чрезвычайным ситуациям и снижению риска стихийных бедствий и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Казахстане «Развитие беспилотной авиации в целях предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций с фокусом на уязвимые группы населения».

#### **Разработчики**

**Абетова Айгулим Абдурасуловна**, к.м.н. - Руководитель отдела научного менеджмента и образования РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК.

**Сычугова Наталья Сергеевна** - Руководитель лаборатории отдела по оказанию экстренной психологической помощи ГУ Центр медицины катастроф МЧС РК.

**Жакубекова Динара Бакитовна** - Руководитель отдела, психолог оказания экстренной психологической помощи ГУ Центр медицины катастроф МЧС РК.

#### **Координаторы**

**Стативкина Анна Вячеславовна** - Координатор программы по изменению климата, снижению рисков бедствий и профилактики травматизма детей Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Казахстане

**Оспанов Бахтияр Маратович** – главный эксперт Центра по чрезвычайным ситуациям и снижению риска стихийных бедствий

**Алматы 2021 год**

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Введение</b>	<b>4</b>
<b>Советы руководителям клиник</b>	<b>7</b>
<b>Общие Принципы оказания помощи людям с психическими и неврологическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением наркотиков и других веществ, в условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций</b>	<b>12-25</b>
1. Принципы общения	12
2. Принципы оценки	14
3. Принципы лечения	15
4. Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки	18
5. Принципы защиты прав человека	21
6. Принципы заботы об общем благополучии	24
<b>Модули</b>	<b>26-98</b>
Острое стрессовое расстройство (ОСР)	26
Горе (ГОРЕ)	33
Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП)	37
Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	47
Психозы (ПСИ)	51
Эпилепсия/Припадки (ЭПИ)	62
Умственная отсталость (УО)	73
Пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ)	80
Суицид (СУИ)	89
Прочие значимые жалобы, связанные с психическим здоровьем (ПРОЧ)	94
<b>Приложения</b>	<b>99-115</b>
Приложение 1. Определения случаев в соответствии с системой медико-санитарной информации УВКБ ООН (2014 г.)	99
Приложение 2. Словарь терминов	101
Приложение 3. Указатель симптомов	111
Приложение 4. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при острых отравлениях на догоспитальном этапе	114
<b>Заключение</b>	<b>116</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

Настоящее руководство – версия «Руководства mhGAP ВОЗ по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ, в неспециализированных медицинских учреждениях», адаптированная для использования в чрезвычайных гуманитарных ситуациях. Соответственно, оно называется «Руководство по гуманитарной помощи mhGAP» (mhGAP-HIG).

### ***Что такое mhGAP?***

**Программа действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP)** – программа ВОЗ, направленная на компенсацию **нехватки медицинской помощи** людям, страдающим от психических и неврологических расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ). В рамках этой программы в 2010 г. было выпущено «Руководство mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств» (mhGAP-IG). Руководство mhGAP-IG – клиническое руководство по психическим и неврологическим расстройствам, а также расстройствам, связанным с употреблением наркотиков и других веществ, для **медицинских работников общего профиля**, работающих в **неспециализированных медицинских учреждениях**, в особенности в странах с низким и средним уровнем доходов. К ним относятся врачи общей практики, медсестры, акушерки и клиницисты, а также врачи, не специализирующиеся в психиатрии и неврологии.

Помимо клинического руководства, программа mhGAP предоставляет ряд инструментов, облегчающих ее реализацию и полезных для анализа ситуации, адаптации клинических протоколов к местным особенностям, планирования программ, обучения, контроля и мониторинга:

### ***Почему нужно адаптироваться к условиям гуманитарных чрезвычайных ситуаций?***

Чрезвычайные гуманитарные ситуации включают широкий спектр кратковременных и длительно сохраняющихся чрезвычайных ситуаций, вызванных вооруженными конфликтами, а также природными и промышленными катастрофами. Чрезвычайные гуманитарные ситуации часто сопровождаются массовым переездом населения в другую местность. В таких условиях потребности населения в базовых услугах превышают местные возможности, поскольку местная система может быть повреждена вследствие чрезвычайной ситуации. Имеющиеся ресурсы зависят от масштаба и доступности местной, национальной или международной гуманитарной помощи.

Гуманитарный кризис создает ряд проблем, а также предоставляет медицинским работникам уникальные возможности. Возможности включают усиление политической воли и увеличение ресурсов для оказания и улучшения услуг в области охраны психического здоровья.

Проблемы включают:

- повышенную срочность расстановки приоритетов и распределения имеющихся ресурсов;
- ограниченное время на обучение медицинских работников;
- ограниченный доступ к специалистам (для обучения, контроля, менторства, направления к специалистам или консультации с ними);

- ограниченный доступ к лекарственным средствам в связи с нарушением обычных каналов поставок.

«Руководство по гуманитарной помощи mhGAP» было разработано для решения этих проблем, характерных для гуманитарных чрезвычайных ситуаций.

### **Содержание этого руководства**

«Руководство по гуманитарной помощи mhGAP» содержит **рекомендации для медицинских работников общего профиля по первоочередному лечению расстройств ПНВ в чрезвычайных гуманитарных ситуациях, когда ограничен доступ к специалистам и ограничены возможности лечения.**

Это руководство представляет собой выдержки самой важной информации из полной версии документа mhGAP-IG и включает дополнительные элементы, характерные для условий гуманитарных чрезвычайных ситуаций.

### **Это руководство охватывает:**

- советы руководителям клиник;
- общие принципы оказания помощи в условиях гуманитарных чрезвычайных ситуаций, в том числе:
  - оказание межсекторальной поддержки в соответствии с **«Руководящими принципами МПК по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке в чрезвычайных ситуациях»** (МПК, 2007 г.), **«Оперативными руководящими принципами по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке беженцев»** (УВКБ ООН, 2013 г.) и другими инструментами для чрезвычайных ситуаций - *Согласно Приказа Министра здравоохранения РК от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020 «Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан», в соответствии со статьей 138 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Постановления Правительства Республики Казахстан от 26 ноября 2020 года № 796 «Об утверждении порядка, видов и объема медицинской помощи населению при чрезвычайных ситуациях, введении режима чрезвычайного положения».*
  - инструкции по снижению стресса;
- краткие разделы по оценке, лечению и принятию мер в отношении:
  - острого стрессового расстройства (ОСР);
  - горя (ГОРЕ);
  - депрессивного расстройства средней или тяжелой степени (ДЕП);
  - посттравматического стрессового расстройства (ПТСР);
  - психозов (ПСИ);
  - эпилепсии/припадков (ЭПИ);
  - умственной отсталости (УО);
  - пагубного употребления алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ);
  - суицида (СУИ);

➤ прочих значимых жалоб, связанных с психическим здоровьем (ПРОЧ)

***Другие изменения включают:***

- Руководящие принципы по расстройствам поведения были изменены на руководящие принципы по нарушениям поведения у подростков и приведены в разделе о прочих значимых жалобах, связанных с психическим здоровьем (ПРОЧ).
- Раздел **«Оценка и лечение состояний, связанных исключительно со стрессом: модуль Руководства mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств»** (ВОЗ, 2013 г.) был разделен на три части: острое стрессовое расстройство (ОСР), горе (ГОРЕ) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).
- Был добавлен список терминов. Определения терминов, отмеченных звездочкой (\*), приведены в приложении 2.

Это руководство значительно короче, чем руководство mhGAP-IG. Оно не содержит рекомендации относительно:

- алкогольной и лекарственной интоксикации и зависимости\* (*однако в этом руководстве рассказывается о синдроме отмены алкоголя и пагубном употреблении алкоголя и наркотических средств*);
- синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (*однако в разделе этого руководства по прочим значимым жалобам, связанным с психическим здоровьем, рассматриваются нарушения поведения у подростков*);
- расстройств аутистического спектра;
- деменции (*однако в «Общих принципах помощи» в этом руководстве даны рекомендации по оказанию поддержки лицам, осуществляющим уход за людьми с любым расстройством ПНВ*);
- ситуаций, не связанных с непосредственным риском самоповреждения;
- второочередного лечения большинства расстройств ПНВ.

Руководящие принципы по этим вопросам представлены в полном руководстве ***mhGAP-IG***.

## **СОВЕТЫ РУКОВОДИТЕЛЯМ КЛИНИК**

Включение психических и неврологических расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ), в общую охрану здоровья должно контролироваться руководителем (*например, городского/областного управления здравоохранения, директором/главным врачом лечебно-профилактического учреждения и пр.*), ответственным за разработку и координацию оказания помощи в нескольких медицинских учреждениях, в зависимости от результатов анализа ситуации (*см. инструментарий для оценки ВОЗ и УВКБ ООН [2012 г.]*). В каждом медицинском учреждении есть руководитель клиники (*директор/главный врач медицинского учреждения*) с соответствующими обязанностями. Руководители клиник должны учитывать следующие аспекты.

### ***Обстановка***

- Выделите специальное место, желательно отдельную комнату, для консультаций по расстройствам ПНВ. Если отдельной комнаты нет, постарайтесь огородить это место занавесками или другим образом для создания уединенной обстановки.
- Рассмотрите возможность не ставить никаких опознавательных знаков, чтобы люди не избегали услуг, оказываемых лицам с ПНВ, из боязни общественного осуждения.

### ***Модель оказания услуг***

- Рассмотрите возможность всегда оставлять на месте хотя бы одного обученного сотрудника в качестве «дежурного по ПНВ», т. е. лица, ответственного за оценку и лечение людей с расстройствами ПНВ.
- Либо рассмотрите возможность раз в неделю или раз в две недели организовывать «клинику ПНВ» в неспециализированном медицинском учреждении в те часы, когда это учреждение менее загружено. Людей, приходящих за помощью в часы, когда клиника ПНВ не работает, можно вежливо попросить вернуться в часы ее работы. Организация клиники ПНВ может быть полезна в загруженных медицинских учреждениях, в особенности для проведения первичной оценки, которая обычно занимает больше времени, чем последующие посещения.

### ***Набор и обучение сотрудников***

- Расскажите всем сотрудникам о необходимости создания поддерживающей обстановки для всех людей с расстройствами ПНВ.
- Определите, кто из сотрудников пройдет обучение помощи людям с ПНВ.
- Убедитесь в наличии ресурсов не только для обучения, но и для контроля. Клинический **контроль** сотрудников обязателен для оказания качественной помощи людям с ПНВ.
- Если только несколько человек могут пройти обучение по этому руководству, убедитесь, что остальной персонал может по крайней мере оказать первую психологическую помощь (ППП)\*. Ознакомление с принципами ППП занимает примерно полдня.
- Обучите регистратора приемного отделения (или человека на аналогичной должности) обращению с людьми в состоянии тревожного возбуждения, которые могут нуждаться в неотложной помощи или требовать ее

предоставления.

- Обучите работников и волонтеров из местного населения, если таковые имеются, как а) повысить осведомленность о помощи людям с ПНВ (*см. ниже*), б) помочь людям с расстройствами ПНВ обратиться за помощью в клинику или в) помочь с последующим лечением.
- Рассмотрите возможность направить кого-либо из медицинских работников на обучение психосоциальной поддержке (*например, проведению кратких курсов психотерапии, организации групп взаимопомощи, обучению управлению стрессом*) и возложить на этого человека обязанность по оказанию этого вида помощи под контролем другого сотрудника.
- Ознакомьте всех сотрудников с местными мероприятиями по охране населения:
  - требования к информированному согласию и его ограничения, в том числе сообщение о подозреваемом жестоком обращении с детьми, о сексуальном насилии и насилии, совершаемом на основании полового признака, и о других нарушениях прав человека;
  - Выявление, отслеживание и воссоединение семей. В особенности следует защищать детей, разлученных с семьей, и помогать в организации временного ухода за ними, если он требуется.
- Если к клинике с целью контроля прикреплены медицинские работники из разных регионов страны, их следует ознакомить с особенностями культуры и условиями данного региона.
- Расскажите всем сотрудникам, как направить человека в имеющиеся службы.

### ***Направление к специалистам***

- Убедитесь, что в клинике есть актуальные контактные данные для направления к специалистам для лечения расстройств ПНВ.
- Убедитесь, что в клинике есть актуальные контактные данные других доступных источников поддержки в регионе (*например, для удовлетворения основных потребностей, таких как убежище и пища, социальные и общественные ресурсы и услуги, защита и юридическая поддержка*).

### ***Повышение осведомленности о доступных услугах***

- Подготовьте сообщения для населения о доступной помощи ПНВ (*например, цель и важность помощи ПНВ, доступные в клинике услуги, местонахождение и часы работы клиники*).
- Обсудите сообщения с руководителями местных исполнительных органов.
- Используйте различные каналы распространения информации, такие как радио, телевидение, интернет-сайты, чаты и каналы; объявления в медицинских учреждениях, сотрудники местных исполнительных органов или другие ресурсы, посредством которых можно проинформировать население.
- При необходимости рассмотрите возможность обсудить сообщения с местными врачами, практикующими народную и местную медицину, которые могут оказывать помощь людям с расстройствами ПНВ и могут быть готовы к сотрудничеству и направлению некоторых людей к специалистам

(принципы см. в «Руководящих принципах МПК по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке в чрезвычайных ситуациях» [МПК, 2007 г.]); Приказ Министра здравоохранения РК от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020 «Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан», в соответствии со статьей 138 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

- Обратитесь к маргинализированным группам, которые могут не знать о клинике или не иметь доступа к ней. (Например, группы людей, не воспринимающих клинические проявления психических и поведенческих расстройств как патологию; группы людей, отвергающих положительные эффекты медицины и утверждающие свою собственную систему взглядов и т.д.).

### **Лекарственные средства**

Вместе с лицами, принимающими решения, обеспечьте **непрерывные поставки жизненно важных лекарственных средств**.

Всегда должны быть доступны:

- хотя бы один нейролептик (в таблетках и инъекционной форме);
- хотя бы одно противопаркинсоническое средство (для устранения потенциальных экстрапирамидных побочных эффектов\*) (в таблетках);
- хотя бы одно противосудорожное/противоэпилептическое средство (в таблетках, и инъекционной форме);
- хотя бы один антидепрессант (в таблетках) и
- хотя бы один анксиолитик (в таблетках и инъекционной форме).

У вас может быть доступ к следующим психотропным лекарственным средствам (Приказ Министра здравоохранения РК от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020 «Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан», Минимальный перечень лекарственных средств и медицинских изделий станции скорой медицинской помощи; Постановления Правительства Республики Казахстан от 16 октября 2020 года № 672 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» (далее - ГОБМП):

- Амитриптилин в таблетках: таблетки по 25 мг
- Тригексифенидил в таблетках: таблетки по 2 мг
- Диазепам в таблетках: таблетки по 5 мг
- Диазепам для инъекций: 5 мг/мл, 2 мл/ампула
- Галоперидол в таблетках: таблетки по 1,5 мг и 5 мг
- Галоперидол для инъекций: 5 мг/мл, 1 мл/ампула
- Левомепромазин, таблетки по 25 мг, раствор для инъекций 25мг/мл
- Хлорпромазин, таблетки/драже по 25/100 мг, раствор для инъекций 25мг/мл (ампулы по 2 мл /50 мг)
- Вальпроевая кислота, раствор для инъекций 100 мг/мл

- и др.

У вас может быть доступ к необходимым медицинским препаратам, согласно Постановления Правительства Республики Казахстан от 26 ноября 2020 года № 796 «Об утверждении порядка, видов и объема медицинской помощи населению при чрезвычайных ситуациях, введении режима чрезвычайного положения» (психотропные препараты в количестве 160 ампул).

Необходимо помнить, что назначение лечения должно быть в соответствии с протоколами диагностики и лечения соответствующих нозологий, одобренными МЗ РК при выявлении у лица психических и поведенческих расстройств.

Количество лекарственных средств в перечне лекарственных средств и медицинских изделий станции скорой медицинской помощи недостаточно для программ активного выявления и лечения эпилепсии, психоза и депрессии. В таких случаях потребуются дополнительные лекарственные средства из ГОБМП (согласно Постановления Правительства Республики Казахстан от 16 октября 2020 года № 672 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»).

В долгосрочной перспективе необходимое количество лекарственных средств определяется по потребностям.

В дополнение к психотропным препаратам в наличии должен быть **атропин** для лечения острого отравления пестицидами, частой формы самоповреждения. Атропин входит в перечень лекарственных средств и медицинских изделий станции скорой медицинской помощи (1 мг/мл, 1 мл/ампула), а также Натрия тиосульфат, раствор для инъекций 30% /10 мл.

В дополнение к психотропным препаратам в наличии должен быть **налоксон** для лечения острого отравления опиатами. Налоксон входит в перечень лекарственных средств и медицинских изделий станции скорой медицинской помощи (Налоксон, раствор для инъекций 0,04% /1 мл).

Убедитесь, что все лекарственные средства хранятся в надежном месте, согласно Закона Республики Казахстан от 10 июля 1998 года № 279-І «О наркотических средствах, психотропных веществах, их аналогах и прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими» *(с изменениями и дополнениями по состоянию на 07.07.2020 г.)*

### **Управление информацией**

Обеспечьте конфиденциальность. Медицинские карты следует хранить в надежном месте, согласно Приказов Министра здравоохранения РК «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения» от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 и «Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению РК» от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020.

Определите, какие данные нужно вводить в систему медико-санитарной информации согласно Приказа Министра здравоохранения РК «О некоторых вопросах оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья» от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-203/2020.

Проводите документирование расстройств ПНВ (см. приложение 1) согласно Приказа Министра здравоохранения РК от 10 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-244/2020

«Об утверждении правил ведения первичной медицинской документации и представления отчетов».

В острой фазе масштабных чрезвычайных ситуаций лица, принимающие решения в области здравоохранения, могут быть не готовы добавить пункты в систему медико-санитарной информации. В такой ситуации следует добавить в эту систему хотя бы пункт под названием «психические, неврологические расстройства и расстройства, связанные с употреблением наркотиков и других веществ», согласно Приказа Министра здравоохранения РК «Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению РК», 30 ноября 2020 года No ҚР ДСМ-224/2020.

Собирайте и анализируйте данные и отчитывайтесь о результатах перед лицами, принимающими решения в области здравоохранения, согласно Приказа Министра здравоохранения РК от 10 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-244/2020 «Об утверждении правил ведения первичной медицинской документации и представления отчетов».

## **ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ, СВЯЗАННЫМИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ И ДРУГИХ ВЕЩЕСТВ, В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ГУМАНИТАРНЫХ СИТУАЦИЙ**

### **1. Принципы общения**

В быстро меняющихся и непредсказуемых условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций медицинские работники испытывают сильный стресс вследствие необходимости обследовать как можно больше человек в кратчайшие сроки. Консультации в медицинских учреждениях должны быть краткими, адаптированными и нацеленными на решение самых срочных вопросов. Хорошие коммуникативные навыки помогут медицинским работникам достигнуть этих целей и оказывать эффективную помощь взрослым, подросткам и детям с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ).

#### **Создайте обстановку, способствующую свободному общению.**

- По возможности примите человека в **уединенном месте**.
- Расположитесь **на уровне глаз** человека (например, если человек сидит, тоже сядьте).
- **Поприветствуйте** человека; представьтесь и назовите свою должность/роль.
- **Выразите признательность** всем присутствующим.
- Спросите человека, хочет ли он, чтобы лица, осуществляющие уход, или другие люди остались.
  - Если это не маленький ребенок, предложите побеседовать с ним (ней) наедине, если это возможно. Если человек хочет, чтобы другие остались, согласитесь с этим решением.
  - Если вы общаетесь с человеком наедине, спросите разрешения:
    - задать лицам, осуществляющим уход, вопросы для уточнения их точки зрения и
    - пригласить лиц, осуществляющих уход, к обсуждению и согласованию плана лечения.
- Дайте человеку понять, что информация, обсуждаемая в ходе посещения, будет конфиденциальной и не будет распространяться без его разрешения, если только вы не обнаружите риск для самого человека или окружающих согласно информированному согласию пациента или лица, осуществляющего уход.

#### **Как можно больше вовлекайте человека с расстройством ПНВ в разговор.**

- Даже если перед вами человек с ограниченными возможностями, всегда **старайтесь вовлечь** его в обсуждение. Это применимо к детям, молодым и пожилым людям с расстройствами ПНВ. Не игнорируйте их, разговаривая только с лицами, осуществляющими уход.
- Всегда старайтесь **объяснить** человеку, что вы делаете (*например, во время физического обследования*) и что вы собираетесь сделать.

#### **Сначала выслушайте**

- Не перебивайте человека с расстройством ПНВ. Люди, подверженные стрессу, не всегда ясно излагают свою историю. В этом случае будьте терпеливы и попросите разъяснить. Не подгоняйте их.
- Не вынуждайте человека обсуждать или описывать потенциально травмирующие события\*, если они не хотят откровенно рассказывать об этом. Просто дайте им знать, что вы готовы выслушать.
- Детям может потребоваться больше времени, чтобы освоиться. Используйте слова, которые им понятны. Установление отношений с детьми может потребовать разговора об их интересах (игрушках, друзьях, школе и пр.).

### **Выражайтесь ясно и точно**

- Используйте слова, знакомые человеку. **Избегайте специальных терминов.**
- Стресс может нарушать способность людей сохранять ясность осознания ситуации и правильно обрабатывать информацию. **Излагайте факты по очереди**, помогая человеку понять, что было сказано, прежде чем перейти к следующему.
- **Подведите итог и повторите** основные моменты. Возможно, лучше будет попросить человека или лиц, осуществляющих уход за ним, записать важные факты. Либо предоставьте человеку список основных моментов.

### **Ведите себя деликатно, когда люди рассказывают о тяжелом опыте (например, изнасиловании, насилии или самоповреждении)**

- Заверьте человека, что вы сохраните эту информацию в тайне, если это не является общественно опасным деянием.
- Никогда не преуменьшайте чувств человека, не читайте наставлений и не осуждайте его.
- Согласитесь, что человеку может быть сложно рассказывать о своей ситуации.
- Если требуется направление в другие службы, ясно объясните, что будет происходить на следующих этапах. Получите согласие на передачу сведений другим работникам, которые могут помочь. Например:
  - *Вы сказали, что ваш сосед сделал вам нечто очень плохое. Я никому из ваших родных или знакомых об этом не расскажу, но я знаю людей, которые могут вам помочь. Вы не против, если я обсужу то, что с вами случилось, с моим коллегой из организации X? (с психологом, психиатром, сотрудником полиции или с представителями органов опеки и пр.)*

### **Не судите о людях по их поведению**

- Люди с тяжелыми расстройствами ПНВ могут иметь поведение с особенностями. Помните, что это может быть вызвано их заболеванием. Будьте спокойны и терпеливы. Никогда не смейтесь над человеком.
  - Если человек ведет себя по-особому (например, **возбужден, агрессивен, угрожает вам**), найдите источник проблемы и предложите решения. Привлеките лиц, осуществляющих уход, или других сотрудников к созданию **спокойной, тихой обстановки**. Если человек крайне подавлен или возбужден, возможно, следует **уделить ему первостепенное внимание** и сразу начать консультацию.

### **При необходимости используйте переводчика**

- При необходимости постарайтесь работать с профессиональным переводчиком, желательно того же пола, что и человек с расстройством ПНВ. Если квалифицированный переводчик недоступен, с согласия человека перевод могут осуществлять другие медицинские работники или лица, осуществляющие уход.
- Если переводит лицо, осуществляющее уход, помните, что человек с расстройством ПНВ может раскрыться не полностью. Кроме того, на общение может повлиять конфликт интересов между человеком и лицом, осуществляющим уход за ним. Если возникает такая проблема, пригласите на следующие посещения подходящего переводчика.
- Попросите переводчика сохранять конфиденциальность и переводить дословно, не добавляя собственные мысли и толкования.

## **2. Принципы оценки**

Клиническая оценка подразумевает выявление расстройства ПНВ, а также определения степени понимания проблем(ы) самим человеком. Кроме этого, важно оценить сильные стороны и имеющиеся ресурсы человека (например, социальную поддержку). Эта дополнительная информация поможет медицинским работникам предложить более качественную помощь.

Важно всегда обращать внимание на общий внешний вид, настроение, выражение лица, язык тела и речь человека с расстройством ПНВ во время оценки.

### **Изучите текущую жалобу**

- *Что привело вас сюда сегодня? Когда и как возникла эта проблема? Что-то изменилось со временем?*
- *Что вы думаете об этой проблеме? Как вы думаете, в чем ее причина?*
- *Как эта проблема влияет на вашу повседневную жизнь? Как проблема влияет на ваши занятия в школе / вашу работу или на повседневную жизнь в вашем окружении?*
- *Что вы делали, чтобы решить эту проблему? Вы пробовали принимать какие-либо лекарства? Если да, то какие (например, рецептурные, безрецептурные, растительные)? Какой эффект они дали?*

### **Расспросите человека на предмет семейного анамнеза расстройств ПНВ**

- *Известно ли вам, что у кого-нибудь из родственников была похожая проблема?*

### **Изучите общий анамнез человека**

- Спросите о любых предыдущих проблемах с физическим здоровьем:
  - *Ранее у вас были серьезные проблемы со здоровьем?*
  - *У вас есть какие-либо проблемы со здоровьем, по поводу которых вы сейчас получаете медицинскую помощь?*
- Спросите, принимает ли человек какие-либо лекарственные средства:
  - *Вы сейчас должны принимать какое-либо лекарство, которое вам назначил врач?*
  - *Как называется это лекарство? Оно у вас с собой? Как часто вы его принимаете?*

- Спросите человека, была ли у него когда-либо аллергическая реакция на лекарственный препарат.

### **Обсудите текущие стрессовые факторы, стратегии управления стрессом и социальную поддержку**

- *Как изменилась ваша жизнь после... [назовите событие, которое вызвало гуманитарный кризис]?*
- *Вы потеряли близкого человека?*
- *Насколько сильный стресс вы испытываете? Как он на вас воздействует?*
- *Каковы сейчас ваши самые серьезные проблемы?*
- *Как вы справляетесь с этими проблемами или решаете их изо дня в день?*
- *Какую помощь вам оказывают? Вы получаете помощь от членов семьи, друзей или людей из вашего окружения?*

### **Расспросите о возможном употреблении алкоголя и наркотиков**

Вопросы об алкоголе и наркотиках могут быть восприняты болезненно и даже считаться оскорбительными. Однако это важный компонент оценки ПНВ. Объясните человеку, что это часть оценки и постарайтесь задавать вопросы без осуждения и с учетом культурных особенностей.

- *Мне нужно задать вам несколько стандартных вопросов в рамках этой оценки. Вы употребляете алкоголь (или наркотические препараты или средства)? [Если да] Сколько в день, в неделю?*
- *Вы принимаете какие-нибудь таблетки, когда испытываете стресс, огорчение или страх? Вы принимаете что-нибудь, чтобы снять боль? Вы принимаете снотворное? [Если да] Сколько вы принимаете в день, в неделю? С какого времени?*

### **Расспросите о возможных суицидальных мыслях и попытках самоубийства**

Вопросы о самоубийстве также могут считаться оскорбительными, но и они – важная часть оценки ПНВ. Постарайтесь задавать вопросы с учетом культурных особенностей и без осуждения.

- Вы можете начать со следующего вопроса: *Каковы ваши надежды на будущее?* Если человек выражает отчаяние, задайте дополнительные вопросы (**см. врезку 1** раздела СУИ), такие как «*Как вы думаете, у жизни есть смысл?»*, «*У вас бывают мысли о том, чтобы нанести себе вред?»* или «*Вы когда-нибудь планировали покончить с жизнью?»* (**см. раздел СУИ**)

### **Проведите целевое физикальное обследование**

- Это должно быть направленное физикальное обследование, основанное на информации, полученной во время оценки ПНВ. При выявлении на этом этапе какого-либо соматического заболевания назначьте лечение или направьте человека к соответствующим специалистам.

## **3. Принципы лечения**

Многие расстройства ПНВ – хронические и требуют длительного контроля и последующего наблюдения. В чрезвычайных ситуациях, однако, может быть сложно обеспечить непрерывность оказания помощи, поскольку людям, которые переехали или переедут в другую местность, не всегда доступны услуги охраны психического здоровья.

Следовательно, важно понять, что лица, осуществляющие уход за людьми с расстройствами ПНВ, представляют собой ценный ресурс. Они могут обеспечить непрерывную помощь, поддержку и контроль во время кризиса. Под лицами, осуществляющими уход, подразумеваются все, кто разделяет ответственность за благополучие человека с расстройством ПНВ, включая членов семьи, друзей или других доверенных лиц. Лучшее понимание человеком и лицом, осуществляющим уход за ним, расстройства ПНВ, плана лечения и плана последующего наблюдения обеспечит лучшее следование указаниям медицинских работников.

### **Лечите у людей с расстройствами ПНВ и психические, и соматические заболевания**

- Предоставьте человеку информацию о заболевании.
  - Если человек согласен, предоставьте эти сведения и лицу, осуществляющему уход за ним.
- Обсудите и определите достижимые цели, составьте и согласуйте с человеком план лечения.
  - Если человек согласен, пригласите к обсуждению лицо, осуществляющее уход за ним.
  - Предоставьте следующие сведения о предлагаемом плане лечения:
    - ожидаемая польза от лечения;
    - продолжительность лечения;
    - важность соблюдения указаний врача, в том числе выполнение актуальных психологических вмешательств (например, обучение релаксации) дома, и помощь, которую может оказать в этом отношении лицо, осуществляющее уход;
    - описание возможных побочных эффектов любых прописываемых препаратов;
    - потенциальное вовлечение социальных работников, кураторов, медицинских работников и других доверенных лиц из местного населения (*см. «Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки»*);
    - прогноз. Сохраняйте обнадеживающий тон, но давайте реалистичный прогноз выздоровления.
- Предоставьте сведения о том, что лечение проводится в рамках ГОБМП.

**Ответьте на вопросы и опасения относительно плана лечения, которые могут быть у человека и лица, осуществляющего уход за ним.**

#### **Перед уходом человека:**

- Убедитесь, что человек и лицо, осуществляющее уход за ним, поняли и согласились с планом лечения (например, вы можете попросить их обоих повторить основные пункты плана).
- Поощряйте самоконтроль симптомов и расскажите человеку и лицу, осуществляющему уход за ним, когда нужно обращаться за неотложной помощью.

- Договоритесь о следующем посещении.
  - Составьте план последующего наблюдения с учетом текущей гуманитарной ситуации (например, бегства или переезда и перебоев в оказании услуг).
  - Если маловероятно, что человек сможет прийти в эту же клинику:
    - Дайте ему краткий план лечения в письменной форме и попросите брать этот план с собой при посещении любого лечебного учреждения в будущем.
    - Дайте контактные данные других медицинских учреждений в округе.
- Первые посещения для последующего наблюдения должны происходить чаще, пока не появится ответ на лечение.
- Когда симптомы начнут ослабевать, рекомендуются более редкие, но регулярные консультации.
- Объясните, что при необходимости (например, в случае побочных эффектов препаратов) человек может вернуться в клинику в любой момент в промежутке между запланированными посещениями.

**На каждой последующей встрече оцените следующее:**

- Ответ на лечение, побочные эффекты препаратов и соблюдение режима лечения и психосоциальных мер. Отмечайте любой прогресс на пути к намеченным целям и поощряйте следование плану.
- Общее состояние здоровья. Регулярно оценивайте физическое здоровье.
- Уход за собой (например, питание, личная гигиена, одежда) и функционирование в обычной обстановке.
- Психосоциальные аспекты и (или) изменения условий проживания, которые могут повлиять на лечение.
- Понимание лечения человеком и лицом, осуществляющим уход за ним, и их ожидания от лечения. Проясните любые недопонимания.
- Всегда проверяйте контактные данные, поскольку они могут часто меняться.

**На протяжении всего периода последующего наблюдения:**

- Поддерживайте регулярную связь с человеком и лицом, осуществляющим уход за ним. По возможности определите работника или другое доверенное лицо в местном сообществе, которое будет поддерживать связь с человеком. Этот человек может быть членом семьи.
- Разработайте план действий на случай, если человек не явится на прием.
  - Постарайтесь выяснить, почему человек не пришел. Работник или другое доверенное лицо в окружении может помочь найти человека (например, прийти к нему домой).
  - По возможности постарайтесь решить проблему, чтобы человек мог приходить в клинику.
- Если состояние человека не улучшается, проконсультируйтесь со специалистом.

#### **4. Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки**

Снижение стресса и укрепление социальной поддержки – неотъемлемая часть лечения ПНВ в чрезвычайных гуманитарных ситуациях, когда люди часто испытывают крайне сильный стресс. Имеется в виду стресс, испытываемый не только людьми с расстройствами ПНВ, но и лицами, осуществляющими уход за ними, и людьми, зависящими от них. Стресс часто способствует развитию расстройств ПНВ или обостряет их. Социальная поддержка может смягчить многие неблагоприятные последствия стресса, поэтому важно уделять ей должное внимание. Укрепление социальной поддержки – также обязательный компонент защиты (см. **«Принципы защиты прав человека»**) и обеспечения общего благополучия населения, страдающего от гуманитарного кризиса (см. **«Принципы повышения общего благополучия»**).

Основными задачами социальной поддержки являются:

- ✓ создание психологической обстановки, обеспечивающей оптимальные условия для оказания помощи;
- ✓ снижение интенсивности острых реакций на стресс,
- ✓ оптимизация актуального психического состояния;
- ✓ профилактика возникновения отдаленных психических последствий в результате воздействия травмирующего события.

#### **Определите возможные стрессовые факторы и доступность социальной поддержки**

- *Что вас больше всего беспокоит в эти дни?*
- *Как вы справляетесь с этим беспокойством?*
- *Что дает вам комфорт, силу и энергию?*
- *С кем вам легче всего делиться своими проблемами? Если вам плохо, к кому вы обращаетесь за помощью или советом?*
- *Какие у вас отношения с членами семьи? Как члены вашей семьи и друзья поддерживают вас и почему они заставляют вас переживать?*

#### **Обращайте внимание на признаки жестокого или пренебрежительного обращения**

- Обращайте внимание на вероятные признаки сексуального или физического насилия (включая бытовое насилие) по отношению к женщинам, детям и пожилым людям (например, необъясненные синяки или травмы, чрезмерный страх, нежелание обсуждать проблемы в присутствии члена семьи).
- Обращайте внимание на вероятные признаки пренебрежительного обращения, в особенности у детей, людей с инвалидностью и пожилых людей (например, недостаточное питание в семьях с доступом к достаточному количеству еды, слишком замкнутый ребенок).
- При наличии признаков жестокого или пренебрежительного обращения поговорите с человеком в уединенной обстановке и спросите, причиняет ли кто-нибудь ему вред.
- Если вы подозреваете жестокое или пренебрежительное обращение:

- немедленно обсудите со своим руководством план действий;
- с согласия человека определите ресурсы местных исполнительных органов (например, проверенные юридические службы и службы социальной защиты), которые можно использовать для защиты.

На основе собранной информации рассмотрите следующие стратегии:

- Решение проблемы:
  - используйте методики решения проблем\*, чтобы помочь человеку воздействовать на основные стрессовые факторы. Если источники стресса невозможно устранить или уменьшить, можно использовать те же методики, чтобы выявить способы справиться со стрессовым фактором. В целом, не давайте прямых советов. Попробуйте помочь человеку найти собственные решения.
  - Работая с детьми и подростками, необходимо оценить и принять меры по отношению к источникам стресса лица, осуществляющего уход.
- Окажите дополнительную социальную поддержку:
  - Помогите человеку выбрать поддерживающих его и надежных членов семьи, друзей и членов местного сообщества и подумать, какую помощь может оказать каждый из них.
  - С информированного согласия человека направьте его туда, где могут быть использованы другие ресурсы кабинета психического здоровья и местных исполнительных органов для социальной поддержки. Социальные работники, кураторы и другие доверенные члены местного населения могут помочь человеку получить доступ к таким ресурсам, например:
    - службе социальной помощи или защиты;
    - убежищу, пищевым продуктам и другим вещам;
    - центрам, группам взаимопомощи и поддержки в местных организациях;
    - деятельности, приносящей доход, и другой профессиональной деятельности;
    - формальному/неформальному образованию;
    - поддерживающим зонам для детей или другим организованным занятиям для детей и подростков.

Направляя человека куда-либо, помогите ему получить доступ к этой услуге (например, дайте указания, как туда добраться, сообщите часы работы, номер телефона и пр.) и дайте человеку краткое направление.

- Научите справляться со стрессом:
  - найдите и разработайте
  - положительные способы расслабления (например, прослушивание музыкальных произведений, спортивные игры и пр.);
  - обучите человека и лиц, осуществляющих уход за ним, методикам уменьшения стресса (например, дыхательным упражнениям (см. **врезку ОПП 2**)).
    - В некоторых ситуациях вы можете направить людей к медицинскому

работнику (например, медсестре или социальному работнику), которые могут научить этим методикам.

### **Способствуйте снижению стресса у лиц, осуществляющих уход**

- Спросите у лиц, осуществляющих уход, о следующем:
  - тревоге и беспокойстве, связанных с уходом за человеком с расстройством ПНВ, в текущей чрезвычайной гуманитарной ситуации;
  - практических трудностях (например, нехватка времени, свободы, денег);
  - возможности заниматься другими повседневными делами, такими как работа или участие в социуме;
  - физической усталости;
  - доступной им социальной поддержке:
    - *Есть ли другие люди, которые могут помочь вам, когда вы не можете ухаживать за человеком (например, когда вы больны или очень устали);*
  - психологическом благополучии. Если вам кажется, что лицо, осуществляющее уход, испытывает острый стресс или его состояние нестабильно, оцените его на предмет наличия расстройства ПНВ (например, см. **раздел ДЕП, ВЕЩ**).
- После оценки постарайтесь удовлетворить потребности и устранить тревогу лица, осуществляющего уход. Для этого вы можете:
  - предоставить информацию;
  - помочь человеку, осуществляющему уход, связаться с соответствующими службами и источниками поддержки в местных исполнительных органах;
  - обсудить временный уход. Другой член семьи или подходящий человек может временно взять уход на себя, пока основное лицо, осуществляющее уход, отдыхает или занимается другими важными делами;
  - провести консультирование по решению проблем\* и научить справляться со стрессом;
  - назначить лечение любого расстройства ПНВ, диагностированного у лица, осуществляющего уход.
- Отметьте, что тяжело ухаживать за людьми с расстройствами ПНВ, но скажите, что важно продолжать этот уход.

Даже если это сложно, следует с уважением относиться к подопечному и как можно больше привлекать его к принятию решений о его собственной жизни.

#### **Врезка ОПП 1. Укрепление поддержки на уровне местного сообщества**

Помимо клинического лечения поощряйте занятия, которые улучшают поддержку в семье и окружении каждого, в особенности маргинализированных представителей населения. Подробные руководящие принципы см. в документе «Основные сведения о защите на базе местного сообщества» (УВКБ ООН, 2013 г.) и Плана мероприятий 5.2 «Руководящих принципов МПК по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке в чрезвычайных ситуациях» (МПК, 2007 г.).

## **Врезка ОПП 2. Упражнение на релаксацию: инструкции по дыхательной гимнастике.**

*Я хочу научить вас, как дышать так, чтобы помочь вашему телу и разуму расслабиться. Нужно потренироваться, прежде чем вы почувствуете всю пользу этой методики.*

*Эта стратегия основана на дыхании, поскольку во время стресса наше дыхание становится быстрым и поверхностным, что увеличивает напряжение. Чтобы расслабиться, нужно изменить дыхание.*

*Сначала давайте расслабим тело. Слегка встряхните и расслабьте руки и ноги. Пусть они станут свободными и вялыми. Отведите плечи назад и поведите головой из стороны в сторону.*

*Теперь положите одну руку на живот, а другую – на верхнюю часть груди. Представьте, что у вас в животе воздушный шар, который надувается, когда вы вдыхаете, так что ваш живот расширяется. Когда вы выдыхаете, из воздушного шара тоже выходит воздух, так что ваш живот сдувается. Посмотрите на меня. Сначала я выдохну весь воздух из живота.*

*[Покажите дыхание животом, при этом постарайтесь демонстративно выпячивать и втягивать живот.]*

*Теперь дышите животом вместе со мной. Помните, сперва мы выдыхаем, пока не выйдет весь воздух; после этого вдыхаем. Если можете, постарайтесь вдыхать через нос и выдыхать через рот.*

*Отлично! Второй шаг – замедление дыхания. Мы будем вдыхать в течение трех секунд, задерживать дыхание на две секунды и выдыхать в течение трех секунд. Я буду считать вместе с вами. Вы можете закрыть глаза или оставить их открытыми.*

*Итак, вдыхаем, 1, 2, 3. Задерживаем дыхание, 1, 2. Выдыхаем, 1, 2, 3. Заметили, как медленно я считаю?*

*[Повторяйте это дыхательное упражнение не менее одной минуты.]*

*Замечательно. Когда будете заниматься самостоятельно, необязательно укладываться в три секунды. Просто постарайтесь замедлить дыхание, когда испытываете стресс.*

*Хорошо, теперь выполняйте упражнение самостоятельно в течение одной минуты.*

## **5. Принципы защиты прав человека**

Люди с тяжелыми расстройствами ПНВ нуждаются в защите, поскольку подвергаются большому риску нарушения прав человека. Они часто испытывают трудности в уходе за собой и членами семьи, помимо дискриминации во многих областях, включая работу, жилищное обустройство и семейную жизнь. У них может быть ограниченный доступ к гуманитарной помощи. С ними могут жестоко или пренебрежительно обращаться в семье, и они часто не имеют возможности полноценно участвовать в социуме. Некоторые люди с тяжелыми расстройствами ПНВ могут не осознавать, что у них есть проблема, которая требует медицинской помощи и поддержки.

Во время чрезвычайных гуманитарных ситуаций могут иметь место нарушения прав людей с расстройствами ПНВ, в том числе:

- ограничение в правах на удовлетворение основных потребностей для выживания, таких как еда, вода, средства гигиены, убежище, медицинская помощь, защита и поддержка быта.
- отказ в праве на реализацию правоспособности;
- отказ в доступе к услугам для удовлетворения их особых потребностей;
- физическое, экономическое и сексуальное насилие, эксплуатация, жестокое и пренебрежительное обращение и незаконное содержание под стражей;
- отсутствие должного внимания или разлука с семьей во время переезда в другую местность;
- отсутствие должного внимания и пренебрежительное отношение в специализированных учреждениях.

К сожалению, специальные социальные услуги и защиты и программы помощи людям с инвалидностью в социуме или окружении не всегда включают, а иногда и активно исключают из своей сферы деятельности защиту людей с тяжелыми расстройствами ПНВ. Следовательно, медицинские работники могут активно выступать в поддержку и устранять пробел в защите данной категории населения.

Ниже перечислены основные действия с целью защиты людей с расстройствами ПНВ, живущих в населенном пункте в чрезвычайных гуманитарных ситуациях.

#### **Вовлекайте заинтересованные стороны**

- Выявите заинтересованные стороны, которых следует уведомить о вопросах защиты людей с расстройствами ПНВ. К заинтересованным сторонам относятся:
  - люди с расстройствами ПНВ и лица, осуществляющие уход за ними;
  - лидеры местного сообщества (например, выборные представители местных исполнительных органов, учителя, психологи, религиозные лидеры, народные и духовные целители);
  - руководители различных служб (например, служб обеспечения защиты/безопасности, здравоохранения, служб, предоставляющих убежище, воду, питание, службы санитарного контроля, службы образования, программы обеспечения жильем, местных исполнительных органов);
  - руководители организаций, оказывающих специальные социальные услуги;

**Инвалид** – это лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, травмами, их последствиями, дефектами, которое приводит к ограничению жизнедеятельности и необходимости его социальной защиты.

Социальная защита инвалидов в Республике Казахстан регулируется Конституцией Республики Казахстан, Законом Республики Казахстан «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан», Законом Республики Казахстан «О специальных социальных услугах» и иными нормативными правовыми актами Республики Казахстан.

Инвалиды имеют право на:

- социальную защиту, в том числе реабилитацию, интеграцию в общество;
- обеспечение доступа к объектам социальной инфраструктуры;

- обеспечение доступа к информации;
- образование, свободный выбор рода деятельности, в том числе трудовой;
- гарантированный объем бесплатной медицинской помощи в порядке, определяемом законодательством Республики Казахстан;
- профессиональную подготовку и переподготовку, восстановление трудоспособности и трудоустройство;
- жилище в соответствии с жилищным законодательством Республики Казахстан;
- первоочередное обслуживание в государственных и иных организациях, в том числе в организациях здравоохранения, культуры, связи, транспорта, сфере услуг;
- поддержку творческих способностей инвалидов.

- представители групп местного населения (группы молодежи или женщин) и организации по защите прав человека;
- полиция и правовые органы.
- Организуйте ознакомительные мероприятия для заинтересованных сторон:
  - Рассмотрите возможность проведения ознакомительных семинаров о расстройствах ПНВ.
  - Обсудите формат и реализацию ознакомительных мероприятий с людьми с расстройствами ПНВ, лицами, осуществляющими уход за ними, с социальными службами и службами по работе с инвалидами.
  - Во время ознакомительных мероприятий:
    - предоставьте сведения и проясните заблуждения относительно людей с расстройствами ПНВ;
    - расскажите о правах людей с расстройствами ПНВ, в том числе о праве на равный доступ к гуманитарной помощи и защите;
    - поговорите о дискриминации людей с расстройствами ПНВ;
    - призовите к поддержке тех, кто осуществляет уход за людьми с расстройствами ПНВ.

### **Защищайте права людей с тяжелыми расстройствами ПНВ в медицинских учреждениях**

- Всегда уважительно относитесь к людям с расстройствами ПНВ.
- Убедитесь, что у людей с расстройствами ПНВ доступ к медицинской помощи такой же, как и у людей без таких расстройств.
- Уважайте право человека отказаться от медицинской помощи, если он дееспособен для принятия такого решения (см. Приказ Министра здравоохранения РК «Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению РК», 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020).
- Не поощряйте помещение людей в специализированные учреждения. Если человек уже находится в специализированном учреждении, призовите к защите его прав в этом учреждении.

## **Поощряйте интеграцию людей с тяжелыми расстройствами ПНВ в социум**

- Призывайте к включению людей с расстройствами ПНВ в программы обеспечения жильем, защиты и в другие мероприятия в населенном пункте.
- Призывайте к принятию детей с эпилепсией и другими расстройствами ПНВ в общеобразовательные учреждения.
- Призывайте к включению программ для детей и взрослых с умственной отсталостью / задержкой развития в местные программы по оказанию поддержки инвалидам.
- Призывайте к поддержанию, насколько это возможно, автономии и независимости людей с расстройствами ПНВ.

## **6. Принципы заботы об общем благополучии**

Помимо клинической помощи, люди с расстройствами ПНВ нуждаются в других видах поддержки для обеспечения их общего благополучия. Это особенно важно в чрезвычайных гуманитарных ситуациях, когда часто нарушается работа основных служб и социальных структур, под угрозой семейная жизнь и безопасность. Люди с расстройствами ПНВ сталкиваются с дополнительными трудностями в выполнении повседневных дел и осуществлении основного ухода за собой. Роль медицинских работников выходит за рамки клинической работы и включает отстаивание права на общее благополучие людей с расстройствами ПНВ в различных секторах, как показано в пирамиде Руководящих принципов МПК (см. рисунок ОПП 1).

**Помогайте людям с расстройствами ПНВ получить безопасный доступ к услугам, необходимым для выживания и достойного существования (например, вода, средства гигиены, пищевые продукты, убежище, обеспечение жизнедеятельности).**

Для этого вы можете:

- проинформировать о наличии и местонахождении таких услуг;
- активно направлять пациентов и работать с социальным сектором, чтобы помочь людям связаться с социальными службами (например, курирование пациента социальным работником).
- проинформировать о мерах безопасности, если человек не полностью осознает угрозы его безопасности.

**Обеспечьте людям с расстройствами ПНВ приоритетный доступ к соответствующим занятиям, например, помогите детям с такими расстройствами попасть в детские поддерживающие зоны.**

**Поддерживайте общее физическое здоровье людей с расстройствами ПНВ:**

- Организуйте регулярные медицинские осмотры и вакцинацию.
- Дайте рекомендации относительно основного ухода за собой (питание, физическая активность, безопасный секс, планирование семьи и пр.).

**Рисунок ОПП 1. Пирамида мер, направленных на поддержание психического здоровья и психосоциальной поддержки МПК**



## **ОСТРЫЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА**

Чрезвычайные ситуации являются тяжелыми травматическими событиями, которые обуславливают проявление самых разнообразных психологических и патологических реакций со стороны людей их переживающих.

Возможная опасность развития чрезвычайных ситуаций в нашей стране (70% территории Республики Казахстан находится в риске бедствий природного характера, включая последствия изменения климата, такие как засухи и наводнения, существуют риски техногенных катастроф) подчеркивают особую актуальность и необходимость разработки мероприятий по обеспечению готовности медико-психологических служб оказывать своевременную помощь с целью недопущения психических нарушений и профилактики развития психопатологических расстройств.

Оказание психологической помощи происходит после события, имеющего сильнейшее воздействие на психику человека (эмоциональную, когнитивную, личностную сферы человека, а также соматические реакции). Факторы, усугубляющие переживание травматического события, это – внезапность/неизбежность и востребованность оказания помощи в сжатые сроки.

Особое внимание к работе с переживанием травматических событий необходимо отвести подросткам и детям. В связи с пониманием несформированности поведенческих реакций, личности и психики в целом.

В чрезвычайных гуманитарных ситуациях взрослые, подростки и дети часто переживают потенциально травмирующие события\*. Большинство реакций носят временный характер и не перерастают в психическое расстройство, люди же с тяжелыми реакциями могут обращаться за помощью в медицинские учреждения.

Во многих чрезвычайных гуманитарных ситуациях люди страдают от различных сочетаний потенциально травмирующих событий и утрат, поэтому они могут страдать одновременно от острого стрессового расстройства и горя. Симптомы, оценка и лечение острого стрессового расстройства и горя во многом схожи, однако горе рассматривается в отдельном разделе (см. *раздел ГОРЕ*).

### **Значимые симптомы острого стрессового расстройства (ОСР).**

Люди, пережившие или ставшие свидетелями травматического события (эпизод с угрозой для человеческой жизни, террористический акт, смерть близкого человека, расставание с любимым, потеря работы и т.д.), приводят их к эмоциональным состояниям, соответствующим острому стрессовому расстройству (ОСР).

Острое стрессовое расстройство (ОСР) — это состояние психического здоровья, которое может возникнуть сразу после травматического события и продлиться от нескольких часов до нескольких дней. Это реакции, не являющиеся клинически значимыми и не требующие клинического лечения.

**Критическая ситуация вызывает у человека мощный стресс, приводит к сильному нервному напряжению, нарушает функциональность организма, отрицательно сказывается на здоровье в целом. Это может обострить уже имеющееся психическое заболевание.**

У человека, пережившего экстремальную ситуацию, могут проявляться следующие реакции:

- Бред\*, галлюцинации\*
- плач\*

- истерика\*
- нервная дрожь\*
- страх\*
- двигательное возбуждение\*
- агрессия\*
- ступор\*
- апатия\*.

**После недавнего потенциально травмирующего события врач должен уметь определить следующее:**

***Посттравматическое стрессовое расстройство (см. раздел ПТСР).***

Если характерный комплекс симптомов (повторное переживание, избегание и повышенное чувство опасности) сохраняется более месяца после потенциально травмирующего события и существенно мешает повседневным занятиям, у человека могло развиваться посттравматическое стрессовое расстройство.

**Проблемы и расстройства, которые более вероятны после воздействия стрессового фактора (например, потенциально травмирующего события), но которые могли также возникнуть в отсутствие такого воздействия.**

К ним относятся: депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (см. **раздел ДЕП**), психоз (см. **раздел ПСИ**), пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (см. **раздел ВЕЩ**), суицид (см. **раздел СУИ**) и прочие значимые жалобы, связанные с психическим здоровьем (см. **раздел ПРОЧ**).

**Реакции, не являющиеся клинически значимыми и не требующие клинического лечения.**

Из всех реакций эти наиболее распространены. К ним относятся преходящие реакции, по поводу которых люди не обращаются за помощью и которые не мешают повседневным занятиям. В этих случаях медицинский работник должен оказать поддержку, помочь удовлетворить потребности и снять опасения человека, а также отследить, пройдет ли эта реакция сама собой.

***Вопрос 1 для оценки состояния: было ли недавно в жизни человека потенциально травмирующее событие?***

Спросите, было ли недавно в жизни человека **потенциально травмирующее событие**. Потенциально травмирующее событие – любое устрашающее или пугающее событие, например, физическое или сексуальное насилие (*в том числе домашнее насилие*), присутствие при актах жестокости, крупные аварии или травмы. Вы можете задать следующие вопросы:

- *Какой сильный стресс вы перенесли? Ваша жизнь была в опасности? Вы испытали нечто очень страшное или ужасающее, или чувствовали себя очень плохо? Дома вы ощущаете себя в безопасности?*

Спросите, **сколько времени** прошло после события(й).

Перейдите к вопросу 2 для оценки состояния, если потенциально травмирующее событие произошло в течение **последнего месяца**.

Если произошла тяжелая утрата (*например, смерть любимого человека*), также

оцените состояние на предмет наличия проявлений горя (*см. раздел ГОРЕ*).

Если потенциально травмирующее событие произошло более чем 1 месяц назад, рассмотрите другие расстройства, описанные в настоящем руководстве (*см. разделы ДЕП, ПТСР, ПСИ, ВЕЩ*).

**Вопрос 2 для оценки состояния: если потенциально травмирующее событие произошло в течение последнего месяца, есть ли у человека значимые симптомы острого стрессового расстройства?**

**Проверьте наличие:**

- беспокойства по поводу угроз, связанных с травмирующим(-и) событием (ями);
- нарушений сна;
- трудностей с концентрацией внимания;
- повторяющихся кошмарных снов, ярких повторных переживаний\* или навязчивых воспоминаний\* о событиях, сопровождающихся сильным страхом или ужасом;
- сознательного избегания мыслей, воспоминаний, занятий или ситуаций, напоминающих человеку о событиях (например, избегание разговоров на темы, которые вызывают воспоминания, или избегание посещения мест, где произошли события);
- состояния нервозности или «на взводе»: чрезмерного беспокойства и ожидания опасности либо повышенной реакции на громкие звуки или неожиданные движения;
- состояния шокированности, ошеломления или оцепенения либо неспособности чувствовать что-либо;
- любых беспокоящих эмоций (например, частая плаксивость, гнев) или мыслей;
- изменений поведения, таких как:
  - агрессия;
  - изоляция или самоизоляция от общества;
  - рискованные действия у подростков;
  - утрата приобретенных навыков\*, например, ночное недержание мочи, повышенная эмоциональная зависимость или плаксивость у детей;
- гипервентиляции (т. е. частое дыхание, одышка);
- не объяснимых физическим состоянием соматических симптомов, таких как:
  - сердцебиение, головокружение;
  - головные боли, генерализованная боль;
  - диссоциативные симптомы, связанные с телом (например, паралич, не объяснимый физическим состоянием\*, неспособность видеть или слышать, псевдоприпадки\*).

**Значимые симптомы острого стрессового расстройства** вероятны, если ситуация соответствует **всем** следующим критериям:

- потенциально травмирующее событие произошло **примерно в течение последнего месяца**;
- симптомы возникли после события;
- симптомы существенно мешают повседневным занятиям или человек обратился за помощью по поводу этих симптомов.

**Вопрос 3 для оценки состояния: имеется ли сопутствующее расстройство?**

Оцените состояние на предмет наличия любых **соматических расстройств**, которые могут объяснить симптомы, и при необходимости назначьте лечение.

Оцените состояние на предмет наличия любого **другого психического или неврологического расстройства или расстройства, связанного с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ) (включая депрессию)**, которое описано в настоящем руководстве и может объяснить симптомы; при необходимости назначьте лечение.

## **ОСНОВНОЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ**

### **1. Во ВСЕХ случаях:**

Окажите базовую психосоциальную поддержку. Внимательно **выслушайте**. НЕ вынуждайте человека говорить.

- **Установите** доверительный контакт. Представьтесь (*Назовите свои имя, обязанности и задачи*).
- **Спросите** человека о его нуждах и опасениях.
- **Помогите** человеку удовлетворить основные потребности, получить доступ к услугам, связаться с семьей и получить другую социальную поддержку.
- **Защитите** человека от причинения (дальнейшего) вреда.

Предложите дополнительную психосоциальную поддержку, как описано в разделе «Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки» (см. раздел «**Общие принципы оказания помощи**»):

- Воздействуйте на **психосоциальные факторы, вызывающие у человека стресс в настоящий момент**.
- Окажите дополнительную социальную поддержку.
- Научите человека, как справляться со стрессом.

**Расскажите** человеку о нормальных реакциях на горе и острое стрессовое расстройство, например:

- *Люди часто испытывают такие реакции после подобных событий.*
- *В большинстве случаев реакции проходят со временем.*

Назначьте лечение сопутствующих заболеваний.

### **2. Если острое стрессовое расстройство проявляется нарушением сна, предложите следующее дополнительное лечение:**

Объясните, что у людей, переживших сильный стресс, часто возникают нарушение режима сна и бодрствования (беспокойный, прерывистый сон, бессонница).

Определите и воздействуйте на любые причины нарушения сна в окружающей среде (*например, шум*).

Выявите и воздействуйте на любые соматические причины бессонницы (например, физическая боль).

Расскажите о правилах здорового сна, в том числе о соблюдении режима сна (например, ложиться спать и вставать в одно и то же время), избегании употребления кофе, никотина и алкоголя вечером или перед сном. Подчеркните, что употребление стимуляторов ЦНС нарушает сон.

В исключительных, крайне тяжелых случаях, когда психологические меры (например, методики релаксации) неосуществимы или неэффективны, а бессонница существенно мешает повседневным занятиям, можно рассмотреть краткосрочное (3–7 дней) лечение бензодиазепинами).

### **Медикаментозное лечение**

Не рекомендуется назначение, особенно на длительное время, психотропных препаратов. Возможен кратковременный прием небольших доз транквилизатора (например, диазепам 5 мг/сут) или снотворных (триазолам, флуразепам) на ночь в течение 3–4 дней.

**Следует опасаться риска самоубийства большими дозами транквилизаторов.**

Антидепрессанты, малоэффективные в острой стадии, включают только при стойкой и выраженной депрессии.

- Доза:
  - Взрослым назначайте 2–5 мг диазепама перед сном.
  - Пожилым людям назначайте 1–2,5 мг диазепама перед сном.
  - Перед назначением диазепама проверьте возможные лекарственные взаимодействия.
  - Частые побочные эффекты бензодиазепинов включают сонливость и мышечную слабость.
  - Внимание: бензодиазепины могут замедлять дыхание. Может потребоваться регулярный контроль состояния.
  - Внимание: бензодиазепины могут вызывать зависимость\*. Используйте только для краткосрочного лечения.
- Примечание:
  - Это лечение – только для взрослых.
  - Не назначайте бензодиазепины детям или подросткам.
  - Не следует назначать этот препарат беременным или кормящим женщинам.
  - При назначении этого препарата пожилым людям часто проверяйте их состояние на предмет побочных эффектов.
  - Это временное решение крайне тяжелого нарушения сна.
  - Бензодиазепины не следует использовать для лечения бессонницы у взрослых или детей, вызванной тяжелой утратой.
  - Бензодиазепины не следует использовать для лечения любых других

симптомов острого стрессового расстройства или ПТСР.

*\* Описанный здесь подход часто называют первой психологической помощью (ППП), если он применяется по отношению к первым последствиям чрезвычайного стрессового события (см. ВОЗ, WTF и WVI, 2013 г.) – War Trauma Foundation – организация по вопросам травм, полученных в военное время, и World Vision International – международная благотворительная организация, занимающаяся вопросами предоставления гуманитарной помощи.*

### **3. Если у ребенка острое стрессовое расстройство проявляется ночным недержанием мочи, предложите следующее дополнительное лечение**

Расспросите о появлении ночного недержания мочи, чтобы убедиться, что оно началось после стрессового события.

Исключите и устраните **другие возможные причины** (например, инфекцию мочевых путей).

Объясните следующее:

- Ночное недержание мочи – **распространенная** неопасная реакция у детей, переживших стресс.
- Детей **не следует наказывать** за ночное недержание мочи, поскольку наказание усиливает стресс ребенка и может усугубить проблему. Лицу, осуществляющему уход, не следует стыдить ребенка, упоминая ночное недержание мочи при других людях.
- Лицу, осуществляющему уход, следует сохранять спокойствие и эмоциональную поддержку.

Рассмотрите возможность обучения лиц, осуществляющих уход, простым поведенческим методам (например, поощрение ограниченного употребления жидкостей перед сном, поощрение использования туалета перед сном, поощрение в случае пробуждения в сухой постели). Наградой может быть все, что нравится ребенку: дополнительное игровое время, звездочки на схеме или другое похожее поощрение, приемлемое в местных условиях.

### **4. Если острое стрессовое расстройство проявляется гипервентиляцией (слишком частые и неконтролируемые дыхательные движения), предложите следующее дополнительное лечение:**

Исключите и устраните **другие возможные причины**, даже если гипервентиляция началась сразу после стрессового события. Всегда проводите необходимое медицинское обследование для выявления возможных соматических причин, таких как заболевание легких.

Если никаких соматических причин не выявлено, заверьте человека, что гипервентиляция иногда возникает после сильного стресса и маловероятно, что это серьезная медицинская проблема.

Сохраняйте спокойствие и по возможности устраните потенциальные источники беспокойства. Помогите человеку восстановить нормальное дыхание с помощью методики медленного дыхания (см. «**Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки**» в разделе «**Общие принципы оказания помощи**») (не рекомендуем дышать в бумажный пакет).

### **5. Если острое стрессовое расстройство проявляется диссоциативными симптомами, связанными с телом, (например, паралич, не объяснимый**

**физическим состоянием, неспособность видеть или слышать, псевдоприпадки\*), предложите следующее дополнительное лечение:**

Исключите и устраните **другие возможные причины**, даже если симптомы начались сразу после стрессового события. Всегда проводите необходимое медицинское обследование для выявления возможных соматических причин. В разделе по эпилепсии приведены руководящие принципы медицинских вмешательств при судорогах / припадках (см. *раздел ЭПИ*).

Признайте страдания человека и сохраняйте уважительное отношение к нему. Избегайте упоминания любых выгод, которые человек может получить благодаря симптомам.

Попросите **человека самого объяснить** симптомы и примените общие руководящие принципы лечения не объяснимых физическим состоянием соматических симптомов (см. *раздел ПРОЧ*).

Заверьте человека, что эти симптомы иногда возникают после сильного стресса и маловероятно, что это серьезная медицинская проблема.

Рассмотрите возможность, с учетом культурных особенностей, применения вмешательств, которые не причиняют вреда.

**6. Попросите человека вернуться в течение 2–4 недель, если симптомы не ослабли, или в любое время, если симптомы усугубятся.**

## **ГОРЕ**

В чрезвычайных гуманитарных ситуациях взрослые, подростки и дети часто переживают тяжелые утраты. Горе – интенсивное эмоциональное состояние, переживаемое людьми после утраты. Это переходный процесс, во время которого необходимо приспособиться к новой реальности с учетом потерь. Хотя большинство реакций на утрату носят временный характер (протекающий по определенным стадиям) и не перерастают в психическое расстройство, люди со значимыми симптомами горя чаще обращаются за помощью в медицинские учреждения. После утраты специалист должен уметь определить следующее:

### **Пролонгированная реакция горя.**

Если значимые симптомы горя сохраняются на протяжении длительного периода времени, это может быть пролонгированная реакция горя. Это состояние подразумевает угнетенное состояние, самоизоляция, поглощенность переживаниями и даже потерю интереса к жизни, сопровождающиеся сильными эмоциональными реакциями и существенными трудностями в выполнении повседневных занятий в течение как минимум последних 6 месяцев (и в течение периода, значительно превышающего принятый местными обычаями). В этих случаях медицинскому работнику следует проконсультироваться со специалистом.

**Проблемы и расстройства, которые более вероятны после воздействия стрессового фактора (например, утраты близкого человека), но которые могут возникнуть и в отсутствие такого воздействия.**

К этим проблемам относятся: депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (см. **раздел ДЕП**), психозы (см. **раздел ПСИ**), пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (см. **раздел ВЕЩ**), самоповреждение или суицид (см. **раздел СУИ**) и прочие значимые жалобы, связанные с психическим здоровьем (см. **раздел ПРОЧ**).

**Реакции, не являющиеся клинически значимыми и не требующие клинического лечения.**

Из всех реакций эти наиболее распространены. К ним относятся преходящие реакции, по поводу которых люди не обращаются за помощью и которые не мешают повседневным занятиям. В этих случаях медицинский работник должен оказать поддержку, помочь удовлетворить потребности и снять опасения человека, а также отследить, пройдет ли эта реакция сама собой; однако такие реакции не требуют клинического лечения.

### ***Вопрос 1 для оценки состояния: человек недавно перенес тяжелую утрату?***

Спросите, перенес ли человек недавно **тяжелую утрату**. Вы можете задать следующие вопросы:

- *Как катастрофа/конфликт на вас повлияли?*
- *Вы потеряли друга или члена семьи? Ваш дом? Ваши деньги? Вашу работу или средства к существованию? Ваше местное сообщество?*
- *Как повлияла на вас эта утрата?*
- *Кто-нибудь из членов вашей семьи или друзей числится пропавшим?*

Спросите, **сколько времени** прошло после события(й).

Перейдите к вопросу 2, если тяжелая утрата произошла в течение **последних 6**

**месяцев.**

Если тяжелая утрата произошла более чем 6 месяцев назад, рассмотрите другие расстройства, описанные в настоящем руководстве (**см. разделы ДЕП, ПТСР, ПСИ, ВЕЩ**), или пролонгированную реакцию горя.

**Вопрос 2 для оценки состояния: если тяжелая утрата произошла в течение последних 6 месяцев\*, человек испытывает значимые симптомы горя?**

*\* Этот период может превышать 6 месяцев в культурах, где принято горевать по умершему больше 6 месяцев.*

Проверьте наличие:

- грусти, тревожности, гнева, отчаяния;
- тоски и озабоченности утратой;
- навязчивых воспоминаний\*, образов или мыслей о покойном
- потери аппетита;
- потери энергии;
- нарушений сна;
- трудностей с концентрацией;
- изоляция или самоизоляция от общества;
- не объяснимых физическим состоянием соматических симптомов (например, аритмии, головной боли, генерализованной боли);
- допускаемых местной культурой реакций на горе (например, человек слышит голос покойного, покойный приходит к нему во сне).

**Значимые симптомы горя** вероятны, если ситуация соответствует **всем** следующим критериям:

- одна или более утрат за последние примерно 6 месяцев;
- после утраты возник любой из вышеперечисленных симптомов;
- симптомы мешают повседневным занятиям (выходят за рамки, допускаемые местной культурой) или человек обратился за помощью по поводу этих симптомов.

**Вопрос 3 для оценки состояния: имеется ли сопутствующее расстройство?**

Проверьте состояние на предмет наличия любых **соматических расстройств**, которые могут объяснить симптомы, и при необходимости назначьте лечение.

Проверьте состояние на предмет наличия любого **другого психического или неврологического расстройства, или расстройства, связанного с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ) (включая депрессию)**, которое описано в настоящем руководстве и может объяснить симптомы; при необходимости назначьте лечение.

## **ОСНОВНОЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ**

### **1. Окажите базовую психосоциальную поддержку**

- Внимательно **выслушайте**. НЕ вынуждайте человека говорить.

- **Спросите** человека о его нуждах и опасениях.
- **Помогите** человеку удовлетворить основные потребности, получить доступ к услугам, связаться с семьей и получить другую социальную поддержку.
- Защитите человека от причинения (дальнейшего) вреда.

2. Предложите дополнительную психосоциальную поддержку, как описано в «Принципах снижения стресса и укрепления социальной поддержки» (см. раздел «Общие принципы оказания помощи»):

- Воздействуйте на **психосоциальные факторы, вызывающие у человека стресс в настоящий момент**.
- Оказывайте дополнительную социальную поддержку.
- Научите человека, как справляться со стрессом.

**3. Расскажите человеку о распространенных реакциях на утрату, например: Люди могут по-разному реагировать на тяжелую утрату. У одних это вызывает сильные чувства, у других – нет.**

*Слезы – самая здоровая реакция организма на стресс.*

*Люди, которые не плачут, могут эмоционально страдать также сильно, но выражать это страдание другими способами.*

*Вам может казаться, что грусть и боль, которые вы испытываете, никогда не пройдут, но в большинстве случаев эти чувства притупляются со временем.*

*Иногда человек может некоторое время чувствовать себя нормально, но затем что-то напомнит ему об утрате, и он испытает те же чувства, что и в начале. Это нормально. Опять же, эти ощущения со временем станут слабее и реже.*

*Не бывает правильного переживания горя. Иногда вам может быть очень грустно, а в другое время вы можете получать удовольствие от жизни. Не критикуйте себя за то, что чувствуете в данный момент.*

**4. Назначьте лечение сопутствующих заболеваний согласно клиническим протоколам диагностики и лечения соответствующей нозологии, одобренным МЗ РК.**

**5. Обсудите и помогите реализовать допустимые местными обычаями способы приспособления / скорби\***

- Спросите, были ли проведены или запланированы соответствующие траурные церемонии/обряды. Если это невозможно, обсудите препятствия и способы их преодоления.
- Постарайтесь узнать, где находится тело. Если тело пропало, помогите найти его или опознать останки.
- Если тело невозможно найти, обсудите альтернативные способы сохранить воспоминания, например создание мемориала.

**6. Если это осуществимо и допустимо местной культурой, поощряйте скорейший возврат к прошлым нормальным занятиям (например, в школе или на работе, дома или в местном сообществе).**

**7. Специфическое лечение нарушений сна, ночного недержания мочи, гипервентиляции и диссоциативных симптомов после недавней утраты описаны в**

**разделе, посвященном острому стрессовому расстройству (см . раздел ОСР).**

*\* Описанный здесь подход часто называют первой психологической помощью (ППП), если он применяется по отношению к первым последствиям чрезвычайного стрессового события (см. ВОЗ, WTF и WVI, 2013 г.).*

### **8. Если перед вами маленький ребенок:**

Ответьте на вопросы ребенка, давая ясные и правдивые объяснения в соответствии с уровнем его развития. Не лгите в ответ на вопрос об утрате (*например, «Где моя мама?»*). Это создаст путаницу и может подорвать доверие человека к медицинскому работнику.

Проверьте на предмет склонности к фантазированию или иллюзии\* часто встречающегося у детей младшего возраста, и необходимо разубедить в ошибочности его представлений (*например, дети могут думать, что они в ответе за утрату; также они могут думать, что любимый человек умер, потому что они плохо себя вели или озорчили его*).

*\* восприятие реально существующих предметов или явлений в искаженном виде.*

**9. Обеспечьте детям, подросткам и другим уязвимым людям, потерявшим родителей или других опекунов, защиту и постоянный поддерживающий уход, в том числе социальную и эмоциональную поддержку.**

При необходимости свяжите человека с надежными защитными организациями/сетями.

**10. Если подозревается пролонгированная реакция горя, проконсультируйтесь с психиатром для дальнейшей оценки и лечения.**

У человека может быть пролонгированная реакция горя, если симптомы тяжелой утраты включают серьезную угнетенность, самоизоляцию или потерю интереса к жизни, сопровождающиеся сильными эмоциональными всплесками и существенными трудностями в выполнении повседневных занятий в течение как минимум последних 6 месяцев.

**11. Попросите человека вернуться в течение 2–4 недель, если симптомы не ослабли, или в любое время, если симптомы усугубятся.**

Этот период может превышать 6 месяцев в культурах, где принято горевать по умершему больше 6 месяцев.

## **ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО СРЕДНЕЙ ИЛИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ**

Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени может развиваться у взрослых, подростков и детей без воздействия какого-либо конкретного стрессового фактора. В любом сообществе есть люди, страдающие депрессивным расстройством средней или тяжелой степени. Однако значимые утраты и стресс во время чрезвычайных гуманитарных ситуаций могут вызывать горе, чувство страха, вины, стыда и безнадежности, повышая риск развития депрессивного расстройства средней или тяжелой степени. Тем не менее, эти эмоции также могут быть нормальной реакцией на недавно перенесенное несчастье.

Лечение депрессивного расстройства средней или тяжелой степени следует рассматривать, если симптомы сохраняются на протяжении от 2-х недель и более, оказывая существенное влияние на повседневную жизнь.

У людей с депрессией наблюдаются нереалистичное негативное мнение о самих себе, их жизни и будущем. Депрессия может вызывать необоснованные мысли о собственной безнадежности и никчемности, которые обычно исчезают по мере выздоровления.

Важно помнить о возможности появления мыслей о самоповреждении или суициде. Если пострадавший замечает такие мысли, то рекомендуется рассказать о них близкому человеку и обратиться за помощью.

### **Лечение**

Лечение депрессивного синдрома зависит от формы заболевания. Если определена легкая форма, назначается посещение психотерапевта, беседы с психологом, пациенту прописывается комплекс витаминов, доктор дает рекомендации. Средняя и тяжелая формы требуют комплексной работы - медикаментозного и психологического вмешательства. Больному назначается терапия, продолжительностью от двух до четырех недель (индивидуально). Тяжелую форму заболевания помогают лечить не только медицинские препараты и психотерапия, но и другие лечебные реабилитационные процедуры.

### **Медикаментозное лечение**

Не рекомендуется назначение, особенно на длительное время, психотропных препаратов. Возможен кратковременный прием небольших доз транквилизатора (например, диазепам 5 мг/сутки) или снотворных на ночь в течение 3–4 дней.

**Следует опасаться риска самоубийства большими дозами транквилизаторов.**

Антидепрессанты, малоэффективные в острой стадии, включают только при стойкой и выраженной депрессии.

**Вопрос 1 для оценки состояния: у человека есть депрессивное расстройство средней или тяжелой степени?**

Оцените следующее:

А. У человека имеется хотя бы один из следующих основных симптомов депрессивного расстройства в течение менее 2 недель:

- Устойчивое подавленное настроение
  - У детей и подростков: раздражительность или подавленное настроение
- **Выраженное снижение интереса и способности получать удовольствие**

**от различных занятий**, включая те, которые ранее приносили удовольствие

- Последнее может включать сниженное либидо.

В. У человека в выраженной степени наблюдаются по крайней мере несколько следующих дополнительных симптомов депрессивного расстройства (или многие из перечисленных симптомов в меньшей степени) в течение не менее 2 недель:

- **Нарушение сна** или **излишне продолжительный сон**
- Значимое **изменение аппетита** или **массы тела** (понижение или снижение)
- Убежденность в своей **никчемности** или чрезмерное **чувство вины**
- **Утомляемость** или вялость
- **Пониженная способность концентрироваться** и удерживать внимание при выполнении заданий
- **Нерешительность**
- Видимое **тревожное возбуждение** или **двигательное беспокойство**
- **Замедленные** по сравнению с обычным состоянием **движения или речь**
- **Ощущение безысходности** при мысли о будущем
- **Суицидальные** мысли или действия.

С. Человек испытывает значительные трудности при выполнении повседневных занятий в личной, семейной, общественной, образовательной, профессиональной или другой важной сфере.

Если А, В и С – все 3 – наблюдаются в течение не менее 2 недель, вероятно депрессивное расстройство средней или тяжелой степени.

- Могут отмечаться бред\* или галлюцинации\*. Проверьте их наличие. При их наличии, следует изменить лечение депрессивного расстройства соответствующим образом. Проконсультируйтесь со специалистом (психиатром).

Если симптомы человека не соответствуют критериям депрессивного расстройства средней или тяжелой степени, перейдите в *раздел ПРОЧ* для оценки и лечения существующих жалоб.

**Вопрос 2 для оценки состояния: есть ли другие возможные объяснения симптомов (отличные от депрессивного расстройства средней или тяжелой степени)?**

Исключите сопутствующие соматические заболевания, симптомы которых могут напоминать таковые депрессивного расстройства.

- Исключите и назначьте лечение анемии, недостаточности питания, гипотиреоза\*, инсульта и побочных эффектов лекарственных средств (например, изменения настроения при приеме стероидов\*).

**Исключите маниакальный(е) эпизод(ы) в анамнезе.**

- Проверьте, был ли в прошлом период, когда **одновременно** присутствовали несколько из следующих симптомов:
  - сниженная потребность во сне;
  - приподнятое настроение, возбуждение или раздражительность;

- скачка мыслей, легкая переключаемость внимания;
- повышенная активность, ощущение прилива энергии или ускоренная речь;
- импульсивное или беспокойное поведение, например, чрезмерное увлечение играми, чрезмерная трата денег, принятие важных решений без соответствующего планирования;
- необоснованно повышенная самооценка.
- Оцените, в какой степени симптомы мешали повседневным занятиям или несли угрозу человеку или окружающим. Например:
  - *Была ли ваша чрезмерная активность проблемой для вас или вашей семьи? Кто-нибудь пытался госпитализировать или держать вас взаперти в этот период из-за вашего поведения?*
- В анамнезе есть маниакальный(е) эпизод(ы), если верно следующее:
  - несколько из 6 вышеперечисленных симптомов сохранялись более 1 недели;
  - симптомы значительно мешали повседневным занятиям или несли угрозу человеку или окружающим.
- Если когда-либо был маниакальный эпизод, вероятно, что депрессия – часть другого расстройства, называемого **биполярным расстройством\***, и требует другого лечения (см. врезку **ДЕП 2** в конце этого раздела).

**Исключите нормальные реакции на тяжелую утрату (например, утрату близкого человека, перемещение в другую местность) (см. раздел ГОРЕ).**

- ◆ Более вероятно, что наблюдаемая реакция – нормальная реакция на тяжелую утрату, если:
  - **со временем без клинического вмешательства происходит значимое улучшение;**
  - **отсутствуют все следующие симптомы:**
    - чувство никчемности
    - суицидальные мысли
    - **замедленные** по сравнению с обычным состоянием
    - **движения или речь**
    - психотические симптомы (бред или галлюцинации)
  - ► **В анамнезе нет депрессивного расстройства или маниакального эпизода и**
  - ► **симптомы незначимо мешают повседневным занятиям.**
    - Исключение: нарушенное функционирование может быть частью нормальной реакции на утрату близкого человека, если оно допустимо местной культурой.

\* Это описание депрессивного эпизода средней или тяжелой степени согласуется с текущей версией Международной классификации болезней 11-го пересмотра (далее - МКБ-11).

## **Симптомы пролонгированной реакции горя:**

**Исключите пролонгированную реакцию горя:** симптомы включают серьезную озабоченность или сильное стремление к умершему, сопровождающееся сильным эмоциональным страданием и существенными трудностями в выполнении повседневных занятий в течение как минимум последних 6 месяцев (и в течение периода, значительно превышающего принятый местными обычаями). При подозрении на это расстройство проконсультируйтесь со специалистом.

**Вопрос 3 для оценки состояния: имеется ли в настоящее время сопутствующее психическое и неврологическое расстройство или расстройство, связанное с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ), которое требует лечения?**

Оцените состояние на предмет наличия **мыслей или планов самоповреждения или самоубийства (см. раздел СУИ).**

Оцените состояние на предмет пагубного употребления алкоголя или наркотических средств **(см. раздел ВЕЩ).**

Если выявлено сопутствующее расстройство ПНВ, одновременное назначьте лечение этого расстройства и депрессивного расстройства средней или тяжелой степени.

## **ОСНОВНОЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ**

### **Психосоциальные меры**

#### **1. Проводите психообразование**

Ключевая информация для пациента и лиц, осуществляющих уход:

- Депрессия – очень распространенное расстройство, которое может развиваться у каждого.
- Возникновение депрессии не означает, что человек слабый или ленивый.
- Негативное отношение окружающих (например, «будь сильнее», «соберись») может быть связано с тем, что депрессия – неясное расстройство (в отличие от перелома или раны), и с ложным представлением, что люди могут легко контролировать депрессию силой воли.
- У людей с депрессией обычно нереалистичное негативное мнение о самих себе, их жизни и будущем. Их текущая ситуация может быть очень тяжелой, но депрессия может вызывать необоснованные мысли о собственной безнадежности и никчемности. Эти взгляды обычно уходят по мере излечения депрессии.
- Даже если это сложно, человек должен пытаться выполнять как можно больше из нижеперечисленных занятий, поскольку они могут поднять настроение:
  - постараться возобновить (или продолжить) занятия, которые раньше доставляли удовольствие;
  - постараться придерживаться режима сна и бодрствования;
  - обеспечивать как можно большую физическую активность;
  - постараться регулярно питаться, несмотря на изменение аппетита;

- постараться проводить больше времени с близкими друзьями и членами семьи;
- постараться как можно больше участвовать в жизни местного сообщества и другой общественной деятельности.
- Человек должен знать о возможности появления мыслей о самоповреждении или самоубийстве. Если он заметит такие мысли, он должен не следовать им, а рассказать о них близкому человеку и немедленно обратиться за помощью.

**2. Предложите психосоциальную поддержку в соответствии с рекомендациями в разделе «Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки» (см. раздел «Общие принципы оказания помощи»)**

Воздействуйте на психосоциальные факторы, вызывающие у человека стресс в настоящий момент.

Оказывайте дополнительную социальную поддержку.

- Постарайтесь возобновить прошлые социальные связи человека. Выявите прошлую общественную деятельность, возобновление которой могло бы оказать прямую или косвенную психосоциальную поддержку (например, семейные встречи, посещение соседей, местные социально-культурные мероприятия).

Научите человека, как справляться со стрессом.

**3. Если по месту проживания имеется обученный и курируемый психолог, рассмотрите возможность убедить людей с депрессивным расстройством средней или тяжелой степени пройти краткий курс психотерапии, в зависимости от доступного метода:**

- консультирование по решению проблем\*
- групповая психотерапия (ГПТ)\*
- когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)\*
- поведенческая активация\*.

**Медикаментозная терапия (Проводить согласно клиническим протоколам диагностики и лечения, одобренным МЗ РК)**

**1. Рассмотрите возможность назначения антидепрессантов**

**Детям младше 12 лет:**

- **Не** назначайте антидепрессанты.

**Подросткам в возрасте 12–18 лет:**

- **Не** рекомендуется назначать антидепрессанты в качестве первоочередного лечения. Сначала предложите психосоциальные меры.

**Взрослым:**

- Если у человека **сопутствующее соматическое заболевание**, проявления которого могут напоминать таковые депрессивного расстройства (см. **вопрос 2 для оценки состояния**), всегда сначала назначьте лечение этого заболевания. Рассмотрите возможность назначения антидепрессантов, если

симптомы депрессивного расстройства не ослабевают после лечения сопутствующих соматических заболеваний.

- Если вы подозреваете симптомы, являющиеся **нормальной реакцией** на тяжелую утрату (см. **вопрос 2 для оценки состояния**), не назначайте антидепрессанты.
- Обсудите с человеком и вместе решите, стоит ли назначать антидепрессанты. Объясните следующее:
  - Антидепрессанты не вызывают зависимости.
  - Очень важно принимать препарат каждый день в соответствии с указаниями врача.
  - В первые несколько дней могут возникать некоторые побочные эффекты (см. **таблицу ДЕП 1**), но обычно они проходят.
  - Обычно проходит несколько недель, прежде чем становится заметно улучшение настроения, появляется больше заинтересованности или прилив сил.
- Обычно следует продолжать прием антидепрессантов в течение не менее 9–12 месяцев после того, как человек почувствует себя лучше.
- Не следует прекращать прием препаратов потому лишь, что человек почувствует некоторое улучшение (это не обезболивающее от головной боли). Расскажите человеку о рекомендуемом временном периоде приема препарата.

Таблица ДЕП 1. Антидепрессанты

Группа	Международные названия	Начальная доза, мг/сут	Терапевтическая доза, мг/сут*
Селективные ингибиторы Обратного захвата серотонина	Флуоксетин	5-10	20-60
	Флувоксамин	25-50	100-200
	Сертралин	25	100-200
	Пароксетин	10	20-40
	Циталопрам	10	20-40
	Эсциталопрам	5-10	10-20
Трициклические Антидепрессанты	Кломипрамин	10-25	25-50
Ингибиторы захвата серотонина норадреналина	Венлафаксин	37,5	150-225
	Дулоксетин	30	60-120
Бензодиазепины	Алпразолам	0,75-1	2-4
	Клоназепам	0,5-1	1-2

	Лоразепам	1,5-2	4-8
--	-----------	-------	-----

2. Если решено назначить антидепрессанты, подберите подходящий препарат (см. таблицы ДЕП 1,2)

Выберите антидепрессант, исходя из возраста человека, сопутствующих заболеваний и профиля побочных эффектов препарата (см. таблицы ДЕП 1 и 2).

**У подростков 12 лет и старше:**

- Рассмотрите возможность назначения **флуоксетина** (но не другого селективного ингибитора обратного захвата серотонина (СИОЗС) и не трициклических антидепрессантов (ТЦА)), только если симптомы сохраняются или ухудшаются, несмотря на психосоциальные меры.

**У беременных или кормящих женщин:**

- по возможности избегайте назначения антидепрессантов; рассмотрите возможность применения антидепрессантов в самой низкой эффективной дозе, если нет улучшения в ответ на психосоциальные меры; если женщина кормит грудью, избегайте назначения флуоксетина.

По возможности проконсультируйтесь со специалистом.

**У пожилых людей:**

- По возможности избегайте назначения amitriptyline.

**У людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями:**

- Не назначайте amitriptyline.

**У людей с суицидальными мыслями или планами:**

- **Флуоксетин** – препарат первой линии. При непосредственном риске самоповреждения или самоубийства (см. *раздел СУИ*) выдавайте ограниченный запас антидепрессантов (например, при каждом визите – только на одну неделю). Попросите лиц, осуществляющих уход за пациентом, хранить препараты у себя и следить за их приемом, а также часто наблюдать за подопечным для предупреждения передозировки препарата.

Таблица ДЕП 2.

	Амитриптилин <sup>а</sup> (ТЦА <sup>б</sup> )	Флуоксетин (СИОЗС <sup>с</sup> )
<b>Начальная доза для взрослых</b>	25–50 мг перед сном	10 мг раз в день. Повысить до 20 мг через 1 неделю
<b>Начальная доза для подростков</b>	Неприменимо (не назначайте подросткам ТЦА)	10 мг раз в день
<b>Начальная доза для пожилых и людей с другими соматическими заболеваниями</b>	25 мг перед сном	10 мг раз в день

<b>Повышение дозы у взрослых</b>	Повышение на 25–50 мг в неделю	Если в течение 6 недель нет ответа, повысьте дозу до 40 мг раз в день
<b>Обычная эффективная доза для взрослых</b>	100–150 мг (высшая доза – 300 мг) <sup>d</sup>	20–40 мг (высшая доза – 80 мг)
<b>Обычная эффективная доза для подростков, пожилых и людей с другими соматическими заболеваниями</b>	50–75 мг (высшая доза – 100 мг) Не назначать подросткам	20 мг (высшая доза – 40 мг)
<b>Серьезные и редкие побочные эффекты</b>	Сердечная аритмия	Пролонгированная акатизия* Нарушения гемостаза у людей, принимающих аспирин или другие нестероидные противовоспалительные средства* Идеи самоповреждения (в особенности у подростков и молодых людей).
<b>Частые побочные эффекты</b>	Ортостатическая гипотензия (риск падения), сухость во рту, запор, затруднения с мочеиспусканием, головокружение, нечеткость зрения и седация	Головная боль, беспокойство, нервозность, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, обратимая сексуальная дисфункция
<b>Внимание</b>	Немедленно прекратите лечение в случае маниакального эпизода	Немедленно прекратите лечение в случае маниакального эпизода

a) Входит в перечень препаратов ГОБМП РК для оказания неотложной медицинской помощи (согласно Постановления Правительства Республики Казахстан от 16 октября 2020 года № 672 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»)

b) ТЦА означает трициклический антидепрессант

c) СИОЗС означает селективный ингибитор обратного захвата серотонина

d) Минимальная эффективная доза у взрослых: 75 мг (седация может наблюдаться и при меньших дозах).

### 3. Последующее наблюдение

Предложите **регулярное последующее наблюдение**.

- Составьте план регулярных посещений в соответствии с «Принципами лечения» (см. раздел «Общие принципы оказания помощи») и проводите

последующее наблюдение в соответствии с этим планом.

- Запланируйте вторую встречу в течение 1 недели и последующие встречи – в зависимости от течения болезни.

### **Врезка ДЕП 2. Медикаментозное лечение текущего депрессивного эпизода у человека с биполярным расстройством**

**Никогда не назначайте людям с биполярным расстройством антидепрессанты без нормотимических средств, поскольку прием антидепрессантов может привести к маниакальному эпизоду.**

Если у человека в анамнезе есть маниакальный эпизод:

Проконсультируйтесь со специалистом.

Если не получается сразу получить консультацию специалиста, назначьте антидепрессант в комбинации с нормотимическим средством, таким как карбамазепин или вальпроевая кислота (см. таблицу ДЕП 2).

- **Начните с низкой дозы препарата. Постепенно повышайте дозу в последующие недели.**
  - По возможности избегайте назначения карбамазепина и вальпроевой кислоты женщинам, которые беременны или планируют беременность, по причине потенциальной опасности препарата для плода. Решение о назначении нормотимических препаратов беременной женщине следует принимать вместе с ней самой. Следует принимать во внимание степень тяжести и частоту маниакальных и депрессивных эпизодов.
- Проконсультируйтесь со специалистом по поводу продолжающегося лечения биполярного расстройства.

Сообщите пациенту, что при развитии симптомов маниакального эпизода необходимо немедленно прекратить прием антидепрессантов и обратиться за помощью; то же самое сообщите и лицам, осуществляющим уход за человеком.

Таблица ДЕП 3. Нормотимические средства при биполярном расстройстве

	<b>Карбамазепин</b>	<b>Вальпроевая кислота</b>
<b>Начальная доза</b>	200 мг/день	400 мг/день
<b>Обычная эффективная доза</b>	400–600 мг/день (высшая доза – 1400 мг/день)	1000–2000 мг/день (высшая доза – 2500 мг/день)
<b>Режим дозирования</b>	Два раза в день, прием внутрь	Два раза в день, прием внутрь
<b>Редкие, но серьезные побочные эффекты</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Тяжелая кожная сыпь (синдром Стивенса – Джонсона*, токсический эпидермальный некролиз*)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Сонливость</li><li>▪ Спутанность сознания</li></ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Угнетение костного мозга*</li> </ul>	
<b>Частые эффекты</b>	<b>побочные</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Сонливость</li> <li>▪ Нарушение походки</li> <li>▪ тошнота</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Летаргия</li> <li>▪ Седация</li> <li>▪ Тремор</li> <li>▪ Тошнота, диарея</li> <li>▪ Увеличение массы тела</li> <li>▪ Преходящее выпадение волос (рост волос восстанавливается в течение 6 месяцев)</li> <li>▪ Нарушение функции печени</li> </ul>

## **ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР)**

Как упоминалось в разделе, посвященном острому стрессовому расстройству (ОСР), у взрослых, подростков и детей часто развиваются различные психологические реакции или симптомы после сильного стресса в чрезвычайных гуманитарных ситуациях. У большинства людей эти симптомы со временем проходят.

Если специфический, характерный комплекс симптомов (*повторяющиеся чувства, избегание похожей обстановки и ситуаций, чрезмерная осторожность, тревожность и повышенное чувство опасности*) сохраняются в течение более месяца после травмирующего или потенциально травмирующего события\*, у человека могло развиться посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Несмотря на свое название, ПТСР не обязательно единственное или основное расстройство, вызванное травмирующими событиями. Такие явления могут вызывать многие другие психические и неврологические расстройства и расстройства, связанные с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ), описанных в настоящем руководстве.

### **Типичные жалобы пациента с ПТСР при первом контакте**

Людей с ПТСР может быть сложно отличить от страдающих вследствие других проблем, поскольку они могут изначально прийти на прием по поводу других неспецифических симптомов, таких как:

- Нарушение сна (например, недостаток сна);
- Раздражительность, устойчивое тревожное и подавляющее настроение;
- Множественные стойкие соматические симптомы без ясной физической причины (например, головные боли, сильное сердцебиение).

Однако в процессе общения выясняется, что они страдают характерными симптомами ПТСР.

***Вопрос 1 для оценки состояния: человек перенес потенциально травмирующее событие более 1 месяца назад?***

**Спросите, перенес ли человек потенциально травмирующее событие.** Это любое устрашающее или пугающее событие, такое как физическое или сексуальное насилие (включая домашнее насилие), присутствие при актах жестокости, разрушение собственного жилища или крупные аварии или травмы. Вы можете задать следующие вопросы:

- *Как на вас повлияла катастрофа/конфликт? Ваша жизнь была в опасности? Вы испытали нечто очень страшное или ужасающее или чувствовали себя очень плохо дома или в местном сообществе?*

Если человек перенес потенциально травмирующее событие, спросите, когда это произошло.

***Вопрос 2 для оценки состояния: если потенциально травмирующее событие произошло более 1 месяца назад, есть ли у человека ПТСР?<sup>8</sup>***

Оцениваются:

- Симптомы повторного переживания. Это повторяющиеся и нежелательные воспоминания о событии, как будто оно происходит здесь и сейчас (например, в форме кошмарных снов, ярких повторных переживаний\* или навязчивых воспоминаний\*, сопровождающихся сильным страхом или ужасом).
  - У детей это может включать многократное проигрывание или рисование событий. У маленьких детей могут быть кошмарные сны с нечетким содержанием.
- Симптомы избегания. Включают сознательное избегание мыслей, воспоминаний, занятий или ситуаций, напоминающих человеку о событии (например, избегание разговоров на темы, которые напоминают о событии, или избегание посещения мест, где произошло событие).
- Симптомы, связанные с повышенным чувством опасности (часто называемые «симптомами перевозбуждения»). Они включают чрезмерное беспокойство и ожидание опасности или сильную реакцию на громкие звуки или неожиданные движения (например, человек нервный или «на взводе»).
- Существенно мешают повседневным занятиям.

Если все вышеперечисленное сохраняется примерно в течение 1 месяца после события, вероятно ПТСР.

***Вопрос 3 для оценки состояния: имеется ли сопутствующее расстройство?***

Оцените состояние на предмет наличия и назначьте лечение любого **сопутствующего соматического заболевания**, которое может объяснить симптомы.

Оцените состояние на предмет наличия и назначьте лечение **всех остальных расстройств ПНВ**, описанных в настоящем руководстве.

*8. Описание ПТСР согласовано с текущим проектом МКБ-11, но с одним отличием: МКБ-11 позволяет ставить диагноз ПТСР в течение 1 месяца (например, нескольких недель) после события. Проект МКБ-11 не включает неспецифические симптомы ПТСР, такие как оцепенение и тревожное возбуждение.*

## **ОСНОВНОЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ**

### **1. Расскажите о ПТСР**

**Объясните, что:**

- У многих людей ПТСР со временем проходит полностью без лечения. Тем не менее некоторые люди остаются нетрудоспособными вследствие такого расстройства.
- Люди с ПТСР многократно переживают нежелательные воспоминания о травмирующем событии. Когда это происходит, у них могут возникать такие эмоции, как страх и ужас, сходные с чувствами, которые они испытали во время события, часто, сопровождаемые ночными кошмарами.
- Людям с ПТСР может казаться, что они все еще в опасности, и это вызывает очень сильное эмоциональное и физическое напряжение. Существует высокая чувствительность к неожиданным и громким звукам, они легко пугаются либо находятся в состоянии тревоги и постоянного ожидания

опасности.

- Люди с ПТСР стремятся избегать любых напоминаний о событии. Такое избегание часто создает в обычной жизни проблемы.
- При ПТСР также могут наблюдаться другие соматические и психические нарушения, такие как боли по всему телу, сниженный фон настроения, вялость, утомляемость, раздражительность и подавленное настроение.

#### **Посоветуйте человеку:**

- Придерживаться обычного ежедневного распорядка,
- насколько это возможно.
- Поговорить с близкими людьми о том, что случилось и как он себя чувствует, но только, когда он будет к этому готов.
- Найти себе расслабляющие занятия, чтобы снизить тревожность и напряжение.
- Не употреблять алкоголь или наркотики, чтобы справиться с симптомами ПТСР.

**2. Предложите психосоциальную поддержку в соответствии с рекомендациями в разделе «Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки» (см. раздел «Общие принципы оказания помощи») Воздействуйте на психосоциальные факторы, вызывающие у человека стресс в настоящий момент.**

- Если человек стал жертвой серьезного нарушения прав человека, обсудите с ним возможность направления в проверенную защитную или правозащитную организацию.

Оказывайте дополнительную социальную поддержку.

Научите человека, как справляться со стрессом.

**3. Если по месту жительства доступен обученный и курируемый психолог, рассмотрите возможность направления на:**

**когнитивно-поведенческую терапию с акцентом на травмирующем переживании\***

десенсибилизацию и переработку движениями глаз (ДПДГ)\*

**4. Рассмотрите возможность назначения взрослым антидепрессантов (селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или трициклических антидепрессантов), если когнитивно-поведенческая терапия, ДПДГ или методики управления стрессом неэффективны или недоступны.» В разделе, посвященном депрессивному расстройству средней или тяжелой степени, более подробно описано назначение антидепрессантов (см. раздел ДЕП).**

#### **5. Последующее наблюдение**

Составьте план регулярных посещений в соответствии с «Принципами лечения» (см. раздел «Общие принципы оказания помощи») и проводите последующее наблюдение в соответствии с этим планом.

НЕ предлагайте антидепрессанты для лечения ПТСР у детей и подростков.

Запланируйте вторую встречу в течение 2–4 недель и последующие встречи – в

зависимости от течения.

## ПСИХОЗЫ

Взрослые и подростки, страдающие психозом, могут быть полностью, непоколебимо убеждены в существовании образов, звуков или иных ощущений, которые возникают в сознании больного человека без внешнего раздражителя или возникновения у них не соответствующих реальности болезненных представлений, рассуждений и выводов. Окружающие обычно считают их ложное восприятие, убеждения и переживания ненормальными, но они не поддаются переубеждению. Люди, страдающие психозом, часто не понимают, что у них нарушено психическое состояние. У них часто возникают проблемы во многих сферах жизни.

Гуманитарные катастрофы могут сопровождаться возникновением крайне стрессовых ситуаций, появлением страха, разрушением системы социальной поддержки и системы здравоохранения, а также проблемами в обеспечении лекарственными препаратами. Эти изменения могут приводить к развитию острого психоза или усугублению имеющихся симптомов этого заболевания. В чрезвычайных ситуациях люди, страдающие психозом, крайне уязвимы, так как в таких случаях высока вероятность нарушения их прав в различных сферах жизни – они рискуют остаться без надзора и опеки, лишиться места жительства, стать жертвой надругательств и социальной стигматизации.

### **Типичные жалобы пациента при первом контакте**

- Растерянность и недоумение
- Изменчивое настроение (апатия, тоска, чрезмерная агрессивность, возбуждение)
- Поведенческие нарушения (например: неряшливый внешний вид, бессвязность речи, бесцельное хождение, бормотание и смех про себя)
- Нерациональные убеждения
- Видит объекты, которых нет
- Слышит голоса, шум, звуки, которых нет в реальности
- Крайняя подозрительность
- Отрешенность от окружения
- Замыкание в себе, безразличие ко всему;
- Уход во внутренний мир
- Отсутствие мотивации к занятиям повседневными делами.

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ**

### ***Вопрос 1 для оценки состояния: есть ли у человека психоз?***

Необходимо отметить, что несмотря на то, что у людей, страдающих психозом, могут быть патологические мысли, ненормальные убеждения или речевые нарушения, это не значит, что все, что они говорят, неправильно или вымышлено. Для принятия правильного решения о наличии психоза очень важно внимательно вслушаться в речь человека. Для всесторонней оценки состояния может потребоваться несколько встреч. Часто ценную информацию можно получить от лиц, осуществляющих уход.

### **Оцените состояние на предмет наличия следующих отклонений:**

- **Бред\*** (стойкие ложные убеждения или подозрения, которые сохраняются даже при наличии доказательств обратного)

Если ставится задача выявить наличие бредовых идей, целесообразно для начала попросить пациента объяснить другие симптомы или описанные им неприятные ощущения. Не рекомендуется спрашивать прямо, потому что страдающий не осознает разницы между ним и другими убеждениями. Можно предполагать наличие бреда, основываясь на информации, полученной от других лиц.

**Вопросы с целью выявления бреда:**

- *Верите ли вы в то, что другие люди знают, о чем вы думаете, хотя вы не высказывали своих мыслей вслух?*
- *Вы когда-нибудь чувствовали, что некоторые мысли не принадлежат собственно Вам, а внедрены в ваше сознание извне?*
- *Ощущаете ли вы иногда, что мысли изымают у вас из головы?*
- *Чувствуете ли вы, что какая-то внешняя сила пытается управлять вами?*
- *Не бывает ли у вас ощущения, что ваши действия контролируются каким-то лицом или чем-то, находящимся вне вас?*
- *Не бывает ли у Вас мысли о том, что Ваш(а) супруг(а) / друг, могут быть неверны Вам? Какие подтверждения тому у Вас есть?*
- *Не бывает ли у Вас ощущения, что Вы совершили что-то ужасное?*
- *Есть ли что-то такое, за что Вас мучает совесть?*
- *Можете ли Вы рассказать об этом?*
- *Кажется ли Вам, что Вы заслуживаете наказания за это?*
- *Думаете ли Вы иногда о том, чтобы наказать себя?*
- *Не возникает ли мыслей, что Вы можете добиться чего-то великого?*
- *Если бы Вы сравнили себя со средним человеком, как бы Вы оценили себя: немного лучше, немного хуже или такой же?*
- *Если хуже; то в чем? Есть ли в Вас что-то особенное?*
- *Есть ли у Вас какие-либо особые способности, дарования или возможности, имеете ли Вы экстрасенсорное восприятие или какой-то способ влиять на людей?*
- *Считаете ли Вы себя яркой личностью?*
- *Можете ли Вы описать, чем Вы знамениты?*
- *Близки ли Вы к Богу? Означил ли Бог особую роль или цель для Вас?*
- *Имеете ли Вы особую миссию в жизни?*
- *Нет ли каких-либо нарушений в работе Вашего организма?*
- *Не замечали ли каких-нибудь изменений Вашего внешнего вида?*
- *Входя в комнату, где находятся люди, не думаете ли Вы, что они разговаривают о Вас и, может быть, смеются над Вами?*
- *Бывает по телевидению, в радиопрограммах и газетах какая-то информация, имеющая отношение лично к Вам?*
- *Как реагируют на Вас незнакомые люди в общественных местах, на улице, в*

*транспорте?*

- *Некоторые люди верят в возможность передавать мысли на расстояние. Каково Ваше мнение?*
  - *Не приходилось ли Вам испытывать ощущение несвободы, не связанное с внешними обстоятельствами?*
  - *Не было ли когда-нибудь впечатления, что Ваши мысли или чувства не принадлежат Вам?*
  - *Приходилось ли Вам ощущать, что какая-то сила управляет Вашими движениями?*
  - *Чувствовали ли Вы когда-нибудь необычное воздействие?*
  - *Было ли это воздействие со стороны какого-то человека?*
  - *Не было ли необычным образом вызванных неприятных либо приятных ощущений в теле?*
  - *Не случалось ли Вам чувствовать, что люди могут знать, о чем Вы думаете, или даже читать Ваши мысли?*
  - *Как они могут делать это? Зачем им это нужно?*
  - *Можете ли Вы сказать, кто контролирует Ваши мысли?*
- **Галлюцинации\*** (образы, звуки или иные ощущения, которые возникают в сознании больного человека без внешнего раздражителя)

Не рекомендуется задавать вопрос – «видится или слышится» что-то больному. Лучше, если эти вопросы будут наводящими, чтобы побудить больного к активному рассказу о своих переживаниях. Важно не только то, что рассказывает больной, но и как рассказывает: охотно или неохотно, со стремлением к диссимуляции или без такого стремления, с интересом, с видимой эмоциональной окраской, аффектом страха или безразлично, равнодушно.)

**Вопросы с целью выявления галлюцинаций:**

- *Приходилось ли Вам слышать какие-либо звуки или голоса, когда никого нет рядом с Вами или Вы не понимали откуда они?*
- *Слышите ли Вы голоса, описывающие или обсуждающие Ваши действия и мысли?*
- *Что они говорят?*
- *Сколько голосов удается различить?*
- *Что они обсуждают?*
- *Что это за звуки (голоса)?*
- *Откуда Вы их слышите?*
- *Голоса просто констатируют совершаемое Вами?*
- *Слышите ли Вы какие-нибудь оценки своих действий, мыслей?*
- *Не приходилось ли Вам слышать голоса, приказывающие или советующие сделать что-либо?*

- Знакомы ли Вам необычные ощущения прикосновения в отсутствии кого-либо, кто мог бы сделать это?
- Не испытывали ли Вы когда-нибудь внезапного изменения веса своего тела, ощущения легкости или тяжести, погружения или полета.
- Испытываете ли Вы какие-нибудь необычные запахи или запахи, которые другие не ощущают? Что это за запахи?
- Приходилось ли Вам чувствовать, что обычная пища изменила свой вкус?
- Ощущаете ли Вы какой-нибудь вкус вне приема пищи?
- Приходилось ли Вам видеть то, что другие люди увидеть не в состоянии?
- Были ли у Вас видения?
- Что Вы видели?
- В какое время суток это случилось с Вами?
- Связано ли это с моментом засыпания или пробуждения?
- **Дезорганизация мышления** (Человек перескакивает с одной темы на другую без логических связей, и за его речью трудно следить).
  - Ответы могут быть односложными или очень короткими;
  - Наблюдается внезапная остановка речи прежде, чем мысль завершена;
  - Мысли могут приобретать произвольное, неуправляемое течение.
  - Человек пространно рассуждает о всем известных вещах, пересказывая и утверждая банальные истины;
- **Поведенческие нарушения:** например - странное, вызывающее, бесцельное или возбужденное поведение, поддержание необычного положения тела или полная неподвижность. (Наблюдаются стереотипии, застывание в позах, эхопраксия, противоположность и восковая гибкость, дискинезии, которые характеризуется жевательными и сосательными движениями, гримасничаньем и хореоатетозными движениями, захватывающими лицо, конечности и дыхательную мускулатуру).

**Внешние проявления:**

- Человек выглядит очень скованным.
- Движения замедлены.
- Сидит неподвижно в течение всей беседы.
- Недостаточная жестикуляция или ее отсутствие
- Обнаруживает некоторое уменьшение выразительности жестов.
- Не использует для выражения своих идей и чувств движения руками, наклоны вперед при сообщении чего-то доверительного и т.д.
- Отсутствует эмоциональный ответ (Недостаточность эмоционального резонанса может быть проверена улыбкой или шуткой, которая обычно вызывает ответную улыбку или смех).
- Монотонность голоса, снижение голосовой модуляции.

- Во время беседы мало выделяются высотой или силой тона.
- Не меняет тембр или громкость голоса при обсуждении сугубо личных тем, способных вызвать возмущение.

▪ **Нарушения настроения:**

**Депрессия** (подавленное настроение): Пациенты испытывают чувства печали, уныния, безнадежности, обескураженности, чувствуют себя несчастными; тревога, напряженность или раздражительность также должны оцениваться как дисфорическое настроение. Оценка производится безотносительно длительности настроения.

**Мания** (повышенное настроение): Приподнятое настроение часто сопровождается мыслями, отражающими чрезмерную самоуверенность, завышенную оценку своих способностей и сумасбродные планы.

**Вопросы с целью выявления аффективных нарушений:**

- Испытывали ли Вы напряженность (тревогу, раздражительность)?
  - Как долго это длилось?
  - Испытывали ли Вы периоды подавленности, грусти, безнадежности?
  - Знакомо ли Вам состояние, когда Вас ничто не радует, когда Вам все безразлично?
  - Какое у вас настроение?
  - Как вы себя чувствуете в смысле душевного состояния?
  - Как вы думаете, что с вами будет в будущем?
  - Вините ли вы себя в чем-нибудь?
  - Замечаете ли вы какие-либо изменения в своем организме, когда ощущаете тревогу?
  - Чувствуете ли вы необычайную бодрость?
  - Как изменяется настроение и соответствует ли оно ситуации?
  - Были ли у Ваших родственников, друзей основания думать, что Ваше состояние выходит за рамки просто хорошего настроения?
  - Испытывали ли Вы раздражительность? Как долго это состояние длилось?
  - Что обычно доставляет Вам удовольствие? Радует ли Вас это сейчас?
  - Нет ли у Вас чувства недовольства собой в последнее время? С чем это связано?
  - Что в Вашей жизни можно расценить как Ваше личное достижение?
  - Не испытываете ли Вы чувства виновности?
  - Не могли бы Вы рассказать, в чем Вы себя обвиняете?
  - Изменился ли Ваш аппетит?
  - Не похудели / пополнели ли Вы в последнее время?
  - Какое время суток является наиболее тяжелым для Вас?
  - Вы чувствуете себя тяжелее утром или вечером?
- **Длительно сохраняющиеся симптомы**, которые приводят к нарушению нормальной жизнедеятельности, в том числе:
- вялость или отсутствие мотивации заниматься повседневными делами и работой;
  - апатия и социальная самоизоляция;
  - плохой уход или полное отсутствие ухода за собой (*Внешний вид пациента,*

*его манера одеваться позволяет сделать вывод о волевых качествах. Пренебрежение к себе, проявляющееся в неряшливом виде и измятой одежде, наводит на мысль о нескольких возможных диагнозах, включая алкоголизм, наркоманию, депрессию, деменцию или шизофрению);*

- ослабление эмоциональных реакций и способности выражать эмоции.

***Вопросы с целью выявления длительно сохраняющихся симптомов:***

- *Не испытываете ли Вы большей, чем обычно, усталости, выполняя обычные дела?*
- *Приходится ли чувствовать физическое и/или душевное истощение?*
- *Испытываете ли Вы полное безразличие ко всему происходящему?*
- *Не тяготитесь ли происходящими негативными изменениями в жизни?*
- *Не беспокоитесь ли отсутствием гигиенических процедур?*

Психоз может иметь место при наличии нескольких симптомов. Всегда оценивайте непосредственный риск суицида (см. раздел СУИ), нанесения повреждений этим человеком другим людям и нанесения повреждений данному человеку другими людьми.

***Вопрос 2 для оценки состояния: есть ли острые соматические состояния, которые могут приводить к появлению симптомов психоза и на которые можно повлиять?***

Исключите развитие делирия\* вследствие острых соматических состояний, таких как травма головы, инфекция (например, системное заболевание, сепсис\* или уросепсис\*), обезвоживание и нарушения обмена веществ (например, гипогликемия\*, гипонатриемия\*).

Исключите побочные эффекты медикаментозной терапии (например, некоторых антихолинергических препаратов).

Исключите алкогольную или лекарственную интоксикацию или синдром отмены алкоголя или лекарственных препаратов (см. раздел СУИ).

Спросите человека об употреблении алкоголя и применении галлюциногенных, седативных или других лекарственных препаратов.

Спросите человека о наличии соматических заболеваний (сердца, печени, почек, системных), а также неврологических расстройств (инсульты, черепно-мозговые травмы, интоксикации, опухоли и т.д.).

Проверьте, есть ли запах алкоголя.

***Вопрос 3 для оценки состояния: соответствует ли состояние человека критериям маниакального эпизода?***

Маниакальный эпизод может иметь место при наличии нескольких из этих симптомов в течение одной недели; при этом либо данные симптомы серьезно нарушают повседневную жизнь человека, либо невозможно обеспечить безопасность при нахождении человека дома.

Исключите манию.

Оцените состояние на предмет наличия следующих отклонений:

- сниженная потребность во сне;
- приподнятое настроение, возбуждение или раздражительность;
- скачка мыслей, легкая переключаемость внимания;
- повышенная активность, ощущение прилива энергии или ускоренная речь;
- импульсивное или беспокойное поведение (например: чрезмерное увлечение играми, чрезмерная трата денег, принятие важных решений без соответствующего планирования);
- необоснованно завышенная самооценка.

## **ОСНОВНОЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ**

### **Медикаментозное лечение**

1. Психоз при отсутствии острых соматических состояний, которые могут быть его причиной

- Назначьте пероральный нейролептик. Рассмотрите возможность внутримышечного (в/м) введения препарата (*только в тех случаях, когда прием препаратов внутрь невозможен*). Узнайте, принимал ли человек ранее какой-либо нейролептик, который позволял контролировать симптомы. Если да, назначьте этот препарат в той же дозе. При отсутствии этого препарата назначьте другой препарат. На начальном этапе лечения будет необходимо участие лица, осуществляющего уход, или медицинского работника, которые должны будут хранить препарат и выдавать его пациенту, чтобы обеспечить соблюдение режима лечения.
- Назначайте одновременно только один нейролептик (*например, галоперидол; см. таблицу ПСИ 1*).
- Начинайте с низкой дозы и повышайте дозу постепенно: начинайте с минимальной терапевтической дозы и медленно повышайте ее до достижения необходимого эффекта на фоне минимальной эффективной дозы.
- Перед тем как принять решение о неэффективности лечения, оцените эффект препарата при применении его в обычной эффективной дозе в течение достаточно- го количества времени (*как минимум 4–6 недель*) (*см. таблицу ПСИ 1*).
- Женщинам, планирующим беременность, беременным и кормящим матерям назначайте препарат в минимальной эффективной дозе для приема внутрь.
- Если тревожное возбуждение не удастся устранить только с помощью нейролептика, назначьте бензодиазепин (*например, диазепам; максимальная доза 5 мг внутрь*) и незамедлительно проконсультируйтесь с психиатром.
- Проводите лечение побочных эффектов.
- При наличии выраженных острых экстрапирамидных побочных эффектов, таких как паркинсонизм (*сочетание тремора\*, ригидности мышц и уменьшения движений тела*) или акатизия (*неспособность спокойно сидеть*):

- уменьшите дозу нейролептика;
- если, несмотря на снижение дозы, экстрапирамидные побочные эффекты сохраняются, рассмотрите возможность назначения антихолинергических препаратов на короткий срок (например, Тригексифенидила на 4–8 недель; см. таблицу ПСИ 2).
- При наличии острой дистонии (острого спазма мышц, обычно мышц шеи, языка и жевательных мышц):
  - временно отмените нейролептик и назначьте антихолинергический препарат (например, Тригексифенидил; см. таблицу «ПСИ 2»). При отсутствии этих препаратов можно использовать диазепам для обеспечения расслабления мышц.
- По возможности проконсультируйтесь с психиатром по вопросам продолжительности лечения и отмены нейролептиков.
- Обычно рекомендуется продолжать прием нейролептика в течение как минимум 12 месяцев после исчезновения симптомов.
- При отмене препарата необходимо медленно снижать его дозу (в течение нескольких месяцев).
- Нельзя резко отменять прием препарата.
- *см. Клинические протокола диагностики и лечения «Острые психозы» от 10.11.2017г, одобрен МЗ РК.*

2. Симптомы психоза, вызванные острыми соматическими состояниями (например, синдромом отмены алкоголя с делирием)

*Проводите лечение острой патологии*

- Информация по лечению синдрома отмены алкоголя приведена во врезке 1 в разделе ВЕЩ.
- *см. Клинические протокола диагностики и лечения «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя» от 27.08.2015г, одобрен МЗ РК.*
- При наличии других острых соматических состояний помимо синдрома отмены алкоголя при необходимости назначьте пероральный нейролептик (например, галоперидол; начальная доза 0,5 мг с повышением до 2,5–5 мг 3 раза в день). Назначайте нейролептик только при необходимости устранить тревожное возбуждение, симптомы психоза и агрессию. Как только эти симптомы исчезнут, отмените препарат. Рассмотрите возможность внутримышечного введения препарата по 1 мл/5 мг 2 раза в день (только в тех случаях, когда прием препаратов внутрь невозможен).

3. Маниакальный эпизод

Назначьте пероральный нейролептик (см. выше п. 1 в разделе «Медикаментозная терапия»).

При сохранении выраженного тревожного возбуждения несмотря на прием нейролептика рассмотрите возможность дополнительного назначения бензодиазепамина (например, диазепама; максимальная доза 5 мг внутрь) и незамедлительно

проконсультируйтесь с психиатром/наркологом.

Маниакальный эпизод – это проявление биполярного расстройства\*. После купирования маниакального приступа человека необходимо обследовать и назначить нормотимическое средство (например, вальпроевую кислоту или карбамазепин) для лечения биполярного расстройства. Проконсультируйтесь с психиатром и (или) следуйте рекомендациям по лечению, приведенным в Клиническом протоколе диагностики и лечения МЗ РК «Мании без психотических симптомов».

Таблица ПСИ 1. Нейролептики

Препарат	Галоперидол <sup>а</sup>	Хлорпромазин	Рisperидон
Начальная доза	2,5 мг/день	50–75 мг/день	2 мг/день
Обычная эффективная доза	4–10 мг/день (высшая доза – 20 мг)	75–200 мг/день <sup>б</sup> (высшая доза – 300 мг)	4–6 мг/день (высшая доза – 8 мг)
Путь введения	Внутрь/внутримышечно	Внутрь/внутримышечно	Внутрь
<b>Значимые побочные эффекты:</b>			
Экстрапирамидные побочные эффекты*	+++	+	+
Седация (особенно в пожилом возрасте)	+	+++	+
Затрудненное начало мочеиспускания		++	
Ортостатическая гипотензия*	+	+++	+
Злокачественный нейролептический синдром*	Редко <sup>с</sup>	Редко <sup>с</sup>	Редко <sup>с</sup>

а) Входит в перечень препаратов ГОБМП для оказания неотложной медицинской помощи (МЗ РК, 2020 г.)

б) В тяжелых случаях может потребоваться доза до 1 г.

с. При подозрении на этот синдром необходимо незамедлительно отменить нейролептики, обеспечить общее охлаждение организма пациента и адекватную инфузионную терапию.

Таблица ПСИ 2. Антихолинергические препараты

Препарат	Тригексфенидил <sup>а</sup>
Начальная доза	1 мг/день
Обычная эффективная доза	5–15 мг/день (высшая доза – 20 мг)
Путь введения	Внутрь
Спутанность сознания, нарушение памяти (особенно в пожилом возрасте)	+++
Седация (особенно в пожилом возрасте)	+
Затрудненное начало мочеиспускания	++

а) Входит в перечень препаратов ГОБМП для оказания неотложной медицинской помощи (МЗ РК, 2020 г.)

### Психосоциальные меры

Для всех случаев:

#### 1. Проводите психообразование

Ключевая информация для пациента и лица (лиц), осуществляющих уход:

- Психоз можно лечить, и человек может вылечиться.
- Стресс может усугубить симптомы психоза.
- Расскажите о причине, болезненных симптомах, динамике, прогнозе, осложнениях, последствиях психоза
- Постарайтесь, насколько возможно, продолжать общественную деятельность, учебу и работу, даже если это сложно в чрезвычайной ситуации.
- Не употребляйте алкоголь, наркотики, получаемые из конопли, и безрецептурные препараты, так как они могут усугубить симптомы психоза.
- Люди, страдающие психозом, должны регулярно принимать назначенные препараты и посещать врача, который будет осуществлять наблюдение.
- Обращайте внимание на повторное возникновение и усугубление симптомов психоза. Обратитесь в лечебное учреждение, так как может возникнуть необходимость изменить лечение.

Информация для лиц, осуществляющих уход:

- Не пытайтесь убедить человека, что его убеждения и переживания ложные или не соответствуют действительности.
- Старайтесь вести себя нейтрально и оказывать поддержку человеку, даже когда он ведет себя необычно или агрессивно.
- Старайтесь не вступать в конфликты с подопечным и не проявлять враждебность по отношению к нему.

- Старайтесь не ограничивать свободу передвижения подопечного. Старайтесь не сдерживать подопечного, принимая при этом основные меры по обеспечению его безопасности и безопасности других людей.
- Психоз не возникает в результате колдовства и воздействия духов.
- Не возлагайте вину на человека и других членов семьи и не обвиняйте их в том, что они стали причиной развития психоза.
- Если женщина недавно родила ребенка, не оставляйте ее одну с ребенком – это позволит обеспечить безопасность новорожденного.

## **2. Способствуйте повторной социальной адаптации человека**

Пообщайтесь с сотрудниками службы охраны психического здоровья и/или социальным работником, для того, чтобы окружение легче приняло человека, страдающего психозом, и терпимее относилось к нему.

Способствуйте участию человека в экономической и социальной жизни местного сообщества.

Свяжитесь с сотрудниками организаций, представляющих ресурсы местного сообщества, такими как местные медицинские работники, сотрудники служб защиты, социальные работники и сотрудники служб по работе с инвалидами.

Попросите их помочь человеку вернуться к нормальной общественной жизни, учебе и работе.

**3. Обеспечьте помощь и поддержку лицам, осуществляющим уход, в соответствии с «Принципами снижения стресса и укрепления социальной поддержки» (см. раздел «Общие принципы оказания помощи»)**

### **Последующее наблюдение**

Составьте план регулярных посещений в соответствии с «Принципами лечения» (см. раздел «Общие принципы оказания помощи») и проводите последующее наблюдение в соответствии с этим планом.

Назначьте следующее посещение в течение недели, а последующие – с учетом изменения состояния пациента.

Лечение нейролептиками следует проводить в течение **как минимум 12 месяцев** после полного исчезновения симптомов. По возможности проконсультируйтесь со специалистом относительно продолжения терапии или отмены препарата.

## ЭПИЛЕПСИЯ/ПРИПАДКИ

Информация о процедуре оценки состояния и необходимых действиях в отношении людей, испытывающих судороги или находящихся без сознания после припадка\*, приведена во врезке ЭПИ 2 на стр. 69.

Эпилепсия является частым из всех психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ), по поводу которого назначают лечение в чрезвычайных гуманитарных ситуациях. Эпилепсия начинается в детском возрасте, часто сохраняется и во взрослом периоде.

Эпилепсия – это хроническое неврологическое заболевание, которое характеризуется повторяющимися, возникающими внезапно, эпилептическими приступами, которые развиваются вследствие патологической электрической активности в головном мозге. Существуют различные формы эпилепсии. Данный раздел посвящен наиболее распространенной форме – эпилепсии с судорожными припадками. Эта форма эпилепсии проявляется припадками, в результате которых происходят внезапные непроизвольные сокращения мышц, сменяющиеся расслаблением мышц, что приводит к дрожанию или оцепенению (ригидности) туловища и конечностей. Во время припадков часто нарушается сознание. Человек, у которого развились судороги, может упасть и получить травму.

В чрезвычайных гуманитарных ситуациях часто возникают проблемы с поставками противоэпилептических препаратов, что не допустимо. В отсутствие возможности постоянно получать эти препараты у пациентов с эпилепсией возможно повторное развитие припадков, которые в некоторых случаях могут угрожать жизни.

Типичные жалобы человека, так и у свидетеля приступа и/или лиц, осуществляющих уход: на пароксизмальные состояния (приступы) - с утратой сознания, без утраты сознания, судорожные, бессудорожные); частота, продолжительность, наличие ауры.

***Вопрос 1 для оценки состояния: соответствует ли состояние человека критериям судорожного припадка?***

Проведите диагностику состояния:

- уровень сознания,
- характер и продолжительность приступа,
- контроль АД,
- частоты дыхания,
- пульс,
- температуру.

Получение информации о событии

Спросите у человека, не было ли у него каких-либо из нижеперечисленных симптомов (*задайте те же вопросы лицу, осуществляющему уход*):

- Наличие «ауры» - предчувствия припадка
- потеря или нарушение сознания;

- падение «как скошенный», издавание крика или стога
- скованность или ригидность туловища или конечностей в течение более 1–2 минут;
- судорожные хаотичные либо стереотипные движения конечностей, продолжавшиеся более 1–2 минут;
- прикусывание языка, или образование синяков на языке, или телесные повреждения;
- недержание мочи или кала во время припадка.

После исчезновения патологических движений могут наблюдаться спутанность сознания, сонливость или поведенческие нарушения. Человек также может жаловаться на чувство усталости, головную боль или боль в мышцах.

Состояние человека соответствует критериям судорожного припадка, если у него наблюдаются судорожные движения и как минимум два других симптома из вышеприведенного перечня.

Отсутствие судорог при наличии других критериев может указывать на бессудорожные припадки или другие нарушения.

- Если у человека было несколько бессудорожных припадков, обсудите эту ситуацию с неврологом.
- При подозрении на другие нарушения принимайте соответствующие меры.
- Проведите повторную оценку состояния через 3 месяца.
- В случае повторения припадка 2 и более раз направьте к неврологу/эпилептологу, так как это является основанием для назначения противоэпилептических припадков.

***Вопрос 2 для оценки состояния: есть ли какое-либо острое состояние, которое могло бы вызвать судорожный припадок?***

Оцените состояние человека на предмет наличия признаков и симптомов нейроинфекции, таких как:

- лихорадка;
- головная боль;
- ригидность затылочных мышц.

Проверьте наличие других возможных причин судорог, таких как:

- травма головы;
- нарушение обмена веществ\* (например, гипогликемия\*, гипонатриемия\*);
- алкогольная или лекарственная интоксикация или синдром отмены алкоголя или лекарственных препаратов (см. врезку ВЕЩ 1 на стр. 50).

При выявлении острого состояния, являющегося причиной судорожного припадка, проводите соответствующее лечение этого состояния. (См. клинические протокола диагностики и лечения МЗ РК «Эпилепсия у детей и взрослых» от 09 июня 2016 года).

- В этих случаях поддерживающая терапия противоэпилептическими

препаратами не требуется.

При подозрении на нейроинфекцию\*, травму головы или нарушение обмена веществ незамедлительно направьте пациента в стационар (травматологический, инфекционный, эндокринологический).

- У детей (в возрасте от 6 месяцев до 6 лет) на нейроинфекцию может указывать лихорадка в сочетании с любым из следующих признаков сложных фебрильных припадков:
  - фокальный припадок – припадок, начинающийся в одной части тела;
  - продолжительный припадок – припадок, продолжающийся в течение более 15 минут;
  - повторный припадок – наличие более одного припадка с момента развития заболевания.
- Отсутствие всех трех признаков у ребенка с лихорадкой может указывать на простой фебрильный припадок. Проводите лечение лихорадки и поиск вызвавшей ее причины в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения МЗ РК «Эпилепсия у детей» от «15» апреля 2020 года. Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов.

Проведите повторную оценку состояния через 3 месяца.

***Вопрос 3 для оценки состояния: является ли судорожный припадок проявлением эпилепсии, если не выявлено никакого острого состояния, которое могло бы быть причиной припадка?***

В таких случаях критерием **эпилепсии** считается развитие двух или более спонтанных судорожных припадков в два разных дня в течение последних 12 месяцев.

При наличии одного судорожного припадка за последние 12 месяцев в отсутствие острого состояния, которое могло быть его причиной, противоэпилептическая терапия не требуется. Проведите повторный осмотр через 3 месяца.

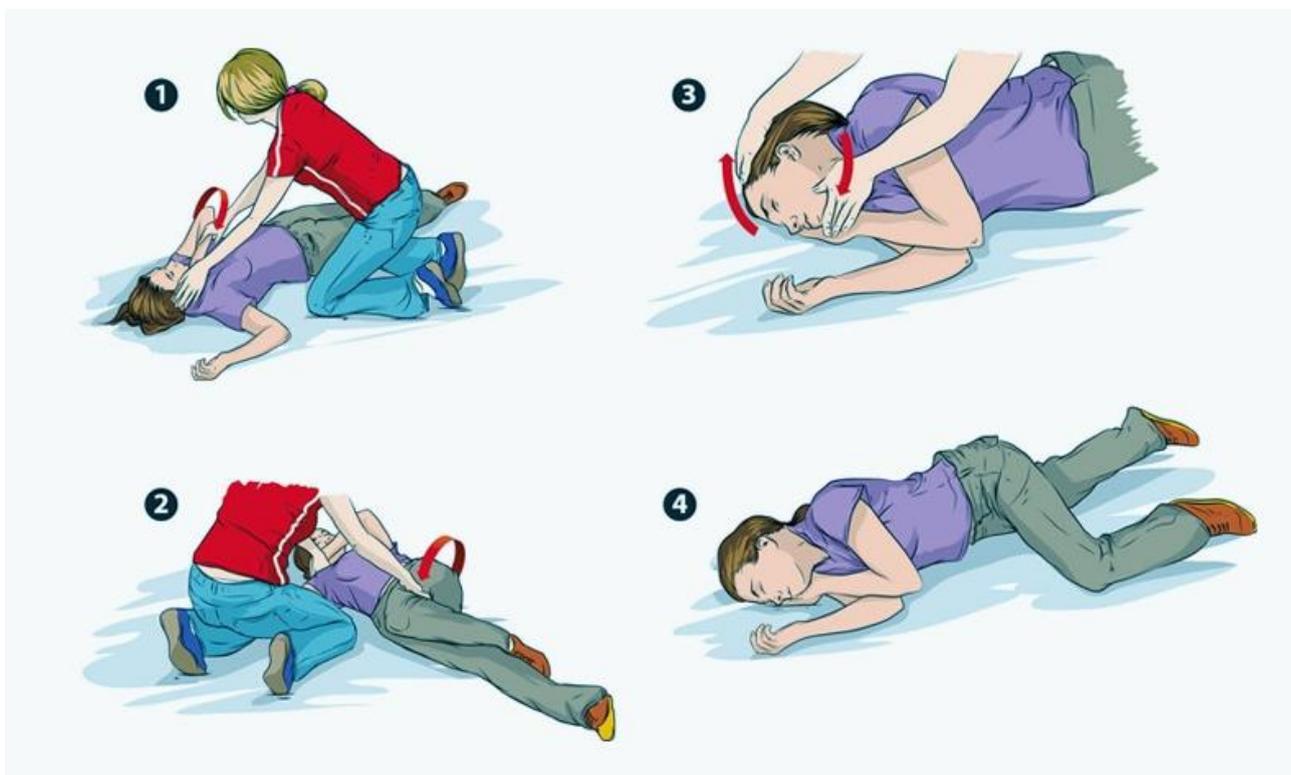
### **ОСНОВНОЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ**

#### **1. Предоставьте человеку и лицу, осуществляющему уход за ним, информацию об эпилепсии**

Объясните следующее:

- Что такое эпилепсия и каковы ее причины:
  - Эпилепсия – это хроническое заболевание, но медикаментозная терапия позволяет устранить припадки у 75 % людей.
  - При эпилепсии отмечаются повторные припадки. Припадок связан с возникновением патологической электрической активности в головном мозге.
  - Эпилепсия не возникает в результате колдовства и воздействия духов.
  - Эпилепсия не заразна. Эпилепсия не передается через слюну.
- Что важно знать об образе жизни:
  - Люди с эпилепсией могут вести нормальный образ жизни:

- Они могут вступать в брак и иметь здоровых детей.
  - Они могут успешно и безопасно выполнять большинство работ.
  - Дети с эпилепсией могут ходить в школу.
- Людям с эпилепсией не следует:
- заниматься профессиональной деятельностью, требующей выполнения работ вблизи тяжелого оборудования или огня;
  - готовить пищу на открытом огне;
  - плавать в одиночестве;
  - употреблять алкоголь и синтетические наркотики;
  - смотреть на мигающий свет;
  - изменять режим сна (например, спать меньше, чем обычно).
- Что делать дома в случае развития припадка (информация для лиц, осуществляющих уход):
- Если на момент начала припадка человек стоит или сидит, осторожно помогите ему сесть или лечь на землю, что позволит предотвратить травму при падении.
  - Обеспечьте человеку возможность нормально дышать. Ослабьте давление одежды вокруг шеи.
  - Положите человека в «восстановительное положение» (см. рисунки А–D ниже).



Рисунки 1–4: «Восстановительное положение»

1. Встаньте на колени на пол сбоку от человека. Согните его руку, находящуюся ближе к вам, под прямым углом и положите ее так, чтобы кисть была направлена вверх к голове (см. рисунок А ниже).

2. Другую руку положите под голову так, чтобы тыльная сторона кисти соприкасалась с щекой (см. рисунок В ниже).

3. Согните ногу, находящуюся дальше от вас, под прямым углом. Аккуратно переверните человека на бок, потянув за согнутое колено (см. рисунок С ниже).

4. Рука, находящаяся сверху, должна поддерживать голову, а рука, находящаяся снизу, будет ограничителем и не даст человеку откатиться слишком далеко (см. рисунок D ниже). Обеспечьте проходимость дыхательных путей человека, слегка запрокинув его голову назад и подняв подбородок; убедитесь, что дыхательные пути свободны.

При таком положении язык не перекрывает дыхательные пути, а человек может свободнее дышать и не захлебнется слюной и рвотными массами.

- Постарайтесь не сдерживать человека и не удерживать его на полу (*это может привести к вывихам и переломам конечностей и задержке дыхания*).
- Отодвиньте от опасности - огня, движущихся механизмов или падающих предметов, воды.
- Не кладите ничего человеку в рот (*это может привести к перелому зубов*).
- Уберите от человека все тяжелые и острые предметы, чтобы предотвратить травму.
- Оставайтесь рядом с человеком до того, как припадок закончится и человек придет в сознание.
- Не пытайтесь во время припадка дать таблетку!

Попросите человека и лицо, осуществляющее уход за ним, вести простой дневник припадков (см. рисунок ЭПИ 1)

## **2. Начните противозепилептическую терапию или назначьте противозепилептический препарат, который человек принимал ранее**

Выясните, принимал ли человек когда-либо противозепилептический препарат, который помогал устранить судороги. Если да, назначьте этот препарат в той же дозе.

При отсутствии этого препарата назначьте другой препарат.

Выберите один противозепилептический препарат (см. таблицу ЭПИ 1).

- Учтите возможность развития побочных эффектов, влияния лекарственного препарата на сопутствующие заболевания\* и лекарственного взаимодействия\*. При необходимости используйте национальный фармацевтический справочник лекарственных средств РК или фармацевтический справочник ВОЗ.
- Начните с минимальной дозы и постепенно повышайте дозу до достижения полного контроля над припадками.

Объясните человеку и лицу, осуществляющему уход, следующую информацию:

- Схема дозирования препарата (см. таблицу ЭПИ 1).
- Возможные побочные эффекты (см. таблицу ЭПИ 1). Большинство побочных

эффектов имеют легкую степень тяжести и через некоторое время исчезают. При развитии тяжелых побочных эффектов человек должен снизить дозу препарата; при сохранении побочных эффектов - немедленно прекратить прием препарата и обратиться за медицинской помощью.

- Важность соблюдения режима приема препарата. Пропуск и резкое прекращение приема препарата может быть причиной повторных припадков. Препарат необходимо принимать каждый день в одно и то же время.
- Время развития эффекта препарата. Обычно эффект препаратов развивается через несколько недель.
- Длительность терапии. Медикаментозную терапию необходимо продолжать до тех пор, пока у человека не будет припадков в течение как минимум двух лет.
- Важность регулярного наблюдения

Таблица ЭПИ 1. Противозепилептические препараты

	<b>Карбамазепин</b>	<b>Фенитоин</b>	<b>Вальпроевая кислота</b>
<b>Начальная доза для детей</b>	5 мг/кг/день	3–4 мг/кг/день	15–20 мг/кг/день
<b>Обычная эффективная доза для детей</b>	10–30 мг/кг/день	3–8 мг/кг/день (высшая доза – 300 мг/ день)	15–30 мг/кг/день
<b>Начальная доза для взрослых</b>	200–400 мг/день	150–200 мг/день	400 мг/день
<b>Обычная эффективная доза для взрослых</b>	400–1400 мг/день	200–400 мг/день	400–2000 мг/день
<b>Режим дозирования</b>	Два раза в день	Детям: два раза в день; взрослым: возможно один раз в день	Обычно 2–3 раза в день
<b>Редкие серьезные побочные эффекты</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Тяжелая кожная сыпь (синдром Стивенса – Джонсона*, токсический эпидермальный некролиз*)</li> <li>◆ Угнетение костного мозга*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Анемия и другие гематологические нарушения</li> <li>◆ Реакции гиперчувствительности, в том числе тяжелая кожная сыпь (синдром Стивенса – Джонсона*)</li> <li>◆ Гепатит</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Сонливость</li> <li>◆ Спутанность сознания</li> </ul>

<b>Частые побочные эффекты</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Сонливость</li> <li>◆ Нарушение походки</li> <li>◆ Тошнота</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Тошнота, рвота, запор</li> <li>◆ Тремор</li> <li>◆ Сонливость</li> <li>◆ Атаксия и невнятность речи</li> <li>◆ Подергивания мышц</li> <li>◆ Спутанность сознания</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Летаргия</li> <li>◆ Седация</li> <li>◆ Тремор</li> <li>◆ Тошнота, диарея</li> <li>◆ Увеличение массы тела</li> <li>◆ Преходящее выпадение волос (рост волос восстанавливается в течение 6 месяцев)</li> <li>◆ Нарушение функции печени</li> </ul>
<b>Меры предосторожности</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Не следует назначать вальпроевую кислоту при беременности</li> </ul>

<sup>a</sup> Входит в перечень препаратов для оказания неотложной медицинской помощи РК 2020 г.

### **3. Последующее наблюдение**

**Обеспечьте регулярное последующее наблюдение:**

- В первые три месяца или до прекращения припадков необходимо запланировать посещения для последующего наблюдения с частотой как минимум раз в месяц.
- После достижения контроля над припадками пациента необходимо осматривать раз в три месяца.
- Более подробная информация по проведению последующего наблюдения приведена в разделе «Принципы лечения» (см. раздел «Общие принципы оказания помощи»).

**Во время каждого посещения для последующего наблюдения необходимо выполнять следующее:**

- Проверьте, насколько хорошо контролируются припадки:
  - Изучите **дневник припадков**, чтобы оценить, насколько хорошо они

контролируются.

- Оставьте прежнее назначение противоэпилептического препарата или измените его дозу в зависимости от степени контроля над припадками.
  - Если при применении одного препарата в максимальной терапевтической дозе не удастся достичь контроля над припадками или у пациента развились непереносимые побочные эффекты, отмените этот препарат и назначьте другой. Постепенно повышайте дозу до достижения контроля над припадками.
  - Если припадки отмечаются очень редко, а дальнейшее повышение дозы может привести к тяжелым побочным эффектам, текущая доза может быть приемлемой.
  - Если после поочередного применения двух препаратов не удалось достичь адекватного контроля над припадками, проконсультируйтесь со специалистом. Не следует одновременно назначать более одного противоэпилептического препарата.
- При **отсутствии припадков** в течение последних **двух лет** рассмотрите вопрос **отмены противоэпилептического** препарата.
  - При отмене препарата *постепенно снижайте дозу* в течение нескольких месяцев с целью профилактики припадков вследствие развития синдрома отмены.
- Привлекайте лиц, осуществляющих уход, к наблюдению за тем, насколько хорошо контролируются припадки.
- Узнайте об особенностях образа жизни человека, проведите дополнительное психообразование и окажите поддержку пациенту и лицам, осуществляющим за ним уход, (см. п. 1 в разделе «**Основной план действий по оказанию помощи**» выше).

#### **Контроль эффективности лечения:**

1. Клинический – ведение дневника приступов!
2. Контроль за приступами и приемом препаратов у детей, родителями
3. Нейрофизиологический (ЭЭГ, видео-ЭЭГ-мониторинг)
4. Терапевтический лекарственный мониторинг
5. Лабораторно-биохимический мониторинг
6. Ревизия
7. Прогноз

#### **Врезка ЭПИ 1. Особые указания по ведению женщин с эпилепсией**

- ▶ Если женщина детородного возраста:

Назначьте фолиевую кислоту в дозе 5 мг/день для профилактики возможных пороков развития плода во время беременности.

- ▶ Если женщина беременна:

✓ Проконсультируйтесь со специалистом по вопросу лечения.

- ✓ **Порекомендуйте более частые посещения медицинских работников в антенатальном периоде и роды в стационаре.**
- ✓ **После родов введите новорожденному препарат витамина К внутримышечно (в/м) в дозе 1 мг.**
- ▶ **Решение о начале терапии противозипелептическим препаратом во время беременности необходимо принимать совместно с женщиной. При этом необходимо оценить частоту и тяжесть припадков, а также возможный вред для плода как от припадков, так и от применения препарата. Если принято решение проводить медикаментозную терапию, можно использовать карбамазепин. Не следует назначать вальпроевую кислоту и применять одновременно более одного препарата (полипрагмазия\*).**
- ✓ **Карбамазепин можно назначать кормящим матерям.**

Рисунок ЭПИ 1. Образец дневника припадков

Когда развился припадок		Описание припадка (в том числе указать, какие части тела были вовлечены в процесс и как долго продолжался припадок)	Какие препараты использовались	
Дата	Время		Вчера	Сегодня

**Врезка ЭПИ 2. Оценка состояния и необходимые действия в отношении человека, испытывающего судороги или находящегося без сознания после припадка**

**При развитии припадка оценивать состояние человека и предпринимать необходимые действия следует одновременно.**

Оценка припадка

Сохраняйте спокойствие. В большинстве случаев припадки заканчиваются через несколько минут.

- Проверьте состояние дыхательных путей, оцените
- состояние дыхания и кровообращения, в том числе измерьте артериальное давление, частоту дыхания и температуру тела.
- Проверьте, нет ли признаков травмы головы или повреждения спинного мозга (например, расширение зрачков может свидетельствовать о серьезной травме головы).
- Проверьте, нет ли ригидности затылочных мышц и лихорадки (признаки

менингита).

**Вопросы лицу, осуществляющему уход:**

- Когда начался припадок?
- Случались ли у человека припадки раньше?
- Была ли у него травма головы или шеи?
- Есть ли у него какие-либо другие проблемы со здоровьем?
- Принимал ли человек какие-либо лекарственные препараты, яды, алкоголь или наркотики?
- Если пациент – женщина: если женщина беременна, то какой срок беременности? Были ли у женщины роды в течение последней недели?

**Незамедлительно направьте пациента в стационар, если:**

- имеются любые признаки тяжелой травмы, шока\* или нарушения дыхания;
- человек мог получить серьезную травму головы или
- шеи:
  - Не двигайте шею пациента.
  - При перемещении пациента используйте методику «перекатывания бревна»\*.
- это беременная женщина (во второй половине беременности) или женщина, родившая ребенка менее недели тому назад;
- есть подозрение на нейроинфекцию;
- с момента начала припадка прошло более 5 минут.

**Необходимые действия в случае развития припадка**

- Положите человека на бок в «восстановительное положение» (см. рисунки А–D в разделе «Основной план действий по оказанию помощи» выше).
- Если припадок не прекращается спонтанно через 1–2 минуты, как можно быстрее установите венозный катетер и начните медленно вводить глюкозу и бензодиазепины (со скоростью 30 капель в минуту).
  - Если установить венозный катетер затруднительно, используйте ректальный путь для введения бензодиазепинов.
  - Внимание: бензодиазепины могут угнетать дыхание. Начните оксигенотерапию, если это возможно, и оценивайте состояние дыхания через небольшие интервалы времени.
  - Доза глюкозы для детей: 2–5 мл/кг 10 % раствора глюкозы
  - Доза бензодиазепинов для детей:
    - диазепам ректально 0,2–0,5 мг/кг, или
    - диазепам внутривенно (в/в) 0,1–0,3 мг/кг, или
    - лоразепам в/в 0,1 мг/кг.

- Доза глюкозы для взрослых: 25-50 мл 50 %раствора глюкозы
- Доза бензодиазепинов для взрослых:
  - диазепам ректально 10–20 мг/кг, или
  - диазепам 10–20 мг в/в медленно, или
  - лоразепам в/в 4 мг.
- Не вводите бензодиазепины внутримышечно (в/м).
- Введите бензодиазепин повторно, если припадок не прекратился в течение 5–10 минут после первого введения.
- Повторно введите ту же дозу, что и первый раз.
- Не вводите бензодиазепины более двух раз. При необходимости введения бензодиазепина более двух раз человека следует направить в стационар.
- Следующие признаки могут указывать на развитие эпилептического статуса:
  - припадки возникают с небольшим интервалом, и человек не приходит в себя в промежутках между припадками, или
  - двукратное введение бензодиазепинов не влияет на припадки, или
  - припадки продолжаются более 5 минут.

**Незамедлительно направьте пациента в стационар, если:**

- есть подозрение на эпилептический статус (см. выше);
- нет эффекта от первых двух введений бензодиазепинов;
- после введения бензодиазепинов появились нарушения дыхания.

## **УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ**

Умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного умственного развития, которое характеризуется прежде всего снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, которые определяют общий уровень интеллекта (т.е. познавательных способностей, языка, моторики, социальной дееспособности). Умственная отсталость может возникнуть на фоне другого психического или физического нарушения либо без него.

Эти ограничения присутствуют с рождения или появляются до 3-х летнего возраста. При умственной отсталости нарушены обучаемость, повседневная деятельности и адаптация к новой среде.

Людам с умственной отсталостью часто в большом объеме требуется уход и внимание. Они нередко сталкиваются с трудностями при получении доступа к медицинскому обслуживанию и образованию. В условиях хаоса во время чрезвычайных событий для таких людей особо высока вероятность подвергнуться жестокому обращению, остаться без должного внимания и попасть в опасные ситуации. Например, люди с умственной отсталостью с большей вероятностью могут неосознанно пойти в опасные районы.

Более того, члены их семей или окружающие могут воспринимать их как обузу и при переезде оставлять на прежнем месте. В связи с этим в чрезвычайных гуманитарных ситуациях людям с умственной отсталостью требуется повышенное внимание.

Этот раздел посвящен умственной отсталости средней, тяжелой и крайне тяжелой степени у детей, подростков и взрослых.

### **Типичные жалобы пациента при первом контакте**

У детей грудного возраста: вялое сосание, отставание в физическом развитии, низкий мышечный тонус, отставание в развитии от сверстников, в том числе по времени, когда они начинают улыбаться, сидеть и стоять.

У детей более старшего возраста: отставание в развитии от сверстников по приобретению навыков и умений таких как ходьба, умение пользоваться горшком, говорение, чтение, письмо.

У взрослых: нарушена способность жить независимо и обслуживать себя и (или) детей.

У лиц всех возрастных групп: трудности в выполнении повседневных дел, которые считаются нормальными для данной возрастной группы; затруднения в понимании указаний; затруднения в обеспечении повседневных потребностей.

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ**

**Вопрос 1 для оценки состояния: есть ли у человека умственная отсталость?**

**Оцените навыки и действия человека:**

- **Дети младшего возраста:** оцените, полностью ли развитие ребенка

соответствует **возрастным нормам**; при этом необходимо оценивать развитие по *всем* параметрам (см. перечень ранних признаков отклонений во врезке **УО 1**).

- Лицам, осуществляющим уход, нужно задать следующие вопросы:
  - *Ваш ребенок ведет себя так же, как его сверстники?*
  - *Что ваш ребенок умеет делать самостоятельно (сидеть, ходить, есть, одеваться, пользоваться горшком/туалетом)?*
  - *Как ваш ребенок общается с вами? Ребенок улыбается вам? Ребенок реагирует на свое имя? Как ребенок разговаривает с вами? Может ли ребенок попросить то, что он хочет?*
  - *Как ваш ребенок играет? Может ли ребенок хорошо играть со своими сверстниками?*
- **Дети более старшего возраста и подростки:** спросите, ходят ли они в школу и, если да, как они справляются со школьными заданиями (изучением новой информации, чтением, письмом) и повседневными делами по дому.
  - *Ты ходишь в школу? Как ты учишься в школе? Ты можешь полностью выполнять школьные задания? Часто ли у тебя возникают трудности в школе из-за того, что ты не понимаешь, что надо делать, или не можешь выполнить это?*
- Взрослые: спросите, работают ли они и, если да, как они справляются со своей работой и повседневными делами.
  - *Вы работаете? Какую работу вы выполняете? Часто ли у вас возникают трудности на работе из-за того, что вы не понимаете, что надо делать, или не можете выполнить это?*
- **Дети более старшего возраста, подростки и взрослые:** спросите, в каком объеме другие люди помогают человеку в повседневной деятельности (например, в домашних делах, учебе, работе).

При выявлении отставания в развитии от сверстников исключите наличие состояний, поддающихся лечению, и обратимых состояний, которые могут имитировать умственную отсталость.

#### **Исключите нарушение зрения:**

- - Дети старше 6 месяцев: спросите у лица, осуществляющего уход, может ли ребенок делать следующее (при этом сами наблюдайте за ребенком):
  - может ли ребенок следить взглядом за движущимся предметом;
  - узнает ли ребенок знакомых людей;
  - может ли ребенок схватить предмет руками.
- При ответе «**нет**» хотя бы на один вопрос, сообщите лицу, осуществляющему уход, что у ребенка может быть нарушено зрение, и по возможности проконсультируйтесь со специалистом.

#### **Исключите нарушение слуха:**

- Дети старше 6 месяцев: спросите у лица, осуществляющего уход, может ли

ребенок делать следующее (при этом сами наблюдайте за ребенком):

- поворачивает ли ребенок голову, чтобы увидеть, кто говорит с ним из-за спины;
  - реагирует ли ребенок на громкие звуки;
  - лепечет ли ребенок (издает ли он звуки типа «та-та», «да-да», «ба-ба»).
- При ответе «**нет**» хотя бы на один вопрос, сообщите лицу, осуществляющему уход, что у ребенка может быть нарушен слух, и по возможности проконсультируйтесь со специалистом.

#### **Исключите внешние проблемы:**

- Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени у матери или лица, осуществляющего основной уход за ребенком, (**см. раздел ДЕП**).
- Недостаточная стимуляция (в младшем возрасте стимуляция очень важна для развития головного мозга).
  - *Кто регулярно общается и играет с ребенком?*
  - *Как вы или эти люди играете с ребенком? Как часто?*
  - *Как вы или эти люди общаетесь с ребенком? Как часто?*

Исключите **неполноценное питание** и другие формы **дефицита** питательных веществ и **гормонов**, в том числе дефицит йода\* и гипотиреоз\*.

**Исключите эпилепсию (см. раздел ЭПИ)**, которая может имитировать умственную отсталость или развиваться одновременно с ней.

Проведите лечение выявленных поддающихся лечению отклонений и повторно оцените состояние человека на предмет наличия умственной недостаточности.

При подтверждении нарушения слуха или зрения предоставьте или порекомендуйте вспомогательные средства (очки, слуховой аппарат).

При необходимости назначьте соответствующую терапию человеку, осуществляющему уход за ребенком, по поводу депрессивного расстройства.

Научите человека, ухаживающего за ребенком, как создать более стимулирующую обстановку для маленьких детей. См. документ «Консультирование семьи по вопросам наблюдения за развитием ребенка: информационные карточки» (ЮНИСЕФ и ВОЗ, 2012 г.).

При необходимости порекомендуйте участие в программах развития детей в раннем возрасте (РДРВ).

**Умственная отсталость** может иметь место, если а) наблюдается значительное отставание в развитии по сравнению с показателями возрастной нормы и человек испытывает трудности в обеспечении повседневных потребностей и б) состояния, поддающиеся лечению, и обратимые состояния были исключены или было проведено их лечение.

**Вопрос 2 для оценки состояния: если ли какие-либо поведенческие нарушения, связанные с этим состоянием?**

- Человек не слушает людей, осуществляющих за ним уход.

- Отмечаются вспышки гнева. Когда человек расстроен, он ведет себя агрессивно и наносит себе повреждения.
- Человек ест неорганические вещества.
- Человек ведет беспорядочную половую жизнь, у него имеются другие нарушения поведения.

## **ОСНОВНОЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ**

### **1. Проводите психообразование**

**Объясните** самому человеку и лицу, осуществляющему за ним уход, что такое **умственная отсталость**. Людей с умственной отсталостью не надо обвинять в том, что у них есть это отклонение. Цель беседы заключается в том, чтобы лица, осуществляющие уход, имели реальное представление о ситуации, были добры к подопечным и поддерживали их.

Проведите обучение родительским навыкам. Его цель – **способствовать установлению хороших взаимоотношений между ребенком и родителем или человеком, обеспечивающим уход**. Проведите обучение навыкам ухода, которые позволят уменьшить поведенческие проблемы.

- Лица, осуществляющие уход, должны понимать важность обучения их подопечного навыкам гигиены и ухода за собой (например, навыкам пользования горшком/туалетом, чистки зубов).
- Эти люди должны очень хорошо знать своего подопечного. Они должны знать, что может быть стрессовым фактором для человека, что приносит ему радость, что является причиной поведенческих нарушений и как их можно предупредить, в чем сильные и слабые стороны человека, какой способ обучения подходит ему больше всего.
- Лица, осуществляющие уход, должны вести записи о повседневной жизни своего подопечного – о том, как он ест, играет, учится, работает и спит. Такие записи следует делать как можно регулярнее.
- **Люди, осуществляющие уход** за людьми с умственной отсталостью, **должны поощрять** своих **подопечных** за хорошее поведение, а при возникновении проблем с поведением не давать поощрения. Используйте сбалансированный подход к установлению дисциплины:
  - В простой, краткой и понятной форме объясняйте человеку, что он должен делать, а не то, что он не должен делать. Разделите комплексные действия на несколько более простых этапов, так чтобы человек смог научиться и получать поощрение на каждом этапе (*например, сначала научиться надевать брюки, а потом застегивать их*).
  - Когда подопечный хорошо выполняет какое-то действие, поощряйте его за это. Отвлекайте подопечного от того, чем ему не следует заниматься. Однако такое отвлечение не должно быть приятным для подопечного и он не должен получать за него вознаграждение.
  - При возникновении проблем с поведением НЕ применяйте угрозы и физическое наказание.

Объясните лицам, осуществляющим уход, что в целом их подопечные более

подвержены физическому и сексуальному насилию и в связи с этим им требуется больше внимания и защиты.

Объясните лицам, осуществляющим уход, что следует избегать институционализации, то есть передачи подопечных в специализированные лечебные учреждения закрытого типа.

## **2. Принимайте меры по обеспечению защиты человека на уровне местного сообщества**

- Узнайте, есть ли на местном уровне объединения, способные оказать защиту (например, неформальные объединения, местные НПО, правительственные и международные учреждения) и обратитесь к ним с просьбой оказать человеку соответствующую поддержку.

## **3. Принимайте меры по привлечению человека к участию в жизни местного сообществ»**

- Постарайтесь по мере возможности обеспечить обучение ребенка в обычной школе.
- Свяжитесь со школой, в которой учится ребенок, и узнайте, есть ли возможности адаптировать для него условия обучения. В документе *Inclusive Education of Children At Risk* (INEE) («Инклюзивное обучение детей из групп риска») приведены простые советы относительно того, как это сделать.
- Поощряйте участие человека в местных развлекательных общественных мероприятиях.
- Узнайте о наличии программ реабилитации на уровне местного сообщества\* и поспособствуйте включению человека с умственной отсталостью в эти программы.

**4. Обеспечьте помощь и поддержку лицам, осуществляющим уход, в соответствии с «Принципами снижения стресса и укрепления социальной поддержки» (см. раздел «Общие принципы оказания помощи»)**

**5. Если возможно, направьте человека к специалисту для проведения дополнительной оценки и лечения возможных сопутствующих отклонений в развитии:**

- необратимые двигательные расстройства или церебральный паралич\*;
- врожденные пороки развития, генетические отклонения или синдромы (например, синдром Дауна\*).

## **6. Последующее наблюдение**

Составьте план посещений в соответствии с «Принципами лечения» (см. раздел «Общие принципы оказания помощи») и проводите последующее наблюдение в соответствии с этим планом

Врезка УО 1: Основные этапы развития: ранние признаки отклонений, которые следует отслеживать
---

К 1 МЕСЯЦУ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Плохое сосание груди или отказ от груди</li> <li>▪ Неактивные движения руками и ногами</li> <li>▪ Слабая реакция или отсутствие реакции на громкие звуки и яркий свет</li> <li>▪ Плач в течение длительного времени без явной причины</li> <li>▪ Рвота и диарея, которые могут приводить к обезвоживанию</li> </ul>
К 6 МЕСЯЦАМ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Сквозанность или затрудненные движения конечностями</li> <li>▪ Постоянные движения головой (это может указывать на инфекцию уха, которая при отсутствии лечения может приводить к потере слуха)</li> <li>▪ Слабая реакция или отсутствие реакции на звуки, знакомые лица или на грудь при кормлении</li> <li>▪ Отказ от груди и еды</li> </ul>
К 12 МЕСЯЦАМ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Отсутствие звуковой реакции на других людей</li> <li>▪ Отсутствие слежения взглядом за движущимися предметами</li> <li>▪ Апатия и слабая реакция на человека, осуществляющего уход</li> <li>▪ Снижение аппетита или отказ от еды</li> </ul>
К 2 ГОДАМ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Слабая реакция на других людей</li> <li>▪ Трудности в поддержании равновесия при ходьбе</li> <li>▪ Травмы и необъяснимые изменения в поведении (особенно при обеспечении ухода за ребенком)</li> <li>▪ Снижение аппетита</li> </ul>
К 3 ГОДАМ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Утрата интереса к играм</li> <li>▪ Частые падения</li> <li>▪ ◆ Трудности в обращении с мелкими предметами</li> <li>▪ ◆ Непонимание простых обращений</li> <li>▪ ◆ Неумение строить речь с использованием нескольких слов</li> <li>▪ ◆ Слабый интерес к еде или отсутствие такого интереса</li> </ul>
К 5 ГОДАМ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ◆ Проявление страха, гнева и жестокости во время игр с другими детьми, что может указывать на эмоциональные проблемы или применение насилия</li> </ul>
К 8 ГОДАМ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ◆ Трудности в установлении и поддержании дружеских отношений и участии в групповых видах деятельности</li> <li>▪ ◆ Уклонение от выполнения заданий и трудных дел без попыток или проявления беспомощности</li> </ul>

- ◆ Проблемы с выражением своих потребностей, мыслей и эмоций
- ◆ Проблемы с концентрацией внимания на заданиях, пониманием и выполнением школьных заданий
- ◆ Чрезмерная агрессивность или стеснительность по отношению к друзьям и членам семьи

## **ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ**

Информация о проведении оценки состояния и необходимых действиях в отношении людей с синдромом отмены алкоголя, угрожающим жизни, приведена во врезке ВЕЩ 1 на стр. 83.

**Пагубное (с вредными последствиями) употребление психоактивного вещества** – это модель употребления, вызывающая вред для здоровья. Вред может быть физическим (например, в случае возникновения гепатита в результате самовведения инъекционных наркотиков) или психическим (например, в случае возникновения вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации).

Употребление алкоголя и наркотиков (опиатов\* [например, героина, трамадола\*], производных конопли\*, амфетаминов\*, бензодиазепинов\*) может быть причиной разных проблем. К ним относятся синдром отмены (соматические и психические симптомы, появляющиеся при прекращении или значительном сокращении употребления этих веществ), *зависимость\** и *пагубное употребление* (ухудшение физического и психического здоровья и (или) общего благополучия). Употребление алкоголя и наркотиков является пагубным, когда оно становится причиной соматических и психических расстройств, поведения, связанного с риском для здоровья, семейных проблем и проблем в отношениях с другими людьми, сексуального и физического насилия, несчастных случаев, надругательства над детьми и безнадзорности детей, финансовых трудностей и других проблемы с обеспечением защиты. В чрезвычайных гуманитарных ситуациях распространенность пагубного употребления алкоголя и наркотиков может возрастать, так как в этих условиях взрослые и подростки занимаются самолечением\*, чтобы справиться со стрессом, утратами и болью.

При чрезвычайных обстоятельствах снабжение алкоголем и наркотиками может быть прекращено. В результате этого у лиц, которые принимали эти вещества в относительно высоких дозах в течение длительного времени, неожиданно развиваются симптомы угрожающего жизни синдрома отмены. Особенно это относится к алкоголю.

Этот раздел посвящен *пагубному употреблению алкоголя и наркотических средств*. В нем также приведена информация о *синдроме отмены алкоголя, угрожающем жизни* (см. врезку ВЕЩ 1). Другие аспекты употребления алкоголя и наркотиков освещены в соответствующих разделах полной версии «Руководства mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств».

### **ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЕРВОМ КОНТАКТЕ**

- По виду человека можно предположить, что он находится под воздействием алкоголя или наркотиков (например, присутствует запах алкоголя, внешние проявления интоксикации; человек беспокоен, суетлив, малоактивен, говорит неразборчиво, выглядит неряшливо, у него расширены/сужены зрачки)
- Травма в недавнем прошлом
- Признаки применения внутривенных (в/в) наркотиков (следы инъекций, инфекция кожных покровов)

- Просьбы дать снотворные или болеутоляющие препараты.

### ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ

**Вопрос для оценки состояния: нарушено ли физическое и психическое здоровье и (или) общее благополучие вследствие употребления алкоголя или наркотиков?**

**Узнайте об употреблении алкоголя и наркотиков, не выражая при этом своего мнения.**

Узнайте следующую информацию:

**В каком объеме человек употребляет алкоголь (наркотики) и как он это делает**

- *Вы употребляете алкоголь? Если да, то в каком виде? Сколько порций вы выпиваете в день, в неделю?*
- *Принимаете ли вы какие-либо назначенные врачом снотворные препараты, препараты для снятия тревоги, болеутоляющие препараты в таблетках? Какие это препараты? Сколько таблеток вы принимаете в день, в неделю?*
- *Употребляете ли вы какие-либо запрещенные наркотики? Какие это наркотики? Как вы их употребляете – внутрь, инъекционно, путем вдыхания? В каком объеме и сколько раз в день, в неделю вы их употребляете?*

**Патологическое влечение к употреблению алкоголя и наркотиков**

- *Что вызывает у вас желание употреблять алкоголь или наркотики?*

**Причинение вреда себе и окружающим**

- Проблемы со здоровьем и травмы **в результате** употребления алкоголя и наркотиков
  - *Были ли у вас какие-либо отклонения со стороны здоровья после того, как вы начали употреблять алкоголь или наркотики?*
  - *Получали ли вы травмы в то время, когда находились под влиянием алкоголя или наркотиков?*
- Продолжение употребления алкоголя или наркотиков, несмотря на рекомендации прекратить употребление этих веществ:
  - во время беременности или кормления грудью;
  - после того, как человек узнал, что у него есть патология желудка или печени, вызванная употреблением алкоголя или наркотиков;
  - во время лечения препаратами, взаимодействие которых с алкоголем и наркотиками приводит к опасным последствиям, такими как седативные средства, анальгетики и противотуберкулезные препараты.
- Социальные проблемы **в результате** употребления алкоголя и наркотиков:
  - Финансовые проблемы и проблемы с законом
    - *Были ли у вас когда-либо финансовые проблемы, нарушали ли вы когда-нибудь законы из-за употребления алкоголя или наркотиков?*
  - Проблемы, связанные с профессиональной деятельностью

- Были ли случаи, когда из-за употребления алкоголя или наркотиков вы лишались работы или плохо выполняли свою работу?
- Проблемы с осуществлением ухода за детьми и другими иждивенцами
- Возникали ли у вас трудности в обеспечении ухода за своими детьми или другими членами семьи из-за употребления алкоголя или наркотиков?
- Насилие в отношении других людей
- Причиняли ли вы вред другим людям во время употребления алкоголя или наркотиков?
- Проблемы во взаимоотношениях с другими людьми, проблемы с супругом
- Были ли у вас проблемы с вашим партнером из-за того, что вы употребляли алкоголь или наркотики?

Проведите быстрое общее **физикальное обследование** на предмет наличия признаков хронического употребления алкоголя и наркотиков:

- Кровотечение из органов желудочно-кишечного тракта:
  - боль в животе;
  - кровь в рвотных массах;
  - кровь в кале и черный кал.
- Заболевание печени:
  - тяжелое: желтуха, асцит\*, увеличение и уплотнение печени и селезенки, печеночная энцефалопатия\*.
- Истощение, выраженное снижение массы тела.
- Признаки инфекции, связанной с употреблением наркотиков (например, ВИЧ, гепатит В или С, инфекции кожи в месте инъекций или туберкулез).

Оценивайте **одновременно** наличие признаков употребления и алкоголя, и наркотиков, так как часто они сочетаются.

## **ОСНОВНОЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ**

### **1. Принимайте меры по устранению неблагоприятных эффектов употребления алкоголя или наркотиков**

Окажите необходимую **медицинскую помощь** для устранения соматических последствий пагубного употребления алкоголя или наркотиков.

Назначьте лечение **сопутствующих психических заболеваний**, таких как депрессивное расстройство средней или тяжелой степени, ПТСР и психоз (**см. разделы ДЕП, ПТСР, ПСИ**).

Примите меры по устранению **социальных последствий, требующих неотложных мер** (например, при применении насилия над человеком, например насилия, совершаемого на основании полового признака, свяжитесь со службами защиты).

### **2. Оцените мотивацию человека к сокращению употребления алкоголя или наркотиков или полному отказу от них**

**Выясните, считает ли человек употребление алкоголя или наркотиков**

### **проблемой и, если да, готов ли он что-либо делать для ее решения**

- *♦ Считаете ли вы, что у вас может быть проблема, связанная с употреблением алкоголя или наркотиков?*
- *♦ Думали ли вы о том, чтобы сократить употребление алкоголя или наркотиков или полностью отказаться от них?*
- *♦ Пытались ли вы раньше сократить потребление алкоголя или наркотиков или полностью отказаться от них?*

### **3. Побуждайте человека к сокращению употребления алкоголя или наркотиков или полному отказу от них**

**Начните** короткую мотивационную беседу **о пагубном употреблении этих веществ:**

Спросите у человека, **в чем он видит пользу и вред** от употребления алкоголя и наркотиков. Не высказывайте своего мнения, но постарайтесь понять мотивацию человека к употреблению алкоголя и наркотиков.

- *Какие приятные ощущения вы получаете от употребления алкоголя и наркотиков?*
- *Видите ли вы какие-либо отрицательные стороны в употреблении алкоголя или наркотиков?*
- *Сожалели ли вы когда-либо об употреблении алкоголя или наркотиков?*

**Поставьте под сомнение** преувеличенное восприятие пользы от употребления алкоголя или наркотиков. Например, если человек употребляет алкоголь или наркотики, чтобы забыть жизненные трудности, задайте следующие вопросы:

- *Хорошо ли это – просто забыть о проблеме? Поможет ли это устранить проблему?*

**Обратите внимание** человека на некоторые отрицательные стороны употребления алкоголя и наркотиков, которые человек может недооценивать.

- *Сколько денег вы тратите на покупку алкоголя или наркотиков? В неделю? В месяц? В год? Что еще вы могли бы сделать с этими деньгами?*

**Расскажите** о вредном воздействии алкоголя и наркотиков как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

- *Употребление алкоголя и наркотиков может приводить к серьезным заболеваниям, в том числе психическим отклонениям, травмам и развитию пристрастия.*

**Согласитесь** с тем, что отказаться от употребления алкоголя или наркотиков трудно. Покажите человеку, что вы хотите поддержать его. Поспособствуйте тому, чтобы человек *сам решил*, надо ли ему отказываться от употребления алкоголя или наркотиков.

Если человек не готов сократить употребление алкоголя или наркотиков или полностью отказаться от них, проявите уважение к его решению. Попросите человека прийти в другой раз, чтобы вы могли продолжить беседу.

**Проводите** описанные выше краткие мотивационные беседы **в течение**

**нескольких встреч.**

#### **4. Обсудите разные способы сокращения употребления алкоголя или наркотиков или полного отказа от них**

Обсудите следующие варианты:

- Посоветуйте человеку не хранить алкоголь и наркотики дома.
- Посоветуйте ему не ходить вблизи мест, в которых люди могут употреблять алкоголь или наркотики.
- Посоветуйте обратиться за поддержкой к друзьям и лицам, осуществляющим уход.
- Попросите людей, осуществляющих уход, сопровождать человека во время следующих посещений.
- Побудите человека участвовать в общественных мероприятиях, не предполагающих употребление алкоголя и наркотиков.

Рассмотрите возможность направления человека в группу взаимопомощи людей, употребляющих алкоголь или наркотики, если она существует.

Если человек согласен отказаться от употребления алкоголя или наркотиков, сообщите ему о возможности развития преходящих симптомов синдрома отмены (которые отмечаются в течение менее 7 дней). Опишите эти симптомы (например, тревога и тревожное возбуждение после прекращения приема опиатов, бензодиазепинов и алкоголя). Посоветуйте человеку повторно обратиться в лечебное учреждение, если симптомы будут иметь тяжелую форму.

#### **5. Предложите психосоциальную поддержку в соответствии с рекомендациями в разделе «Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки» (см. раздел «Общие принципы оказания помощи»)**

Воздействуйте на психосоциальные факторы, вызывающие у человека стресс в настоящий момент.

Окажите дополнительную социальную поддержку.

Научите человека, как справляться со стрессом

#### **6. Предложите регулярное последующее наблюдение**

Продолжайте предлагать поддержку, беседовать и работать с пациентом и лицами, осуществляющими за ним уход, в направлении снижения употребления алкоголя и наркотиков или полного отказа от них. Составьте план регулярных посещений (см. «Принципы лечения» в разделе «Общие принципы оказания помощи») и проводите последующее наблюдение в соответствии с этим планом.

**Врезка ВЕЩ 1. Информация о проведении оценки состояния и необходимых действиях в отношении людей с синдромом отмены алкоголя, угрожающим жизни.**

#### **ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ, УГРОЖАЮЩИМ ЖИЗНИ, ПРИ ПЕРВОМ КОНТАКТЕ**

- ✓ Тревожное возбуждение, выраженное беспокойство

- ✓ Потливость, бледность либо гиперемия кожных покровов
- ✓ Сухость во рту, иногда боли в области сердца
- ✓ Судороги или припадки, дрожание конечностей или всего тела
- ✓ Повышение артериального давления (> 180/100 мм рт. ст.) и (или) частоты сердечных сокращений (> 100 уд./мин.)

**Оценка состояния при синдроме отмены алкоголя, угрожающем жизни**

**Вопрос 1 для оценки состояния: есть ли у человека синдром отмены алкоголя?**

➤ **Исключите другие причины**, которые могли бы объяснить наличие имеющихся симптомов, а при их наличии **примите соответствующие меры**.

К таким причинам относятся: органическое повреждение головного мозга, ВИЧ/СПИД, другие инфекции, травмы головы, нарушения обмена веществ\* (например, гипогликемия\*, гипонатриемия\*), печеночная энцефалопатия, гипертиреоз\*, инсульт, употребление наркотиков (например, галлюциногенов), подтвержденный психоз или эпилепсия в анамнезе.

➤ После исключения вышеперечисленных причин соберите **информацию об употреблении алкоголя**, задав человеку и лицам, осуществляющим уход, следующие вопросы:

- ◆ Употребляет ли человек алкоголь?
- ◆ Когда он последний раз употреблял алкоголь?
- ◆ Как много алкоголя он обычно употребляет?

➤ На синдром отмены алкоголя может указывать появление симптомов после прекращения регулярного употребления алкоголя или употребления его в большом количестве. Обычно симптомы появляются через 1–2 дня после употребления последней порции.

➤ При наличии припадков или галлюцинаций и отсутствии подозрения на синдром отмены алкоголя оцените состояние человека на предмет наличие эпилепсии (**см. раздел ЭПИ**) или психоза (**см. раздел ПСИ**).

**Вопрос 2 для оценки состояния: если у человека есть синдром отмены алкоголя, угрожает ли это состояние жизни?**

➤ Оцените состояние человека на предмет наличия **угрожающих жизни отклонений**:

- ◆ судороги/припадки (обычно в течение 48 часов);
- ◆ проявления делирия\* (обычно в течение 96 часов);
- острое состояние спутанности сознания, дезориентация;
- галлюцинации.

➤ Оцените, насколько **высок риск развития угрожающих жизни отклонений** (судорог или делирия) в течение следующих одного-двух дней:

- ◆ наличие угрожающих жизни отклонений (судорог или делирия) в прошлом

или

- ◆ наличие тяжелых проявлений синдрома отмены в настоящее время:
  - наличие психотических проявлений синдрома отмены в настоящее время (галлюцинации, бред преследования);
  - выраженная тревога и психомоторное возбуждение, выраженная раздражительность, выраженное беспокойство;
  - избыточное потоотделение, тремор кистей;
  - повышение артериального давления (> 180/100 мм рт. ст.) и (или) частоты сердечных сокращений (> 100 уд/мин).

При подозрении на делирий вследствие развития синдрома отмены алкоголя действуйте в соответствии с планом неотложных действий при угрожающем жизни синдроме отмены алкоголя (см. ниже) и организуйте доставку пациента в ближайший стационар с соответствующим сопровождением.

### ПЛАН НЕОТЛОЖНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ ЖИЗНИ СИНДРОМЕ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

**1. Для устранения проявлений синдрома отмены алкоголя сразу же назначьте диазепам (см. таблицу ВЕЩ 1)**

Доза диазепама зависит от степени привыкания\* организма человека к этому препарату, степени тяжести симптомов синдрома отмены и наличия сопутствующих соматических расстройств.

Дозу следует корректировать в зависимости от наблюдаемого эффекта. Правильная доза обеспечивает небольшой седативный эффект.

➤ Не рекомендуется вводить диазепам внутривенно (риск угнетения дыхания и выраженной миорелаксации)! Слишком высокая доза может вызвать чрезмерный седативный эффект и угнетение дыхания. Контролируйте частоту дыхания и уровень седации (например, степень сонливости) через небольшие интервалы времени.

➤ При введении препарата в недостаточной дозе существует риск развития припадков или делирия.

Наблюдайте за проявлениями синдрома отмены через небольшие интервалы времени (каждые 3–4 часа). Продолжайте терапию диазепамом до исчезновения симптомов (обычно необходимо 3–4 дня, но не более 7 дней).

При развитии абстинентного судорожного припадка НЕ ИСПОЛЬЗУЙТЕ противоэпилептические препараты. Продолжайте терапию диазепамом.

Симптомы **делирия**, такие как спутанность сознания, тревожное возбуждение и галлюцинации, могут сохраняться в течение нескольких недель после исчезновения других проявлений синдрома отмены. В таких случаях рассмотрите возможность применения **нейролептиков**, например **галоперидола** в дозе 2,5–5 мг внутрь 3 раза в

день, до ослабления симптоматики (спутанности сознания, тревожного возбуждения или галлюцинаций). Иногда галлюцинации и спутанность сознания исчезают только через несколько недель. Не допускайте развития чрезмерного седативного эффекта.

По возможности поместите человека в тихое хорошо освещенное помещение, в котором нет внешних раздражителей. Постарайтесь обеспечить некоторое освещение в помещении даже в ночное время, чтобы предотвратить падения в случае, если человек решит ночью встать с постели. Чтобы предотвратить падения, можно также рассмотреть вариант размещения человека на матрасе на полу. Если возможно, попросите человека, осуществляющего уход, остаться с пациентом и наблюдать за его состоянием. По возможности старайтесь не ограничивать свободу пациента.

Не рекомендуется назначать хлорпромазин (риск угнетения ЦНС до летального исхода)!

## 2. Примите меры по устранению истощения

- Назначьте витамин В<sub>1</sub> (тиамин) в дозе 100 мг/день внутрь в течение 5 дней.
- Оцените состояние человека на предмет наличия признаков недоедания и при их наличии примите соответствующие меры.

## 3. Обеспечьте поддержание нормального водного баланса

- По возможности начните в/в инфузионную терапию.
- Расскажите человеку о необходимости приема жидкости (не менее 2–3 литров в день).

**4. После устранения синдрома отмены, угрожающего жизни, оцените признаки пагубного употребления алкоголя или наркотиков и назначьте соответствующее лечение (см. основную часть этого раздела) Согласно Клиническим протоколам диагностики и лечения «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ», одобрен МЗ РК.**

Таблица ВЕЩ 1. Применение диазепама при синдроме отмены алкоголя, угрожающем жизни

<b>Диазепам<sup>а</sup></b>	
<b>Начальная доза</b>	10–20 мг до 4 раз в день в течение 3–7 дней
<b>Последующие дозы</b>	При ослаблении симптоматики начните постепенно снижать дозу и (или) частоту приема. Контролируйте состояние пациента через небольшие интервалы времени, так как люди могут по-разному реагировать на этот препарат

<b>Путь введения</b>	Внутрь
<b>Тяжелые побочные эффекты (редко)</b>	Угнетение дыхания*, выраженное нарушение сознания  Внимание: контролируйте частоту дыхания и уровень седации через небольшие интервалы времени
<b>Частые побочные эффекты</b>	Сонливость, амнезия, нарушение сознания, мышечная слабость  Внимание: не вводите препарат повторно, если человек находится в сонливом состоянии
<b>Меры предосторожности при применении в особых группах</b>	Пожилым людям следует назначать четверть или половину рекомендуемой дозы Не назначайте препарат людям с нарушениями дыхания

<sup>a</sup> Входит в Минимальный перечень лекарственных средств и медицинских изделий (МЗ РК 2020г).

## **СУИЦИДЫ**

В чрезвычайных гуманитарных ситуациях у людей часто развиваются психические нарушения, острый эмоциональный стресс, и появляется ощущение беспомощности. Эти проблемы могут стать причиной *суицида\** или *самоповреждения\**.

Суицидент, находясь на определенном этапе формирования суицидальных намерений, иногда не в состоянии адекватно оценить стрессовую ситуацию и решается на последний, с его точки зрения, соответствующий ситуации шаг. Некоторые медицинские работники ошибочно думают, что вопросы о суициде могут подтолкнуть человека к попытке самоубийства. Это не так. Напротив, разговоры о суициде часто уменьшают тревогу, вызванную мыслями о самоубийстве, помогают человеку почувствовать, что его понимают, и дают больше возможностей для дальнейшего обсуждения проблемы. При наличии у взрослых и подростков любого из описанных в данном руководстве психических и неврологических расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ), существует риск суицида **или самоповреждения**.

### **ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПЕРВОМ КОНТАКТЕ ПАЦИЕНТОМ ИЗ ГРУППЫ РИСКА СОВЕРШЕНИЯ СУИЦИДА ИЛИ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ**

- Ощущение крайней подавленности или отчаяния
- Глубокое ощущение беспомощности и печали
- Состояние отрешенности, одиночества
- Раздражение на привычное общество, в том числе членов семьи
- Попытки самоповреждения в прошлом (например, острое отравление пестицидами, передозировка лекарственных средств, нанесение себе ран).

### **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ**

**Вопрос 1 для оценки состояния: совершал ли человек попытку суицида или самоповреждения в недавнем прошлом?**

Оцените состояние на предмет наличия следующих отклонений:

- признаков **отравления**, алкогольной или лекарственной интоксикации, передозировки лекарственных веществ или других признаков самоповреждения;
- **признаков, требующих срочного медицинского вмешательства:**
  - кровотечение из нанесенной себе раны,
  - потеря сознания,
  - панические атаки, сопровождающиеся повышением артериального давления,
  - нарушение дыхания и сердечной деятельности.

**Вопрос 2 для оценки состояния: есть ли непосредственный риск совершения суицида или самоповреждения?**

**Спросите человека и лица, осуществляющего уход за ним, о следующем:**

- мыслях о совершении суицида и соответствующих планах (в настоящее время и в предыдущем месяце);

- актах самоповреждения в ближайшее полугодие;
- доступе к средствам для совершения суицида (например, пестицидам, веревкам, оружию, ножам, психоактивным веществам).

Оцените состояние человека на предмет наличия следующих отклонений:

- сильный эмоциональный стресс или ощущение беспомощности;
- агрессивное поведение или крайнее тревожное возбуждение;
- замкнутость или нежелание общаться.

На наличие **непосредственного риска** совершения суицида или самоповреждения указывает соответствие одному из следующих критериев:

- наличие суицидальных мыслей, планов или действий в настоящее время;
- наличие мыслей или планов о самоповреждении в предыдущем месяце или совершение актов самоповреждения в предыдущем году (для человека, который в момент оценки крайне возбужден, агрессивен, находится в стрессовом состоянии или отказывается от общения).

**Вопрос 3 для оценки состояния: присутствуют ли сопутствующие состояния, связанные с суицидом или самоповреждением?**

Оцените состояние человека на предмет наличия возможных сопутствующих нарушений состояний и назначьте лечение:

- хронический болевой синдром или инвалидность (например, вследствие недавно полученных травм в условиях чрезвычайной гуманитарной ситуации);
- депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (см. раздел ДЕП);
- психоз (см. раздел ПСИХ);
- пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (см. раздел ВЕЩ);
- посттравматическое стрессовое расстройство (см. раздел ПТСР);
- острый эмоциональный стресс (см. разделы ОСР, ГОРЕ, ПРОЧ).

### **Врезка СУИ 1. Как разговаривать о суициде и самоповреждении**

1. Создайте безопасную и уединенную обстановку, чтобы помочь человеку поделиться своими мыслями.

- Постарайтесь избавить пострадавшего от посторонних взглядов. (Любопытные взгляды очень неприятны человеку в кризисной ситуации. Если зеваки не уходят, дайте им какое-либо поручение, например, попросить любопытных отойти от места происшествия).
- Не осуждайте человека за его желание покончить жизнь самоубийством.
- Предложите человеку поговорить наедине или в присутствии других людей, которых он выберет.

2. Задайте ряд вопросов, формулируя их таким образом, чтобы любой ответ на предыдущий вопрос естественным образом подводил разговор к следующему вопросу.

- Начните с вопроса о текущей ситуации (Например: Как Вы себя

чувствуете?), затем – о предыдущих событиях и завершите вопросами касательно планов на будущее.

- Проявите эмпатию, говорите и слушайте (Например: Вы выглядите грустным/расстроенным. Я бы хотел задать вам несколько вопросов об этом).
- Внимательно слушайте, не перебивайте, будьте терпеливы, выполняя свои обязанности.

Вопросы:

- ✓ *Некоторые люди с подобными проблемами говорили мне, что они не видят смысла жить.*
- ✓ *Когда вы ложитесь спать, есть ли у вас желание не просыпаться утром?*
- ✓ *Нет ли у Вас ощущения безнадежности, жизненного тупика?*
- ✓ *Наблюдаете ли острое чувство одиночества, покинутости, непонимания*
- ✓ *Не испытываете ли Вы ощущения, что Ваша жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?*
- ✓ *Приходят ли в голову мысли о смерти?*
- ✓ *У вас бывают мысли о том, чтобы нанести себе вред? Если да, как вы планируете сделать это?*
- ✓ *Есть ли у вас средства для того, чтобы покончить с жизнью?*
- ✓ *Могли бы Вы рассказать об этом подробнее?*
  
- ✓ *Совершал ли кто-то из близких родственников попытки суицида или совершил самоубийство?*
- ✓ *Вы когда-нибудь планировали покончить с жизнью?*
- ✓ *Появлялось ли у Вас желание лишиться себя жизни?*
- ✓ *Обдумывали ли Вы конкретные способы самоубийства?*
- ✓ *Обдумывали ли Вы время совершения самоубийства?*
- ✓ *Обдумывали ли Вы место совершения самоубийства?*
- ✓ *Что Вас удерживало от этого?*
- ✓ *Были ли попытки сделать это?*
- ✓ *Могли бы Вы рассказать об этом подробнее?*
  
- ✓ *Как вы видите свое будущее?*
- ✓ *Каковы ваши надежды на будущее?*
- ✓ *Могли бы Вы рассказать об этом подробнее?*

3. Если человек выражает суицидальные идеи

- Говорите и сами, желательно спокойным тоном, даже если пострадавший теряет сознание.
- Не проявляйте нервозности.
- Избегайте упреков.
- Спросите пострадавшего: «*Могу ли я что-либо для вас сделать?*»
- Если вы испытываете чувство сострадания, не стесняйтесь об этом сказать.

## **ОСНОВНОЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ**

1. Если человек предпринял попытку суицида, окажите необходимую медицинскую помощь и психосоциальную поддержку и обеспечьте контроль над его состоянием

**Окажите медицинскую помощь:**

- Оказывайте помощь людям, нанесшим себе повреждения, с таким же вниманием, уважением, как и другим пациентам, обеспечивая при этом такую же степень конфиденциальности. Не наказывайте этих людей.
- Проведите соответствующее лечение травмы или отравления.
  - Рекомендации по оказанию помощи при остром отравлении пестицидами приведены в документе Клинический протокол диагностики и лечения «Отравление лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (взрослые и дети)» от «30» октября 2015 года (РЦРЗ МЗ РК).
- В случае передозировки лекарственного препарата, если необходимость в применении препарата все еще присутствует, назначьте альтернативный наиболее безопасный препарат. По возможности назначайте новый препарат короткими курсами (например, от нескольких дней до недели), чтобы предотвратить повторные случаи передозировки.

**При сохранении непосредственного риска совершения суицида постоянно контролируйте состояние человека** (см. приложение 4. Алгоритм действий при отравлениях).

Предложите психосоциальную поддержку (см. рекомендации ниже).

По возможности проконсультируйтесь со специалистом в области психического здоровья

**2. Если присутствует непосредственный риск совершения суицида или самоповреждения, контролируйте состояние человека и окажите ему психосоциальную поддержку**

**3. Контролируйте состояние человека:**

- Создайте безопасную обстановку, в которой человек будет чувствовать поддержку. Удалите все средства, которые можно использовать для самоповреждения или самоубийства и по возможности поместите человека в отдельное тихое помещение. Однако не оставляйте человека одного. Проконтролируйте, чтобы человек все время находился в присутствии лица, осуществляющего уход, или кого-либо из сотрудников.
- В обычном режиме НЕ ПОМЕЩАЙТЕ людей в палаты терапевтического профиля для предупреждения суицидальных действий. Сотрудники больницы могут не иметь достаточно возможностей для контроля над состоянием человека с суицидальными наклонностями. Однако, если госпитализация в палату терапевтического профиля необходима для лечения соматических последствий самоповреждения, тщательно контролируйте состояние человека для предупреждения повторных актов самоповреждения в больнице.
- Независимо от места нахождения человека обеспечьте наблюдение за ним 24 часа в сутки до исчезновения непосредственного риска суицида.

### **Предложите психосоциальную поддержку:**

- НЕ начинайте с предложения человеку возможных решений его проблем. Вместо этого постарайтесь вселить надежду. Например, так:
  - *Многие люди, которые находились в подобных ситуациях – чувствовали себя беспомощными, хотели умереть – потом обрели надежду, и их ощущения улучшались со временем.*
- Помогите человеку найти мотивацию продолжать жить.

Постарайтесь вместе построить четкий план действий на ближайшее время и следите за его исполнением.

- Помогите наладить режим дня (и отдыха)
- Не лишайте самостоятельности и обсуждайте принимаемые решения
- Постарайтесь вместе найти решения проблем.
- При сохранении непосредственного риска суицида привлекайте лиц, осуществляющих уход за человеком, его друзей и других доверенных лиц, а также ресурсы местного сообщества для наблюдения за человеком и оказания ему поддержки. Объясните им необходимость круглосуточного наблюдения за человеком. Проконтролируйте, чтобы они составили четкий реальный план (например, решив, кто в какое время суток будет наблюдать за человеком).
- Предложите дополнительную психосоциальную поддержку, как описано в разделе «Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки» (см. «Общие принципы оказания помощи»).

По возможности проконсультируйтесь со специалистом в области психического здоровья

**3. Обеспечьте помощь и поддержку лицам, осуществляющим уход, в соответствии с «Принципами снижения стресса и укрепления социальной поддержки» (см. раздел «Общие принципы оказания помощи»)**

**4. Поддерживайте регулярную связь с человеком и регулярно проводите последующее наблюдение**

Обязательно составьте **четкий план посещений для последующего наблюдения** и убедитесь, чтобы лица, осуществляющие уход за человеком, осознали свою ответственность за выполнение этого плана (см. «Принципы лечения» в разделе «Общие принципы оказания помощи»).

Регулярно поддерживайте связь с человеком (например, по телефону, с помощью текстовых сообщений или посещений на дому).

В первое время проводите наблюдение через небольшие интервалы времени (например, еженедельно в течение первых двух месяцев), а по мере улучшения состояния человека снижайте частоту контактов (каждые 2–4 недели).

Продолжайте наблюдение, пока сохраняется риск суицида. При каждом контакте в обычном порядке оценивайте наличие суицидальных мыслей и планов.

## **ПРОЧИЕ ЗНАЧИМЫЕ ЖАЛОБЫ**

### **СВЯЗАННЫЕ С ПСИХИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ**

**В этом руководстве описаны основные психические, неврологические расстройства и расстройства, связанные с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ), связанные с чрезвычайными гуманитарными ситуациями. Однако это не все возможные расстройства психического здоровья. Поэтому в этом разделе приведены основные рекомендации по оказанию поддержки на начальном этапе взрослым, подросткам и детям с жалобами, связанными с психическим здоровьем, не описанными в других разделах данного руководства.**

**К прочим жалобам, связанным с психическим здоровьем, относятся:**

**а) различные соматические симптомы при отсутствии соматических отклонений, которые могли бы послужить их причиной, и**

**б) изменения настроения и поведения, которые вызывают беспокойство, но не полностью соответствуют критериям состояний, описанных в других разделах данного руководства.**

**Это могут быть жалобы, свидетельствующие о депрессивном расстройстве легкой степени и ряде других состояний в субклинической форме.**

**Прочие жалобы, связанные с психическим здоровьем, считаются значимыми, если они нарушают повседневную жизнь человека или служат причиной обращения за помощью.**

### **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ**

**Вопрос 1 для оценки состояния: есть ли у человека какое-либо соматическое состояние, наличие которого может полностью объяснить существующие симптомы?**

Сначала проведите общее **физикальное обследование**, а затем необходимые дополнительные обследования.

Примите необходимые меры по устранению выявленной соматической причины, затем повторно оцените состояние человека, чтобы выяснить, сохраняются ли первоначальные симптомы.

**Вопрос 2 для оценки состояния: присутствует ли у человека какое-либо из состояний ПНВ, описанных в других разделах данного руководства?**

Исключите следующее:

- **Выраженные симптомы острого стресса (см. раздел ОСП)**
  - **Основные проявления:**
    - потенциально травмирующее событие в предыдущем месяце;
    - появление симптомов после этого события;
    - обращение за помощью с целью облегчения симптомов или значительное нарушение повседневной жизни из-за наличия этих симптомов.
- **Выраженные проявления горя (см. раздел ГОРЕ)**
  - **Основные проявления:**

- появление симптомов после большой утраты;
  - обращение за помощью с целью облегчения симптомов или значительное нарушение повседневной жизни из-за наличия этих симптомов.
- Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (см. раздел ДЕП)
    - Основные проявления (сохраняющиеся в течение как минимум двух недель):
      - устойчиво подавленное настроение;
      - резко сниженный интерес или степень удовольствия от выполняемых дел, особенно тех, которые раньше доставляли радость;
      - значительное нарушение повседневной жизни из-за наличия этих симптомов.
  - ◆ Посттравматическое стрессовое расстройство (см. раздел ПТСР)
    - Основные проявления:
      - потенциально травмирующее событие, произошедшее более месяца назад;
      - повторяющиеся кошмарные сны, яркие повторные переживания\* или навязчивые воспоминания\* о событиях, сопровождающиеся сильным страхом или ужасом;
      - целенаправленное избегание факторов, напоминающих о событии;
      - повышенное чувство опасности (избыточная обеспокоенность и настороженность в отношении опасности или резкая реакция на громкие звуки или неожиданные движения);
      - значительное нарушение повседневной жизни из-за наличия этих симптомов.
  - Пагубное употребление алкоголя и наркотиков (см. раздел ВЕЩ)
    - Основные проявления:
      - употребление алкоголя и наркотиков, причиняющее вред самому человеку (или) другим людям.
  - Суицид, самоповреждение (см. раздел СУИ)
    - Основные проявления:
      - акты самоповреждения в настоящее время; наличие суицидальных мыслей и планов в настоящее время или
      - мысли, планы о самоповреждении и акты самоповреждения в недавнем прошлом (для человека, который в момент оценки крайне возбужден, находится в стрессовом состоянии, замкнут или отказывается от общения).

При подозрении на любое из этих состояний проводите оценку и лечение с учетом рекомендаций в соответствующем разделе.

Если 1) соматические причины исключены, 2) вышеперечисленные расстройства ПНВ исключены и 3) человек обратился за помощью с целью облегчения симптомов или данные симптомы значительно нарушают повседневную жизнь человека, считается, что имеют место *прочие значимые жалобы, связанные с психическим здоровьем*.

- Обычно для исключения соматических причин и вышеперечисленных расстройств ПНВ требуется несколько посещений.

**Вопрос 3 для оценки состояния: в отношении подростков: есть ли у человека нарушение поведения?**

**Побеседуйте с подростком и лицами, осуществляющими уход за ним, для того чтобы выяснить, имеют ли место стойкие или вызывающие опасения отклонения в поведении.**

Некоторые примеры:

- неспровоцированное проявление агрессии;
- употребление наркотиков;
- запугивание сверстников или проявление жестокости по отношению к ним;
- вандализм;
- сексуальное поведение, связанное с риском.

Если у подростка имеются отклонения в поведении, задайте дополнительные вопросы:

- о сильных стрессовых факторах в жизни подростка в прошлом и в настоящем (например, сексуальное насилие);
- об отношении родителей (непоследовательные или строгие правила дисциплины, недостаточная эмоциональная поддержка, недостаточный контроль, психическое расстройство у лица, осуществляющего уход);
- о том, чем подросток занимается большую часть времени. Задайте следующие вопросы:
  - (если подросток работает или учится в школе) *Как ты проводишь время после работы/школы? Есть ли у тебя какие-либо регулярные занятия?*
  - *Часто ли ты скучаешь? Что ты делаешь, когда тебе скучно?*

### **ОСНОВНОЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ**

**НЕ назначайте лекарственные препараты по поводу прочих значимых жалоб, связанных с психическим здоровьем (за исключением случаев, когда это рекомендовано специалистом).**

**НЕ назначайте инъекции витаминов и другое неэффективное лечение.**

1. Во всех случаях (людям с эмоциональными, соматическими и поведенческими отклонениями) окажите базовую психосоциальную поддержку в соответствии с «*Принципами снижения стресса и укрепления социальной поддержки*» (см. раздел «*Общие принципы оказания помощи*»).

Воздействуйте на психосоциальные факторы, вызывающие у человека стресс в настоящий момент.

- » Окажите дополнительную социальную поддержку.
- » Научите человека, как справляться со стрессом.

2. При отсутствии соматического состояния, которое могло бы полностью объяснить тот или иной физический симптом, признайте наличие этих симптомов и по возможности дайте объяснения.

НЕ назначайте дополнительные лабораторные исследования, за исключением случаев, когда для этого есть **четкие медицинские показания** (например, отклонения основных показателей жизнедеятельности).

- Назначение ненужных клинических исследований может еще больше укрепить человека во мнении, что у него есть соматическое расстройство.
- При проведении клинических исследований могут развиваться побочные эффекты.

Если не выявлено патологии, сообщите человеку, что у него не обнаружено никакого серьезного заболевания. Сообщите, что клиническое обследование и лабораторные анализы не выявили никаких отклонений.

- Мы не обнаружили никакого серьезного физического нарушения. На данный момент я не вижу оснований для дополнительных исследований.

Если человек настаивает на проведении дополнительных исследований, вы можете сказать следующее:

- Проведение исследований без необходимости может причинить вред, так как может стать причиной необоснованного беспокойства и побочных эффектов.

**Признайте, что симптомы реально существуют** и что действительно важно устранять те из них, которые доставляют серьезные проблемы.

Попросите человека дать **собственное объяснение** имеющимся симптомам. Это может помочь найти причину, установить доверительные отношения с человеком и улучшить соблюдение режима лечения.

Объясните, что эмоциональные страдания/стресс часто сопровождаются физическими ощущениями (болью в животе, напряжением мышц и т. д.). Спросите, может ли быть связь между эмоциями человека или испытываемым им стрессом и имеющимися симптомами, и обсудите этот вопрос.

Поощряйте продолжение повседневных занятий или постепенное возвращение к ним.

Кроме этого, следуйте рекомендациям в разделе «*Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки*» (см. «**Общие принципы оказания помощи**»).

3. В отношении подростков с нарушениями поведения.

**Внимательно выслушайте** собственное мнение подростка о проблеме (предпочтительнее в отсутствие лиц, осуществляющих уход).

Проведите **психообразование** для подростка и лиц, осуществляющих уход за ним. Объясните следующее:

- Проблемы с поведением иногда возникают у подростков, когда они злятся или беспокоятся или когда им скучно или грустно. Несмотря на такое поведение, им нужна постоянная помощь и поддержка.

- Лица, осуществляющие уход, должны прикладывать все усилия к тому, чтобы наладить общение с подростком, даже если это непросто.
- Специальная информация для лиц, осуществляющих уход:
  - *Постарайтесь найти приятные и интересные дела, которыми вы можете заниматься вместе.*
  - *Будьте последовательны относительно того, что вы разрешаете и не разрешаете делать подростку.*
  - *Хвалите или награждайте подростка за хорошее поведение и делайте замечания или предпринимайте соответствующие действия только в случае серьезных проблем с поведением.*
  - *Никогда не применяйте физическое наказание. Хвалите за хорошее поведение чаще, чем ругаете за плохое.*
  - ***Не спорьте с подростком, когда вы очень расстроены. Подождите, пока вы не успокоитесь.***
- Специальные вопросы для обсуждения с подростком:
  - *Есть нормальные способы справиться со скукой, стрессом и злостью (например, занятия чем-то, что помогает расслабиться, занятия физической активностью, участие в общественной деятельности).*
  - *Можно поговорить с людьми, которым ты доверяешь, о том, что ты злишься, беспокоишься, что тебе бывает скучно или грустно. Это может помочь.*
  - *Алкоголь и другие вещества могут усугублять чувство злости и подавленности, и их не стоит употреблять.*

Поощряйте участие:

- в процессе формального/неформального образования;
- в конкретных, целенаправленных мероприятиях, представляющих общий интерес (например, создание приютов);
- в организованных спортивных программах.

Кроме этого, следуйте рекомендациям в разделе «*Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки*» (см. «**Общие принципы оказания помощи**»), применимым к этой группе подростков и лицам, осуществляющим уход за ними.

#### 4. Последующее наблюдение

Порекомендуйте человеку повторно обратиться за помощью, если симптомы не исчезнут, усугубятся или станут непереносимыми.

При отсутствии улучшения, а также если человек или лицо, осуществляющее уход за ним, настаивают на дополнительных исследованиях и лечении, обратитесь за советом к специалисту.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 1.**

### **Определение случаев в соответствии с системой медико-санитарной информации УВКБ/ООН (Управление Верховного комиссара Организации Объединённых Наций по делам беженцев) (2014)**

#### **1. Эпилепсия/припадки**

Наличие как минимум двух припадков в отсутствие явной причины (лихорадки, инфекции, травмы или синдрома отмены алкоголя). Эти припадки проявляются потерей сознания, дрожанием конечностей и иногда сопровождаются физическими повреждениями, недержанием кала или мочи и прикусыванием языка.

#### **2. Расстройство, связанное с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ**

Человек с этим расстройством употребляет алкоголь и другие вещества, вызывающие привыкание, и не может адекватно контролировать их употребление. При этом часто возникают проблемы в личных отношениях, ухудшается работоспособность и физическое состояние. Человек продолжает употреблять алкоголь и другие вещества, вызывающие привыкание, несмотря на эти проблемы.

#### **3. Умственная отсталость**

Человек имеет очень низкий уровень умственного развития, что является причиной проблем в повседневной жизни. Дети медленно учатся говорить. Взрослые могут выполнять только простые задания. Такие люди редко могут жить без посторонней помощи и самостоятельно обслуживать себя и (или) людей, находящихся у них на иждивении. При тяжелой степени инвалидности могут отмечаться нарушения речи и трудности в понимании других людей; человек может нуждаться в постоянной помощи.

#### **4. Психотическое расстройство (в том числе мания)**

Люди могут слышать или видеть то, чего в действительности нет, или иметь стойкие ложные убеждения. Они могут разговаривать сами с собой и странно выглядеть, их речь может быть спутанной или непоследовательной. Они могут не следить за собой. В другое время могут наблюдаться периоды чрезмерной радости, раздражения, прилива сил, разговорчивости и беспокойства. Другие люди из такой же культурной среды считают этих людей «сумасшедшими» или крайне странными. К этой категории относятся острый психоз, хронический психоз, мания и делирий.

#### **5. Эмоциональное расстройство / депрессия средней и тяжелой степени**

У этих людей отмечается значительное нарушение нормальной повседневной жизни в течение более двух недель вследствие а) глубокой печали/апатии и (или)

б) чрезмерной неконтролируемой тревоги/страха. Часто возникают проблемы в личных отношениях, нарушения аппетита, сна и концентрации внимания. Люди могут жаловаться на сильное чувство усталости, могут находиться в изоляции от общества, часто проводить в постели значительную часть дня. У них часто возникают суицидальные мысли.

К этой категории относятся инвалидизирующие формы депрессии, тревожных расстройств и посттравматического стрессового расстройства (характеризующегося повторным переживанием прошлых событий, стремлением избегать всего, что напоминает о пережитом, и перевозбуждением). Более легкие формы этих расстройств

относятся к категории «другие психологические жалобы».

### **6. Другие психологические жалобы**

К этой категории относятся жалобы, связанные с эмоциями (например, подавленное настроение, тревога) мыслями (например, повторение одних и тех же мыслей, низкая концентрация внимания) и поведением (например, пассивность, агрессия, избегание каких-то факторов или ситуаций).

В большинстве обычных повседневных ситуаций у таких людей не возникает проблем. Жалобы могут быть симптомом менее тяжелого эмоционального расстройства (например, легких форм депрессии, тревожного расстройства или посттравматического стрессового расстройства) или проявлением обычной стрессовой реакции (т. е. без развития патологии).

Критерии включения: к этой категории относятся только те люди, которые а) обратились за помощью в связи с наличием указанных жалоб и б) не соответствуют критериям ни одной из пяти предыдущих категорий.

### **7. Соматические жалобы, не объяснимые физическим состоянием**

К этой категории относятся любые соматические жалобы/ жалобы на физическое состояние при отсутствии явной органической патологии, которая могла бы объяснить их наличие.

Критерии включения: человека можно относить к этой категории только после проведения всех необходимых исследований физического состояния. К ней относятся только те люди, которые а) не соответствуют критериям ни одной из шести предыдущих категорий и б) обратились за помощью в связи с наличием указанных жалоб.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

### Словарь терминов

<b>Асцит</b>	Патологическое скопление жидкости в брюшной полости вследствие разных причин.
<b>Акатизия</b>	Субъективное ощущение беспокойства, часто сопровождаемое видимыми чрезмерными движениями (например, суетливыми движениями ногами, перемигиванием с ноги на ногу, ходьбой из стороны в сторону, неспособностью спокойно сидеть или стоять).
<b>Амфетамины</b>	Группа лекарственных средств, оказывающих стимулирующее воздействие на центральную нервную систему. Эти средства могут улучшать психомоторные реакции и усиливать ощущение бодрствования. Они могут составлять основу терапии некоторых заболеваний, но также являются наркотическими средствами, вызывающими зависимость, и могут вызывать галлюцинации, депрессию и изменения со стороны сердечно-сосудистой системы.
<b>Поведенческая активация</b>	Форма психотерапии, целью которой является улучшение настроения человека путем повторного привлечения его, несмотря на подавленное состояние в данный момент, к целенаправленным занятиям, которые раньше доставляли удовольствие. Может применяться как отдельный вид лечения или как элемент когнитивной поведенческой терапии.
<b>Бензодиазепины</b>	Группа лекарственных средств, обладающих седативным (снотворным), анксиолитическим (уменьшение тревоги), противосудорожным и миорелаксирующим эффектами.
<b>Биполярное расстройство</b>	Тяжелое психическое расстройство, характеризующееся чередованием маниакальных и депрессивных эпизодов.
<b>Групповая психотерапия</b>	Форма психотерапии, при которой специально созданная группа людей регулярно встречается под руководством психотерапевта, для достижения следующих целей: разрешения внутренних конфликтов, снятия напряжения, коррекции отклонений в поведении и иной психотерапевтической работы.
<b>Угнетение костного мозга</b>	Подавление функции костного мозга, которое может приводить к нарушению образования клеток крови.

<b>Конопля</b>	Общее название частей растения конопля, из которого получают марихуану, гашиш и гашишное масло. Эти вещества курят либо употребляют внутрь для того, чтобы вызвать эйфорию, расслабление и изменить процесс восприятия. Они могут иметь болеутоляющий эффект. Отрицательные эффекты включают развитие демотивации, тревожного возбуждения и паранойи.
<b>Церебральный паралич</b>	Расстройство, сопровождающееся двигательными нарушениями и нарушениями интеллекта вследствие стойкого поражения головного мозга на ранних стадиях развития.
<b>Когнитивный</b>	Психические процессы, связанные с мышлением. К ним относятся обоснование, запоминание, суждение, решение проблем и планирование.
<b>Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)</b>	Форма психотерапии, сочетающая когнитивную и поведенческую терапию. Цель когнитивной терапии – изменить мышление человека, например, путем выявления необоснованных отрицательных мыслей и воздействия на них. Поведенческая терапия направлена на изменение формы поведения, например, путем побуждения человека заниматься более стоящими делами.
<b>Когнитивно-поведенческая терапия с акцентом на травмирующем переживании (КПТ-Т)</b>	Форма психотерапии, основанная на идее о том, что у людей, переживших травмирующее событие, присутствуют бесплодные мысли и убеждения, связанные с этим событием и его последствиями. Вследствие этих мыслей и убеждений человек начинает избегать всего, что напоминает о пережитом событии, однако это не дает нужного результата; при этом у человека также появляется ощущение нависшей угрозы. Терапия обычно заключается в обеспечении воздействия факторов, напоминающих о травмирующем событии, и воздействии на связанные с ним бесплодные мысли и убеждения.
<b>Реабилитация на уровне местного сообщества</b>	Ряд мер, реализуемых посредством многокомпонентной стратегии на уровне местного сообщества с помощью имеющихся местных ресурсов и учреждений. Эти меры направлены на обеспечение реабилитации инвалидов за счет повышения качества их жизни и жизни членов их семей, обеспечения их основных потребностей, включения в жизнь общества и участия в ней.

<b>Делирий</b>	Преходящее психическое состояние, характеризующееся нарушением внимания (т. е. ухудшением способности направлять, концентрировать, удерживать и переключать внимание) и ориентировки в месте и времени, которое сохраняется в течение небольшого промежутка времени и изменяется в течение дня. Оно сопровождается (другими) нарушениями восприятия, памяти, мышления, эмоционального состояния или колебаниями психомоторных проявлений. Это состояние может быть вызвано острой органической патологией, например инфекцией, применением лекарственных средств, нарушениями обмена веществ, интоксикацией психоактивными веществами или синдромом отмены таких веществ.
<b>Бред</b>	Стойкое убеждение, противоречащее имеющимся фактам. Его нельзя изменить с помощью рациональной аргументации, и оно не входит в круг убеждений людей той же культуры или субкультуры (т. е. не является элементом религиозной веры).
<b>Зависимость</b>	Зависимостью от какого-либо вещества (наркотика, алкоголя и табака) считается состояние, при котором в отсутствие этого вещества у человека развиваются когнитивные, поведенческие и физиологические изменения, вызывающие чувство дискомфорта. Такие проявления синдрома отмены побуждают человека принимать это вещество еще в большем количестве. Человек не может контролировать употребление этого вещества и продолжает его употреблять, несмотря на неблагоприятные последствия.
<b>Расширенные/суженные зрачки</b>	Зрачок (черная часть глаза) – отверстие в центре радужки, которое регулирует количество света, поступающего в глаз. В нормальном состоянии зрачки сужаются (уменьшаются) на свету, что обеспечивает защиту структур в задней части глаза, и расширяются (увеличиваются) в темноте, что обеспечивает поступление в глаз максимального количества света. Расширение и сужение зрачков может быть признаком нахождения под воздействием лекарственных средств или наркотиков.
<b>Синдром Дауна</b>	Генетическое заболевание, обусловленное наличием дополнительной 21-й хромосомы. Оно проявляется умственной отсталостью разной степени, задержкой физического развития и характерными чертами лица.
<b>Влияние лекарственного средства на сопутствующее заболевание</b>	Ситуация, при которой лекарственное средство, назначенное для лечения одного заболевания, влияет на другое заболевание у того же человека.

<b>Лекарственное взаимодействие</b>	Ситуация, при которой два лекарственных средства вступают во взаимодействие в организме человека, что приводит к изменению эффекта (эффектов) одного или обоих из них. Такое взаимодействие может приводить к ослаблению, усилению или ускорению развития эффекта (эффектов) одного из лекарственных средств или к развитию токсического эффекта (эффектов).
<b>Экстрапирамидные побочные эффекты</b>	Нарушения двигательной активности мышц, чаще всего вследствие применения нейролептиков. К ним относятся тремор, скованность и спазм мышц и (или) акатизия.
<b>Десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ)</b>	Форма психотерапии, основанная на идее о том, что неприятные мысли, чувства и нарушения поведения возникают из-за того, что воспоминания о травмирующем событии не были переработаны. Лечение включает проведение стандартизированных процедур, во время которых пациент одновременно концентрируется на а) ассоциациях с травмирующими представлениями, мыслями, эмоциями и физическими ощущениями и б) билатеральной стимуляции, которая чаще всего представляет собой повторяющиеся движения глаз.
<b>Яркое повторное переживание</b>	Эпизод, во время которого человек думает и действует так, как будто он находится в момент совершения какого-то события из прошлого и снова переживает его. Во время ярких повторных переживаний люди на короткое время (обычно на несколько секунд или минут) теряют связь с действительностью.
<b>Галлюцинации</b>	Ложное восприятие действительности: люди видят, слышат и ощущают то, чего нет на самом деле, чувствуют несуществующие запахи и вкусы.
<b>Печеночная энцефалопатия</b>	Патологическое психическое состояние, обусловленное нарушением функции печени и проявляющееся сонливостью, спутанностью сознания и комой.
<b>Гипертиреоз</b>	Состояние, при котором в щитовидной железе вырабатывается и секретируется избыточное количество гормонов. Некоторые симптомы этого нарушения, например делирий, тремор, повышение артериального давления и частоты сердечных сокращений, можно принять за проявления синдрома отмены алкоголя.
<b>Гипервентиляция</b>	Патологически учащенное дыхание, приводящее к гипокапнии (снижение содержания CO <sub>2</sub> в крови). Это может сопровождаться появлением характерных симптомов, таких как покалывание или ощущение пощипывания в пальцах рук и вокруг рта, боль в грудной клетке и головокружение.
<b>Гипогликемия</b>	Патологически низкое содержание глюкозы (сахара) в крови.

<b>Гипонатриемия</b>	Патологически низкое содержание натрия (соли) в крови.
<b>Гипотиреоз</b>	Патологически низкая активность щитовидной железы. У взрослых это может приводить к появлению ряда симптомов, в том числе утомляемости, летаргии, увеличению массы тела и подавленности, которую можно ошибочно принять за депрессию. При наличии на момент рождения это нарушение может приводить к умственной отсталости и задержке роста при отсутствии лечения.
<b>Межличностная психотерапия (МЛПТ)</b>	Форма психотерапии, при которой основное внимание направлено на связь между симптомами депрессии и проблемами межличностного взаимодействия, особенно в случаях утраты, конфликтов, изоляции и серьезных жизненных перемен.
<b>Навязчивые воспоминания</b>	Повторяющиеся нежелательные, неприятные воспоминания о травмирующем событии.
<b>Дефицит йода</b>	Состояние, при котором содержание йода в организме недостаточно для нормального образования гормонов щитовидной железы, что приводит к нарушению роста и развития.
<b>Кат</b>	Листья кустарникового растения <i>Catha edulis</i> , в которых содержится стимулирующее вещество. Это вещество может употребляться как рекреационный наркотик (только для развлечения), но может вызывать и наркотическую зависимость.
<b>Методика «перекачивания бревна»</b>	Методика переворачивания человека с одного бока на другой, не сгибая шею и спину, что позволяет предотвратить повреждение спинного мозга.
<b>Паралич, не объяснимый физическим состоянием</b>	Частичная или полная утрата силы в любой части тела при невозможности выявить органическую патологию, которая могла бы быть причиной эти изменений.
<b>Раздражение мозговых оболочек</b>	Раздражение слоев ткани, покрывающих головной и спинной мозг, обычно обусловленное инфекцией.
<b>Местное сообщество</b>	Совокупность жителей (членов местного сообщества), проживающих на территории соответствующей административно-территориальной единицы, в границах которой осуществляется местное самоуправление, формируются и функционируют его органы.
<b>Нарушение обмена веществ</b>	Нарушение, затрагивающее гормоны, минералы, электролиты или витамины.

<b>Скорбь</b>	Действия, производимые как в частной, так и в общественной жизни, посредством которых человек, понесший утрату, отдает дань умершему, прощается с ним и увековечивает его память. Скорбь часто проявляется во время ритуалов, например похорон, и при соблюдении традиционных правил поведения, таких как ношение другой одежды, отказ от выхода в общество и соблюдение поста.
<b>Нейроинфекция</b>	Инфекция, поражающая головной и (или) спинной мозг.
<b>Злокачественный нейролептический синдром</b>	Редкое угрожающее жизни состояние, вызываемое применением нейролептиков, которое проявляется лихорадкой, делирием, мышечной ригидностью и повышением артериального давления.
<b>Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)</b>	Группа лекарственных средств, используемых для подавления воспаления. Они часто используются для облегчения боли (например, ибупрофен – представитель группы НПВС).
<b>Опиаты</b>	Наркотические вещества, получаемые из опийного мака. Опиаты – очень эффективные болеутоляющие средства, но могут вызывать пристрастие и зависимость. Героин относится к группе опиатов.
<b>Ортостатическая гипотензия</b>	Внезапное снижение артериального давления, которое может происходить при переходе из положения лежа в положение сидя или стоя и обычно сопровождается появлением головокружения или ощущения дурноты. Это состояние не угрожает жизни.
<b>Полипрагмазия</b>	Одновременное назначение нескольких лекарственных средств для лечения одного заболевания.
<b>Потенциально травмирующее событие</b>	Любое устрашающее или пугающее событие, например физическое или сексуальное насилие, присутствие при актах жестокости, разрушение собственного жилища, крупные аварии или травмы. Будет ли такое событие восприниматься как травмирующее, зависит от эмоциональной реакции человека.
<b>Консультирование по решению проблем</b>	Форма психотерапии, заключающаяся в систематическом выявлении проблем и использовании методик для их решения на протяжении нескольких занятий.

<p><b>Методики решения проблем</b></p>	<p>Методики совместной работы с пациентами, направленной на использование метода «мозгового штурма» для поиска решений выявленных проблем, способов справиться с ними, распределение их по степени важности и обсуждение способов реализации этих решений и применения стратегий.</p> <p>В программе mhGAP термин «консультирование по решению проблем» применяется для описания систематического использования этих методик на протяжении нескольких занятий.</p>
<p><b>Псевдоприпадок</b></p>	<p>Эпизод, который по внешним проявлениям похож на эпилептический припадок, но не является таковым. Такие эпизоды по некоторым признакам (потеря сознания и особенности движения) могут очень напоминать эпилептические припадки, однако прикусывание языка, выраженные синяки вследствие падений и недержание мочи наблюдаются редко. При таких эпизодах в электрической активности мозга нет изменений, характерных для эпилептических припадков. Наблюдающиеся симптомы не обусловлены неврологическим расстройством или непосредственным воздействием психоактивных веществ или лекарственных средств. В МКБ-11 предлагается относить эти эпизоды к категории диссоциативного двигательного расстройства.</p>
<p><b>Первая психологическая помощь (ППП)</b></p>	<p>Предоставление поддержки и помощи людям в стрессовом состоянии, которые недавно столкнулись с критической ситуацией. Это включает оценку неотложных потребностей и беспокойности, обеспечение удовлетворения основных неотложных физических потребностей, обеспечение социальной поддержки или мобилизацию соответствующих ресурсов и обеспечение защиты от причинения вреда в будущем.</p>
<p><b>Утрата приобретенных навыков</b></p>	<p>Поведение ребенка, не соответствующее его возрасту, но нормальное для детей более младшего возраста. Частые проявления – ночное недержание мочи и повышенная эмоциональная зависимость у детей более старшего возраста.</p>
<p><b>Угнетение дыхания</b></p>	<p>Патологическое снижение частоты дыхания, приводящее к нехватке кислорода. Частые причины – травма головного мозга и интоксикация (например, вследствие применения бензодиазепинов).</p>
<p><b>Припадок</b></p>	<p>Эпизод нарушения функции головного мозга вследствие появления патологических электрических разрядов.</p>
<p><b>Самоповреждение</b></p>	<p>Намеренное употребление яда или нанесение себе повреждений, независимо от того, привело ли это к смерти и было ли у человека намерение покончить с жизнью.</p>

<b>Самолечение</b>	Самостоятельное решение о необходимости употребления алкоголя или наркотических средств (в том числе рецептурных препаратов) для облегчения физических страданий и психологических проблем без консультации со специалистом.
<b>Сепсис</b>	Угрожающее жизни состояние, вызванное тяжелой инфекцией, проявляющееся лихорадкой, нарушением кровообращения и работы органов.
<b>Шок</b>	Состояние, при котором наблюдается острая недостаточность кровообращения в результате инфекции или воздействия на организм других токсинов, что может привести к падению артериального давления до уровня, при котором невозможно обеспечение жизнедеятельности. Проявления шока – низкое или неопределяемое артериальное давление, похолодание кожных покровов, слабый пульс или отсутствие пульса, затрудненное дыхание и нарушение сознания.
<b>СИОЗС</b>	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: группа антидепрессантов, которые избирательно блокируют обратный захват серотонина. Серотонин – химическое вещество-посредник (нейромедиатор) в головном мозге, которое предположительно влияет на настроение человека. Флуоксетин – представитель группы СИОЗС.
<b>Стероиды</b>	Группа гормонов, выполняющих важные функции, в том числе подавление воспалительных реакций при инфекции, интоксикации и других иммунных нарушениях. Эти гормоны выпускаются в виде лекарственных препаратов. Примеры лекарственных препаратов стероидных гормонов: глюкокортикоиды (например, преднизолон) и гормональные контрацептивы.
<b>Синдром Стивенса Джонсона</b>	– Угрожающее жизни поражение кожи, проявляющееся болезненным шелушением, образованием язв, пузырей и корок на слизистых оболочках и коже (слизистой оболочке ротовой полости, губ, горла, языка, глаз и половых органах) и иногда лихорадкой. Наиболее частая причина – тяжелая реакция на лекарственные вещества, особенно на противосудорожные препараты.
<b>Суицид</b>	Умышленное лишение себя жизни.
<b>ТЦА</b>	Трициклические антидепрессанты: группа антидепрессантов, блокирующих обратный захват нейромедиаторов норадреналина и серотонина. Амитриптилин и кломипрамин – представители группы ТЦА.
<b>Привыкание</b>	Ослабление эффекта препарата при применении в той же дозе. Это объясняется привыканием организма к препарату при его многократном применении. В такой ситуации для достижения аналогичного эффекта требуются более высокие дозы.

<b>Токсический эпидермальный некролиз</b>	Угрожающее жизни поражение кожи, проявляющееся шелушением; обычно развивается вследствие реакции организма на лекарственное средство или инфекцию. Это состояние похоже на синдром Стивенса – Джонсона, но протекает в более тяжелой форме.
<b>Трамадол</b>	Рецептурный препарат из группы опиоидов, использующийся для облегчения боли. Иногда используется не по назначению, так как способен вызвать чувство эйфории (ощущение «подъема» или счастья).
<b>Тремор</b>	Дрожащие или колебательные движения, обычно пальцев рук.
<b>Уросепсис</b>	Сепсис, вызванный инфекцией мочевых путей.
<b>Лица, осуществляющие уход</b>	Все, кто разделяет ответственность за благополучие человека с расстройством ПНВ, включая членов семьи, друзей или других доверенных лиц
<b>Социальный работник</b>	Работник, оказывающий специальные социальные услуги и (или) осуществляющий оценку и определение потребности в специальных социальных услугах, имеющий необходимую квалификацию, соответствующую установленным требованиям.
<b>Бред</b>	Ложное, не поддающееся коррекции убеждение или суждение; не соответствующее реальной действительности, а также социальным и культурным установкам субъекта.
<b>Галлюцинации</b>	Это образ, звуки или иные ощущения, которые возникают в сознании человека без внешнего раздражителя.
<b>Плач</b>	Одна из психофизиологических реакций человека, для которой характерно чрезвычайно повышенное выделение из его глаз особой секреции — слёз; плач сопровождается резким повышением кровяного давления и дыхания, произвольными сокращениями окологлазных и надбровных мышц лица, а также напряжением мышц шейно-плечевого отдела. Наступает или как реакция на сильное одномоментное психическое переживание, или как результат длительного нервного напряжения, при этом может быть проявлением не только негативных, но и положительных эмоций. До определённого возраста у детей плач является также рефлекторной реакцией на боль, однако по мере взросления этот рефлекс слабеет, а затем и вовсе пропадает.

<b>Истерические или диссоциативные симптомы</b>	Могут проявляться следующими признаками: Безудержный плач и смех; Тремор пальцев рук, тики мимических мышц, судороги; Афония (потеря голоса), звучный кашель, иканием, заикание; Слабость в конечностях, вплоть до невозможности пошевелить ими; Нарушения органов чувств – слепота, сужение полей зрения, мелькание «мушек» в глазах, глухота; Изменения чувствительности; Боль - Может быть локализованной в каком-то конкретном участке тела или разлитой; Совершенно непредсказуемые симптомы, затрагивающие все системы организма.
<b>Нервная дрожь</b>	Дрожь начинается внезапно – сразу после Травмирующего события или спустя какое-то время возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету). Реакция может продолжаться достаточно долгое время (до нескольких часов).
<b>Агрессия</b>	Это мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам сосуществования людей, наносящее вред объектам нападения, приносящее физический, моральный ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт.
<b>Ступор</b>	Это один из видов двигательного расстройства, представляющий собой полную обездвиженность с мутизмом (отсутствие речи) и ослабленными реакциями на раздражение, в том числе болевое.
<b>Страх</b>	это отрицательно окрашенный эмоциональный процесс, сопровождающееся напряжением мышц (особенно лицевых), сильное сердцебиение, учащенное поверхностное дыхание, сниженный контроль собственного поведения.
<b>Апатия</b>	симптом, выражающийся в безразличии, безучастности, в отрешённом отношении к происходящему вокруг, в отсутствии стремления к какой-либо деятельности, отсутствии отрицательного и положительного отношения к действительности, отсутствии внешних эмоциональных проявлений.

<sup>10</sup> В тексте документа термины из словаря отмечены звездочкой (\*).

<sup>11</sup>Рабочие определения, приведенные в словаре, предназначены для использования только в рамках документа «Руководство по гуманитарной помощи mhGAP (mhGAP-HIG): лечение психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ, в гуманитарных чрезвычайных ситуациях» (ВОЗ и УВКБ ООН, 2015 г.).

### **ПРИЛОЖЕНИЕ 3.**

#### **Указатель симптомов**

<b>Тревожность</b>	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП) Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) Психоз (ПСИ) Пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ)
<b>Нарушение аппетита</b>	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП)
<b>Ночное недержание мочи</b>	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Умственная отсталость (УО)
<b>Спутанность сознания</b>	Психоз (ПСИ) Эпилепсия/припадки (ЭПИ) Пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ)
<b>Бред</b>	Психоз (ПСИ)
<b>Трудности в выполнении обычных дел</b>	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП) Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) Психоз (ПСИ) Умственная отсталость (УО) Пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ)
<b>Яркие повторные переживания</b>	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)
<b>Галлюцинации</b>	Психоз (ПСИ) Пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ)
<b>Ощущение беспомощности</b>	Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП) Суицид (СУИ)

<b>Гипервентиляция</b>	Острое стрессовое расстройство (ОСР)
<b>Недержание мочи</b>	Эпилепсия/припадки (ЭПИ) Умственная отсталость (УО)
<b>Бессонница</b>	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП) Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) Пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ)
<b>Навязчивые воспоминания</b>	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Горе (ГОРЕ) Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)
<b>Раздражительность</b>	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП) Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) Пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ)
<b>Трудности в обучении</b>	Умственная отсталость (УО)
<b>Упадок сил</b>	Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП)
<b>Снижение интереса и способности получать удовольствие</b>	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП)
<b>Несоблюдение гигиены</b>	Психоз (ПСИ) Умственная отсталость (УО) Пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ)
<b>Нарушение концентрации внимания</b>	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП) Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) Пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ)
<b>Подавленное настроение</b>	Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП)

<b>Припадки, судороги</b>	Эпилепсия/припадки (ЭПИ) Пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ)
<b>Самоповреждение</b>	Суицид (СУИ)
<b>Социальная самоизоляция</b>	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП) Психоз (ПСИ)
<b>Необъяснимые соматические симптомы</b>	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП) Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

#### ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

### Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при острых отравлениях на догоспитальном этапе

#### Острое отравление

Легкой степени	Средней степени	Тяжелой степени
Сознание: Ясное АД: Сист. АД 110-120 мм рт ст. PS: 70-100 уд в мин. Дыхание: 16-20 в мин. Размер зрачков: Не изменены Степень токсичности яда: Низкая Время экспозиции: до 1 часа.	Сознание: Оглушение. Дезориентация. Риск развития судорожного синдрома. АД: Сист. АД 90-100 мм рт ст. или выше 140 мм рт. PS: Выше 100 уд в мин или брадикардия (ниже 70) Дыхание: Выше 22 в мин. Размер зрачков: Не изменены, мидриаз или миоз.	Сознание: Оглушение, сопор, кома, судорожный синдром. АД: Сист. АД ниже 90 мм рт ст. PS: Выше 100 уд в мин или брадикардия (ниже 70) Дыхание: Тахипноэ (выше 22), брадипноэ (ниже 16), апноэ. Размер зрачков: Не изменены, мидриаз или миоз.

- Промывание желудка или индукция рвоты (при пероральном отравлении).
- ! При нарушенном сознании, при отравлении изониазидом промывание желудка только через зонд.
- Ингаляция кислородом (при ингаляционном отравлении)
  - Удаление яда с поверхности кожи (при перкутантном отравлении)
  - Энтеросорбция (активированный уголь 0.5 г/кг)
  - Антидотная терапия по показаниям
  - Симптоматическая терапия.

#### **Дальнейшее ведение:**

1. При полном купировании симптомов отравления направить в поликлинику по месту жительства
  2. Экстренная госпитализация в реанимационное отделение ближайшего лечебного учреждения в следующих случаях:
    - Больные с сохраняющимися симптомами отравления.
    - Беременные женщины.
    - Больные с суицидальными тенденциями.
    - Обеспечить проходимость дыхательных путей, ИВЛ по показаниям.
    - Катетеризация магистральных вен.
    - Промывание желудка через зонд.
    - Катетеризация мочевого пузыря.
- Оксигенотерапия
  - Энтеросорбция.
  - Антидотная и симптоматическая терапия
  - Инфузионная и противошоковая терапия

#### **Показания к ИВЛ**

- полное отсутствие самостоятельного дыхания;
- стойкая гиповентиляция;
- патологическая аритмия дыхания;
- тахипноэ с частотой дыхания более 35 в мин.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**В чрезвычайных гуманитарных ситуациях в каждом неспециализированном медицинском учреждении как минимум один медицинский работник, работающий под руководством другого сотрудника, должен уметь проводить оценку психических и неврологических расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ, и принимать соответствующие меры.**

***«Руководство по гуманитарной помощи mhGAP (mhGAP-HIG)» – простое практическое пособие, предназначенное для оказания помощи в достижении этой цели***

Программа действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья