

Керівництво mhGAP **версія 2.0** >>

для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я



Програма дій із подолання прогалин
у сфері психічного здоров'я

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0.

1. Mental Disorders – prevention and control. 2. Nervous System Diseases. 3. Psychotic Disorders. 4. Substance-Related Disorders. 5. Guideline. I. World Health Organization.

ISBN 978-966-8843-31-0

Оригінал «mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings» був опублікований англійською мовою штаб-квартирою Всесвітньої організації охорони здоров'я у Женеві у 2016 р.

© Всесвітня організація охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро, 2019 р.

Деякі права застережено. Ця робота розповсюджується на умовах ліцензії Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

Згідно з умовами цієї ліцензії можна копіювати, розповсюджувати та адаптувати роботу для некомерційних цілей за умови відповідного цитування, як зазначено нижче. У випадку будь-якого використання цієї роботи не повинно бути припущень, що ВООЗ схвалює будь-яку конкретну організацію, продукцію чи послугу. Використання логотипа ВООЗ заборонено. Якщо ви адаптуєте роботу, ви повинні ліцензувати свою роботу відповідно до тієї самої або еквівалентної ліцензії Creative Commons. Якщо ви створюєте переклад цієї роботи, вам слід додати наступне застереження щодо обмеження відповідальності разом із запропонованим цитуванням: «Цей переклад не був здійснений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). ВООЗ не несе відповідальності за зміст або точність цього перекладу. Автентичним та дійсним виданням є оригінальне видання англійською мовою».

Будь-яке посередництво, що стосується спорів, які виникають за ліцензією, мають проводитися відповідно до правил посередництва Всесвітньої організації інтелектуальної власності.

Приклад оформлення бібліографічного

посилання для цитування: «Керівництво mhGAP для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я». Копенгаген: Всесвітня організація охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро; 2019 р. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Дані каталогізації в публікації (CIP). Дані CIP доступні за адресою: <http://apps.who.int/iris>.

Придбання, права та ліцензування. Щоб придбати публікації ВООЗ, перейдіть за посиланням: <http://apps.who.int/bookorders>. Щоб подати запити на комерційне використання та запити щодо прав та ліцензування, перейдіть за посиланням: <http://www.who.int/about/licensing>.

Сторонні матеріали. Якщо ви хочете повторно використовувати матеріали цієї роботи, які належать третім сторонам, такі як таблиці, фігури чи зображення, ви несеєте відповідальність за визначення того, чи потрібен дозвіл для цього повторного використання та за отримання дозволу від власника авторських прав. Ризик претензій унаслідок порушення прав щодо будь-якого компоненту, який є власністю третіх сторін, у роботі покладається виключно на користувача.

Загальні застереження щодо обмеження відповідальності. Усі вжиті позначення та представлення матеріалу в цій публікації не є вираженням жодної думки з боку ВООЗ стосовно юридичного статусу будь-яких країн, територій, міст чи регіонів або їхніх органів управління, а також стосовно делімітації кордонів. Пунктирною лінією на мапі позначено приблизні кордони, стосовно яких ще може не бути цілковитої згоди.

Згадування конкретних компаній або продуктів певних виробників не означає, що ВООЗ підтримує або рекомендує їх, надаючи їм перевагу стосовно решти подібних продуктів, тут не згаданих. За винятком помилок і пропусків, назви запатентованих виробів починаються з великих літер.

ВООЗ вжила усіх необхідних заходів для підтвердження інформації, що міститься в цій публікації. Проте опублікований матеріал розповсюджується без жодних гарантій – чи то виражених, чи то опосередкованих. Відповідальність за інтерпретацію та використання цього матеріалу несе читач. ВООЗ в жодному разі не несе відповідальності за шкоду, що сталася внаслідок використання цього матеріалу.

Надруковано в Україні

Керівництво mhGAP

для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів,
пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин,
у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я

версія 2.0



Програма дій із подолання прогалин
у сфері психічного здоров'я



World Health
Organization

Керівництво mhGAP 2.0 » Зміст

Вступне слово	iii	» ОПД Основні принципи допомоги та клінічної практики	5
Подяки.....	iv	» ГА Головний алгоритм	16
Вступ.....	1	» ДЕП Депресія.....	19
Як користуватися Керівництвом mhGAP 2.0.....	3	» ПСИ Психози.....	33
		» ЕПІ Епілепсія.....	51
		» ДПП Дитячі та підліткові психічні і поведінкові розлади	69
		» ДЕМ Деменція.....	93
		» ВПР Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин.....	105
		» СУЇ Самоушкодження/суїцид	131
		» ІНШ Інші важливі скарги на стан психічного здоров'я	141
		Впровадження Керівництва mhGAP.....	151
		Глосарій	159

Керівництво mhGAP 2.0 » Вступне слово

Психічні, неврологічні розлади та розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин (ПНПР-розлади), надзвичайно поширені та формують великий тягар захворювань та непрацездатності в усьому світі. Усе ще існує велика прогалина між нагально потрібними та наявними потенціалом і ресурсами систем охорони здоров'я для зниження цього тягара. Майже кожна десята людина має психічний розлад, але лише 1 % працівників систем охорони здоров'я у всьому світі надає послуги з охорони психічного здоров'я. ПНПР-розлади є значною перешкодою у спроможності дітей до навчання, а у випадку дорослих – перешкодою до функціонування в родині, на робочих місцях і в суспільстві в цілому.

Визнаючи нагальну потребу у наданні послуг людям із ПНПР-розладами та їхнім доглядачам, а також у подоланні розриву між наявними та необхідними ресурсами та послугами, у 2008 році Відділ з питань психічного здоров'я та зловживання психоактивними речовинами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) розпочав Програму дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (Mental Health Gap Action Programme, mhGAP). Основними цілями mhGAP є посилення прихильності урядів країн, міжнародних організацій та інших зацікавлених сторін до підвищення фінансування та людських ресурсів для лікування ПНПР-розладів і забезпечення значно ширшого охоплення населення ключовими послугами у країнах із середнім і низьким рівнями доходів. У рамках цих цілей mhGAP надає засновані на доказах настанови та інструменти для досягнення цілей, поставлених у Комплексному плані дій з охорони психічного здоров'я на період 2013–2020 років.

У 2010 р. з метою сприяння впровадженню програми mhGAP було розроблено Керівництво mhGAP для ведення ПНПР-розладів у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я (ЗОЗ). Керівництво mhGAP є простим інструментом, розробленим на основі настанов mhGAP, який представляє інтегроване ведення пріоритетних ПНПР-розладів з використанням протоколів для прийняття клінічних рішень.

* Від перекладача: тут і далі термін «неспеціалізований» (англ. мовою «non-specialized») використовується для ідентифікації послуг, закладів та медичних працівників, які не є спеціалізованими стосовно надання допомоги у сфері психічного здоров'я.

Існує широко поширене, але помилкове переконання, що усі втручання у сфері охорони психічного здоров'я є складними і можуть надаватися виключно високоспеціалізованим персоналом. Дослідження останніх років продемонстрували можливість проведення фармакологічних і психосоціальних втручань в умовах неспеціалізованих закладів охорони здоров'я. З моменту випуску Керівництва mhGAP у 2010 році воно широко використовується різними зацікавленими сторонами, зокрема міністерствами охорони здоров'я, науковими установами, неурядовими громадськими організаціями та іншими благодійними фундаціями, а також дослідниками для розширення надання послуг з охорони психічного здоров'я. Керівництво mhGAP версії 1.0 використовується більше ніж у 90 країнах у всіх регіонах ВООЗ, а матеріали mhGAP перекладено більш ніж 20 мовами, у тому числі шістьма офіційними мовами ООН.

Через п'ять років після випуску цього Керівництва настанови mhGAP було переглянуто з урахуванням нової літератури та опубліковано у 2015 році. Ми наразі раді представити Керівництво mhGAP версії 2.0, яке не тільки відображає ці оновлення, а й велику кількість коментарів, наданих фахівцями, які працюють на місцях, для покращення розуміння Керівництва та його практичного застосування.

Сподіваємось, що це Керівництво й надалі буде ключовим інструментом для надання допомоги людям із ПНПР-розладами в усьому світі та наблизить нас до досягнення цілі загального охоплення послугами з охорони здоров'я.

Shekhar Saxena

Директор Відділу з питань охорони психічного здоров'я та зловживання психоактивними речовинами Всесвітньої організації охорони здоров'я



**World Health
Organization**

Керівництво mhGAP 2.0 » Подяки

Ідея та концептуалізація

Shekhar Saxena, Директор Відділу з питань охорони психічного здоров'я та зловживання психоактивними речовинами, ВООЗ

Координація проекту та редагування

Tarun Dua, Nicolas Clark, Neerja Chowdhary, Alexandra Fleischmann, Fahmy Hanna, Chiara Servili, Mark van Ommeren.

Внесок

Цінні матеріали, допомога та поради було надано експертами штаб-квартири ВООЗ, регіональних бюро ВООЗ та бюро держав – членів ВООЗ, а також багатьох міжнародних експертів. Цей внесок був надзвичайно важливим для оновлення настанов mhGAP та/або розробки Керівництва mhGAP версії 2.0.

Штаб-квартира ВООЗ

Valentina Baltag, John Beard, Alexander Butchart, Dan Chisholm, Nathalie Drew, Jane Ferguson, Berit Kieselbach, Nicola Magrini, Chris Mikton, Eyerusalem Kebede Negussie, Alana Officer, Anne Margriet Pot, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, David Ross, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Wilson Were.

Регіональні бюро ВООЗ та бюро держав – членів ВООЗ

Nazneen Anwar, Регіональний офіс для Південно-Східної Азії; Florence Baingana, ВООЗ, Сьєрра-Леоне; Andrea Bruni, Регіональний офіс для Північної та Південної Америки; Anderson Chimusoro, ВООЗ, Зімбабве; Manuel de Lara, ВООЗ, Туреччина; Bahtygul Karriyeva, ВООЗ, Туркменістан; R Kesavan, ВООЗ, Ліберія; Devora Kestel, Регіональний офіс для Північної та Південної Америки; Lars Foddgard Moller, Регіональний офіс для Європи; Maristela Goldnadel Monteiro, Регіональний офіс для Північної та Південної Америки; Matthijs Muijen, Регіональний офіс для Європи; Julius Muron, ВООЗ, Ліберія; Sebastiana Da Gama Nkomo, Регіональний офіс для Африки; Jorge Jacinto Rodriguez, Регіональний офіс для Північної та Південної Америки; Khalid Saeed, Регіональний офіс для Східного Середземномор'я; Caroline Saye, ВООЗ, Ліберія; Yutaro Setoya, ВООЗ, Фіджі; Xiao Sobel, Регіональний офіс для Західно-Тихоокеанського регіону; Saydah Taylor, ВООЗ, Ліберія; Salma Tiili, WHO Guinea; Xiangdong Wang, Регіональний офіс для Західно-Тихоокеанського регіону; Eyad Yanes, ВООЗ, Сирія

Ключові міжнародні експерти

Lindsey America-Simms, Kenneth Carswell, Elizabeth Centeno-Tablante, Melissa Harper, Sutapa Howlader, Kavitha Kolappa, Laura Pacione, Archana A. Patel, Allie Sharma, Marieke van Regteren Altena.

Адміністративна підтримка

Adeline Loo, Cecilia Ophelia Riano.

Інтерни

Farnoosh Ali, Lakshmi Chandrasekaran, Paul Christiansen, Anais Collin, Aislinne Freeman, Anna Fruehauf, Ali Haidar, Huw Jarvis, Steven Ma, Emma Mew, Elise Paul, Charlotte Phillips, Pooja Pradeeb, Matthew Schreiber.

Технічні рецензенти

Коментарі та зворотній зв'язок, спрямовані на оновлення Настанов mhGAP та/або Керівництва mhGAP версії 2.0, були надані такими міжнародними експертами:

Albert Akralu, Коледж медичних наук, Університет Гани та Асоціація Епілепсії Гани (Гана); Sophia Achab*, Колаборативний центр ВООЗ, Женевський університет/Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (Женева, Швейцарія); Emiliano Albanese*, Колаборативний центр ВООЗ, Женевський університет/HUG (Женева, Швейцарія); Robert Ali*, Служба з питань наркотиків та алкоголю Південної Австралії (DASSA), Колаборативний центр ВООЗ з питань лікування наркотичної та алкогольної залежності, Університет Аделаїди (Австралія); Fredrick Altice, Школа медицини та Школа громадського здоров'я Єльського університету (Нью-Гейвен, США); José Ayuso-Mateos, Universidad Autonoma de Madrid та CIBER (Іспанія); Corrado Barbui*, Колаборативний центр ВООЗ з питань дослідження та навчання у сфері психічного здоров'я та оцінювання послуг, Університет Верони (Італія); Gretchen Birbeck, Університет штату Мічиган (Мічиган, США); Anja Busse, Управління ООН з наркотиків і злочинності (Відень, Австрія); Vladimir Carli*, Національний центр досліджень з питань суїцидів та профілактики психічних хвороб (NASP), Karolinska Institute (Стокгольм, Швеція); Sudipto Chatterjee*, Parivartan Trust and Sangath (Індія); Dixon Chibanda, Університет Зімбабве, Friendship Bench Project (Гараре, Зімбабве); Janice Cooper, Carter Center (Ліберія); Wilhelmus (Pim) Cuijpers*, Vrije University (Амстердам, Нідерланди); Gauri Divan, Sangath (Гоа, Індія); Christopher Dowrick*, Інститут психології, охорони здоров'я та суспільства, Університет Ліверпуля (Ліверпуль, СК); Joshua Duncan, Building Back better Project, CBM (Сьєрра-Леоне); Julian Eaton*, CBM International (Того) та

Лондонська школа гігієни та тропічної медицини (СК); Rabi El Chammay, Міністерство охорони здоров'я (Бейрут, Ліван); Peter Hughes, Інститут Психіатрії, психології та нейронаук, King`s College (Лондон, СК); Asma Humayun*, Meditrina Health Care (Ісламабад, Пакистан); Gabriel Ivbijaro*, Wood Street Medical Centre (Лондон, СК); Nathalie Jette*, Інститут мозку Гочкісса та Інститут громадського здоров'я ім. О'Брайєна, Університет Калгарі (Канада); Lynne Jones, Державна служба охорони здоров'я (СК); Marc Laporta, Відділ психіатрії, McGill Montreal, Колаборативний дослідницький центр ВООЗ/ПАООЗ та Douglas Mental Health University Institute (Монреаль, Канада); Anita Marini, ГО Cittadinanza (Ріміні, Італія); Farrah Mateen, Загальна лікарня Массачусетсу, Гарвардська медична школа (США); Zhao Min, Шанхайський* центр лікування наркозалежності, Shanghai Jiaotong University School of Medicine (Шанхай, Китай); Charles Newton*, Інститут медичних досліджень Кенії (Кіліфі, Кенія); Olayinka Omigbodun*, Центр психічного здоров'я дітей і підлітків (ССАМН), University College Hospital (Ібадан, Нігерія); Akwasi Osei*, Міністерство охорони здоров'я (Аккра, Гана); Amrita Parekh, Dasra (Мумбай, Індія); Alfredo Pemjean*, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud (Сантьяго, Чілі); Nemasali Perera, Медичний факультет, University of Colombo (Шрі-Ланка); Michael Phillips, Центр дослідження та профілактики суїцидів та Консультативний центр з питань методології досліджень, Шанхайський центр психічного здоров'я, Shanghai Jiaotong University School of Medicine та Колаборативний центр ВООЗ з досліджень та навчання у сфері профілактики суїцидів, Beijing Huilongguan Hospital (Пекін, Китай); Martin Prince*, Інститут психіатрії, психології та нейронауки, King`s College (Лондон, СК); Atif Rahman*, Інститут психології, охорони здоров'я та суспільства,

Університет Ліверпуля (Ліверпуль, СК); Richard Rawson*, Інтегровані програми з питань зловживання психоактивними речовинами Каліфорнійського університету у Лос-Анджелесі (Каліфорнія, США); Tahilia Rebello, Колумбійський університет (США); Rajesh Sagar, Усеіндійський інститут медичних наук (Нью-Делі, Індія); Ley Sander, Інститут неврології, UCL (Лондон, СК); Alison Schafer, World Vision (Найробі, Кенія); Kunnukattil SShaji, Державний медичний коледж (Триссур, Індія); Pratap Sharan*, Усеіндійський інститут медичних наук (Нью-Делі, Індія); Vandad Sharifi Senejani, Тергеранський університет медичних наук (Тегеран, Ісламська Республіка Іран); Kolou Simliwa Dassa*, Міністерство охорони здоров'я (Ломе, Того); Leslie Snider, Peace in Practice (Амстердам, Нідерланди); Chhit Sophal, Міністерство охорони здоров'я (Камбоджа); Jessica Maria-Violanda Spagnolo, Школа громадського здоров'я, Університет Монреаля (Монреаль, Канада); Emmanuel Streeel, консультант з питань громадського психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин (Бельгія); Scott Stroup, Коледж терапевтів і хірургів Колумбійського університету, Психіатричний інститут штату Нью-Йорк (Нью-Йорк, США); Athula Sumathipala, Кілський університет (СК); Kiran Thakur, Лікарня ім. Дж. Гопкінса (Балтімор, США); Rangaswamy Thara, Фондація досліджень шизофренії (Індія); Graham Thornicroft* Інститут психіатрії, психології та нейронауки, King`s College (London, СК); Mark Tomlinson, Stellenbosch University (Південна Африка); Nyan Tun, Загальна лікарня м. Янгон (М'янма); Carmen Valle, CBM (Фрітаун, Сьєрра-Леоне); Pieter Ventevogel, Верховний комісар ООН у справах біженців (Женева, Швейцарія); Inka Weissbecker*, Міжнародний медичний корпус (Вашингтон, США); Mohammad Taghi Yasamy (Женева, Швейцарія); Lakshmi Vijayakumar*, SNEHA, Центр попередження суїцидів (Ченнай, Індія); Abe Wassie, Кафедра психіатрії, Медичний факультет, Університет м. Аддис-Абеба та Лікарня Amanuel (Ефіопія).

Додатковий внесок був зроблений наступною групою рецензентів шляхом участі у пілотному впровадженні, надання зворотного зв'язку та обговорення у фокус-групах

Helal Uddin Ahmed (Бангладеш); Suzan Akwii Otto (Уганда); Robinah Alambuya (Уганда); Latifa Saleh Al Harbi (Саудівська Аравія); Alaa Iddin Al Masri (Йорданія); Laila Alnawaz (Туреччина); Ebtisam Al Rowdhan (Саудівська Аравія); Roseline Aposu (Нігерія); Manar Awwad, Йорданія); Raul Ayala (Мекіко); Namsenmoh Aumar (Центральноафриканська Республіка); Madhur Basnet (Непал); Gertrude Bayona (Уганда); Rose Beaugrand (Сьєрра-Леоне); Tadu Bezu (Ефіопія); Gaurav Bhattarai (Непал); Jihane Bou Sleiman (Ліван); Brian Byekwaso (Уганда); Jules Claude Casumba (Південний Судан); Alice Clement (Нігерія); Gretel Acevedo de Pinzon (Панама); Barkon Dwah (Ліберія); Mufumba Emmanuel (Уганда); Olivia Gabula (Уганда); Kamal Gautam (Непал); Renee Gerritzen (Непал); Shree Ram Ghimire (Непал); Sudip Ghimre (Непал); Ijeh Ter Godwin (Нігерія); Kebeh Selma Gorpudolo (Ліберія); Teen K. Grace (Нігерія); Georgina Grundy-Campbell (СК і Туреччина); Esubalew Haile (Південний Судан); Tayseer Hassoon (Сирія); Mahmoud Hegazy (Туреччина); Zeinab Hijazi (Ліван); Fred Kangawo (Уганда); Sylvester Katontoka (Замбія); Fred Kiyuba (Уганда); Humphrey Kofie (Гана); Moussa Kolie (Гвінея); Samer Laila (Туреччина); Richard Luvaluka (Уганда); Paul Lwevola (Уганда); Scovia Makoma (Уганда); João Marçal-Grilo (СК); Soo Cecilia Mbaidoo (Нігерія); Colette McInerney (Лаос); Saeed Nadia (СК); Ruth Nakachwa (Уганда); Juliet Namuganza (Уганда); Emily Namulondo (Уганда); Margaret Namusobya (Уганда); Amada N. Ndorbor (Ліберія); Sheila Nduanabangi (Уганда); Joel Ngbede (Ліберія); Fred Nkotami (Уганда); Zacharia Nongo (Нігерія); Emeka Nwefoh (Нігерія); Philip Ode (Нігерія); Mary Ogezi (Нігерія); Martha Okpoto (Нігерія); Sagun Ballav Pant (Непал); Monica Peverga (Нігерія);

* члени Групи з перегляду Настанов mhGAP

Мара Н Puloka (Королівство Тонга); Muhannad Ramadan (Йорданія); Nick Rose (СК); Brigid Ryan (Австралія); Joseph s. Quoі (Ліберія); Nidhal Saadoon (Туреччина); Latifa Saleh (Королівство Саудівської Аравії); Dawda Samba (Гамбія); Nseizere Mitala Shem (Уганда); Michel Soufia (Ливан); Shadrach J. Suborzu II (Лівія); Wafika Tafran (Сирія); Angie Tarr Nyankoon, Liberia; Lilas Taqi (Туреччина); Yanibo Terhemen C. (Нігерія); Nongo Terseer (Нігерія); Samnieng Thammavong (Лаос); Manivone Thikey (Лаос); Joshua Tusaba (Уганда); Chanthala Vinthasai (Лаос); Anna Walder (Сьєрра-Леоне); Abdulwas Yusufi (Ефіопія).

Такі експерти взяли участь у рецензуванні оновлених настанов тHГAP як зовнішні рецензенти:

Atalay Alem, Університет м. Аддис-Абеба (Ефіопія); Laura Amato, Кокранівська колаборативна група з питань наркотиків і алкоголю (Італія); Satinder Aneja, Lady Hardinge Medical College (Індія); Pierre Bastin, Clinique Beaulieu (Швейцарія); Gayle Bell, Інститут неврології, University College London (СК); Donna Bergen, Rush University Medical Centre (Іллінойс, США); José Bertolote, Botucatu Medical School (Бразилія); Irene Bighelli, Університет Верони (Італія); Stephanie Burrows, Centre hospitalier de l'université de Montréal (Канада); Erico Castro-Costa, FIOCRUZ (Oswaldo Cruz Foundation) (Бразилія); Tony Charman, Інститут психіатрії, психології та нейронауки, King's College, UK; Marek Chawarski, Ельська школа медицини (США); Vera da Ros, Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (Бразилія); Carlos Felipe D´Oliveira, Національна асоціація профілактики суїцидів (Бразилія); Kieren Egan, Колаборативний центр ВООЗ з питань психічного здоров'я, HUG (Швейцарія); Eric Emerson, Центр досліджень та політики у сфері інвалідності, Університет м. Сідней (Австралія); Saeed Fagooh, Кафедра психіатрії, Lady Reading Hospital (Пакістан); Melissa Gladstone, Університет Ліверпуля (СК); Charlotte Hanlon, Університет м. Аддис-Абеба (Ефіопія); Angelina Kakooza, Makerere University (Уганда); Rajesh Kalaria, Університет Нью-Касла (СК); Eirini Karyotaki, Vrije

University (Нідерланди); Mark Keezer, University College London (СК); Nicole Lee, Turning Point (Австралія); Valentina Lemmi, Лондонська школа економіки (СК); Harriet MacMillan, McMaster University (Канада); Carlos Martinez,

Міністерство охорони здоров'я (Аргентина); Daniel Maggin, Університет штату Іллінойс (США); Silvia Minozzi, Кокранівська колаборативна група з питань наркотиків і алкоголю (Італія); Zuzana Mitrova, Кокранівська колаборативна група з питань наркотиків і алкоголю (Італія); James Mugisha, Національна асоціація профілактики суїцидів (Уганда); Adesola Ogunniy, University College Hospital (Нігерія); Denis Padruchny, Інформаційно-навчальний центр з питань психіатрії та наркології (Білорусь); Amrita Parekh, Фундація з питань громадського здоров'я Індії; Khara Sauro, Університет Калгарі (Канада); Shoba Raja, Basic Needs (Індія); Brian Reichow, Центр дослідження дитини, Ельська школа медицини (США); Maria Luisa Scattoni, Istituto Superiore di Sanità (Італія); Suvasini Sharma, Lady Hardinge Medical College та Kalawati Saran Children's Hospital (Індія); Pratibha Singhi, Інститут післядипломної медичної освіти та досліджень (Індія); Lorenzo Tarsitani, Policlinico Umberto Sapienza, Університет Риму (Італія); Wietse Tol, Фундація Пітера Алдермана (Уганда); Sarah Skeep, Stellenbosch University (Південна Африка); Manjari Tripathi, Усеіндійський інститут медичних наук (Індія); Ambros Uchtenhagen, Університет Цюріха (Швейцарія); Chris Underhill, Basic Needs (СК); Anna Williams, Інститут психіатрії, психології та нейронауки, King's College, UK.

Виробнича група

Графічний дизайн та макет: Erica Lefstad
Координація друку: Pascale Broisin, Frédérique Claudie Rodin (ВООЗ, Женева).

Фінансова підтримка

Організації, які надали фінансову підтримку для розробки та друку Керівництва:
Autism Speaks (США); CBM; Fountain House Inc.; уряд Японії; уряд Республіки Кореї; уряд Швейцарії; Національний інститут з питань психічного здоров'я (США); Syngenta.

ВСТУП

Програма дій з подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (mhGAP) – Загальна інформація

Згідно з Атласом психічного здоров'я ВООЗ за 2014 р. більше 45 % населення світу проживає у країнах, де на одного психіатра припадає 100 000 населення, а неврологів – ще менше. Якщо покладатися на те, що послуги людям, які хворіють на психічні, неврологічні розлади та розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин (ПНПР-розлади), надаватимуться виключно спеціалістами у цій сфері, це закряє доступ до потрібних послуг мільйонам людей. Але якщо навіть такі спеціалісти є, допомога, що надається, часто не заснована на доказах та не завжди якісна. Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (mhGAP) була розроблена з метою розширення надання допомоги людям з ПНПР-розладами.

Підхід mhGAP включає у себе втручання, спрямовані на попередження та ведення пріоритетних ПНПР-розладів, підібрані з урахуванням наукових даних про їх ефективність та можливість розширення доступу до таких втручань у країнах із середнім і низьким рівнями доходів. Пріоритетні розлади було визначено на основі того, що ці розлади спричиняють значний тягар (щодо смертності, захворюваності та непрацездатності), який призводить до високих економічних витрат або пов'язаний із порушеннями прав людини. Такими пріоритетними розладами є депресія, психоз, самоушкодження/суїцид, епілепсія, деменція, розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, а також психічні та поведінкові розлади у дітей і підлітків. Керівництво mhGAP – це ресурс, який сприяє запровадженню науково обґрунтованих настанов mhGAP у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я.

Масштаб запровадження Керівництва mhGAP версії 1.0 державами – учасницями ВООЗ та іншими зацікавленими сторонами був надзвичайним і наочно продемонстрував потребу у такому інструменті. Керівництво mhGAP версії 1.0 використовувалося у країнах таким чином: найчастіше – як ключовий інструмент поетапного підходу до розширення доступності послуг у сфері психічного здоров'я на

регіональному, національному та субнаціональному рівнях; як інструмент посилення потенціалу широкого спектра медичних працівників та інших працівників, які залучені до надання допомоги; а також як рекомендації для розвитку та оновлення навчальних планів у сфері вищої і післядипломної медичної освіти.

Розробка Керівництва mhGAP версії 2.0

Оновлення рекомендацій mhGAP, а також коментарі та оцінка Керівництва mhGAP версії 1.0, надані користувачами, вплинули на її перегляд і розробку оновленої версії Керівництва mhGAP. Відповідно до методології ВООЗ щодо розробки настанов, зокрема процесу перегляду наукових даних, синтезу та розробки рекомендацій за участі міжнародних груп окремих експертів та інституцій із відповідним досвідом роботи (клініцистів, дослідників, програмних менеджерів, представників урядових органів, а також користувачів послуг), у 2015 р. було підготовлено та опубліковано оновлені настанови mhGAP. Детальний опис методів і оновлені рекомендації можна знайти на сайті Ресурсного центру наукових даних mhGAP (mhGAP Evidence Resource Centre). http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/.

Коментарі було зібрано від усіх експертів з усіх регіонів ВООЗ, які використовували пакет Керівництва mhGAP упродовж останніх трьох років для навчання медичних працівників, які працюють у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, та для надання послуг із лікування ПНПР-розладів у кількох пілотних центрах. На основі отриманих коментарів експертів та фахівців, які працювали на місцях, було підготовлено попередній варіант Керівництва mhGAP версії 2.0, який було поширено серед великої групи рецензентів з усього світу, що забезпечило велике різноманіття точок зору у рамках цього інтенсивного процесу рецензування. Цей процес включив у себе збір коментарів від низки кінцевих користувачів, у тому числі медичних працівників, які працюють у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, а також людей із ПНПР-розладами з усіх регіонів ВООЗ. Коментарі кінцевих користувачів збиралися за допомогою опитувальника, а на місцевому рівні було проведено фокус-групи, координовані ВООЗ.

Відгуки рецензентів, зібрані у рамках цього процесу, було включено у Керівництво mhGAP версії 2.0.

Крім того, кілька користувачів Керівництва mhGAP підкреслили, що використання виключно паперової версії Керівництва накладає певні обмеження, та відзначили, що інтерактивна електронна або Інтернет-версія (e-) та версія для мобільних телефонів (m-) Керівництва mhGAP можуть надати певні переваги з огляду на полегшення їх використання, додатковий функціонал і фінансові заощадження. Саме тому Керівництво mhGAP було розроблено таким чином, щоб його можна було використовувати у всіх цих формах: у паперовій, електронній, мобільній; крім того, зараз розробляється e-версія Керівництва mhGAP, яка незабаром буде оприлюднена.

З урахуванням потужного зворотного зв'язку, оновлених рекомендацій mhGAP у 2015 р. і нових можливостей, які відкриває e-версія, Керівництво mhGAP версії 2.0 включає такі ключові зміни:

- » оновлення змісту різних розділів з урахуванням нових доказових даних, коментарів і рекомендацій користувачів mhGAP;
- » використання моделі вертикальних алгоритмів, що дало змогу спростити та зробити більш впорядкованою клінічну оцінку;
- » включення нового алгоритму для проведення подальшого супроводу у всіх модулях;
- » включення двох нових модулів: «Основні принципи допомоги та клінічної практики» (що є оновленим варіантом розділу «Основні принципи допомоги» версії 1.0) та «Впровадження»;
- » оновлені модулі «Психози» (що включає психоз і біполярний розлад), «Психічні і поведінкові розлади у дітей та підлітків» (що охоплює порушення розвитку, поведінкові та емоційні розлади), «Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин» (що включає розлади, пов'язані зі вживанням алкоголю, та розлади, пов'язані зі вживанням наркотичних речовин).

Застосування Керівництва mhGAP версії 2.0

Керівництво mhGAP – це типові настанови, та надзвичайно важливо, щоб воно було адаптовано до унікальної ситуації конкретної країни або місцевості. Користувачі можуть вибрати низку пріоритетних розладів або втручань для подальшої адаптації та впровадження залежно від відмінностей у поширеності та наявності ресурсів конкретного регіону. Адаптація необхідна, щоб упевнитися у тому, що розлади, які складають більшу частку тягаря захворювань у певній країні, були охоплені, а також у тому, що Керівництво mhGAP версії 2.0 є доцільним з огляду на місцеві умови, які впливають на лікування людей із ПНПР-розладами на рівні закладу охорони здоров'я. До процесу адаптації слід ставитися як до можливості дійти згоди з приводу галузевих питань щодо всіх розладів, а це вимагає участі ключових національних зацікавлених сторін. Адаптація – це переклад на державну мову та забезпечення прийнятності усіх втручань у цьому соціокультурному середовищі та можливості застосування у місцевій системі охорони здоров'я.




Цільовою групою користувачів Керівництва mhGAP є медичні працівники, які не є спеціалістами у сфері психічного здоров'я та які працюють у закладах охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів. Такими медичними працівниками є лікарі первинної медичної допомоги, медсестри та інші працівники сфери охорони здоров'я. Хоча Керівництво mhGAP призначене передусім не для спеціалістів з охорони психічного здоров'я, воно також може бути корисним і для спеціалістів у цій сфері. Окрім того, спеціалісти з охорони психічного здоров'я відіграють надзвичайно важливу та істотну роль у навчанні, підтримці та супервізії; при цьому Керівництво mhGAP версії 2.0 вказує, коли потрібен доступ до спеціалістів для отримання консультації або перенаправлення з метою оптимізації використання обмежених ресурсів. Спеціалістам також може бути корисним навчання в частині, присвяченій питанням громадського здоров'я у рамках такої програми та організації надання послуг. Упровадження Керівництва mhGAP потребує скоординованої діяльності експертів і менеджерів з питань громадського здоров'я та спеціалістів з досвідом у сфері громадського здоров'я. Отже,


навчання з використання Керівництва mhGAP найкраще проводити як частину системного підходу та залучати до нього керівників галузі охорони здоров'я, менеджерів та осіб, відповідальних за розробку політичних рішень, задля підтримки втручань з боку необхідної інфраструктури/ресурсів, наприклад забезпечення наявності основних лікарських засобів. Навчання з Керівництва mhGAP також має бути включено на постійній основі у наявні механізми, аби забезпечити належну підтримку, супервізію та організацію підвищення кваліфікації для медичних працівників.


Як користуватися Керівництвом mhGAP версії 2.0


- » Керівництво mhGAP версії 2.0 починається з модуля «Основні принципи допомоги та клінічної практики», у якому описуються належні підходи під час надання медичної допомоги та загальні рекомендації щодо взаємодії між медичними працівниками та людьми, які потребують допомоги у сфері психічного здоров'я. Усім користувачам Керівництва mhGAP слід ознайомитися з цими принципами та дотримуватися їх настільки, наскільки це можливо.
- » Керівництво mhGAP включає «Головний алгоритм», у якому представлено інформацію про поширені прояви пріоритетних розладів. Він спрямовує клініцистів до відповідних модулів. Передусім слід лікувати найбільш тяжкі стани. У Керівництві mhGAP версії 2.0 є новий додаток до Головного алгоритму: «Прояви пріоритетних ПНПР-розладів, які потребують невідкладного втручання». Цей розділ було додано, аби допомогти виявляти невідкладні ситуації та скеровувати до відповідних рекомендацій з надання допомоги.
- » Модулі, у яких описуються окремі пріоритетні розлади, є інструментом для прийняття клінічних рішень та надання допомоги. У кожного модуля свій колір, завдяки чому їх легко розрізняти. На початку кожного модуля є вступ, у якому пояснюється, який(і) розлад(и) включені у нього, та наведено короткий загальний огляд, де описано ключові кроки з оцінювання та ведення.

» Кожен модуль складається із трьох підрозділів:

-  **Оцінка**
-  **Ведення**
-  **Подальший супровід**

 **Підрозділ «Оцінка»** представлений у форматі блок-схем, який включає низку пунктів із клінічного обстеження. Кожен модуль починається з переліку поширених проявів відповідного розладу, із яких впливає низка клінічних питань; на них потрібно відповідати по черговому – «так» або «ні», і відповіді на них дають змогу перейти до подальших інструкцій та завершити клінічну оцінку. Важливо, щоб користувачі Керівництва mhGAP починали оцінку від самого її початку та послідовно пройшли всі моменти прийняття рішень, аби здійснити повну клінічну оцінку та розробити план ведення пацієнта.

 **Підрозділ «Ведення»** включає у себе детальну інформацію про втручання, що у свою чергу дає змогу зрозуміти, як здійснювати ведення пацієнта з конкретним виявленим розладом. У ньому також більш детально представлені психосоціальні та фармакологічні втручання, якщо вони необхідні.

 **У підрозділі «Подальший супровід»** надано детальну інформацію про те, як продовжувати стосунки в рамках клінічної практики, та детальні інструкції щодо подальшого супроводу.

» Аби привернути увагу користувачів до певних моментів у модулі, Керівництво mhGAP версії 2.0 використовує низку символів. Перелік символів та їх пояснення наведені на наступній сторінці. Важливі моменти у модулях підкреслюються як ключові клінічні поради.

» Також до Керівництва включено модуль «Впровадження Керівництва mhGAP», у якому коротко описано кроки, які потрібно зробити для впровадження Керівництва mhGAP.

» Наприкінці Керівництва наведено глосарій термінів, які було використано у Керівництві mhGAP версії 2.0.

Візуальні елементи та символи



Оцінка



Ведення



Подальший супровід



Скерування до лікарні



Медикаментозне лікування



Психосоціальне втручання



Консультація спеціаліста



Діти / підлітки



Жінки дітородного віку, вагітні або які годують грудьми



Дорослі



Люди похилого віку



УВАГА



Не можна



Додаткова інформація

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДОПОМОГИ ТА КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

У цьому модулі описано основні принципи медичної допомоги людям, які її потребують, зокрема людям з ПНПР-розладами, а також їхнім доглядачам.

У першому підрозділі цього модуля подаються загальні принципи клінічної практики. Він спрямований на посилення уваги до приватності людей, яким потрібна допомога стосовно ПНПР-розладів, налагодження належних стосунків між надавачами медичних послуг, користувачами послуг і їхніми доглядачами, а також на надання допомоги без осуду та стигматизації, із забезпеченням необхідної підтримки. У другому підрозділі наведені основи клінічної практики у сфері психічного здоров'я з метою надання працівникам охорони здоров'я загального уявлення щодо оцінки та ведення ПНПР-розладів у неспеціалізованих ЗОЗ.

А. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ

- Використовуйте ефективні навички комунікації
- Забезпечте повагу та гідність

В. ОСНОВИ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ У СФЕРІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

- Оцініть стан фізичного здоров'я
- Здійсніть оцінку на наявність ПНПР розладів
- Ведіть ПНПР розлади

А. Загальні принципи

І. Використовуйте ефективні навички комунікації

Використання ефективних навичок комунікації дозволяє медичним працівникам надавати якісну допомогу дорослим, підліткам і дітям із психічними, неврологічними розладами та розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин (ПНПР-розладами). Перегляньте наступні ключові навички комунікації та поради:

порада щодо комунікації № 1

Створіть середовище, яке сприяє відкритій комунікації

- » По можливості зустрічайтеся з людиною у місці, що допомагає забезпечити конфіденційність.
- » Будьте привітними та знайомтеся з людиною так, як це прийнято у відповідній культурі.
- » Підтримуйте зоровий контакт і використовуйте мову тіла та міміку, які створюють атмосферу довіри.
- » Поясніть, що інформація, яка обговорюватиметься під час візиту, є конфіденційною та нікому не розголошуватиметься без попередньої згоди особи.
- » Якщо доглядачі присутні, запропонуйте особі можливість поговорити з нею наодинці (за винятком малолітніх дітей) та отримайте від неї дозвіл поділитися інформацією про результати клінічного обстеження з родичами.
- » Якщо на прийомі молода жінка, розгляньте можливість забезпечити присутність іншого фахівця жіночої статі або доглядача.

порада щодо комунікації № 2

Залучайте людину

- » Максимально залучайте людину (а за її згодою – її доглядачів і родину) у всі аспекти оцінки її стану та надання допомоги. Також це стосується дітей, підлітків і людей похилого віку.

порада щодо комунікації № 3

Почніть із вислуховування

- » Слухайте активно. Будьте емпатичними та чутливими.
- » Дайте людині можливість говорити та не перебивайте її.
- » Якщо щось в історії людини не зрозуміло, будьте терплячими та попросіть пояснення.
- » Працюючи з дітьми, говоріть зрозумілою для них мовою. Наприклад, спитайте про їхні інтереси (іграшки, друзів, школу тощо).
- » Працюючи з підлітками, дайте їм зрозуміти, що ви розумієте їхню почуття та ситуацію.

порада щодо комунікації № 4

Завжди ставтеся до людини дружньо, з повагою, без осуду

- » Завжди ставтеся до людей з повагою.
- » Не осуджуйте людей за їхню поведінку та зовнішній вигляд.
- » Залишайтеся спокійними та терплячими.

порада щодо комунікації № 5

Використовуйте належні вербальні навички комунікації

- » Говоріть просто. Будьте зрозумілими та лаконічними.
- » Використовуйте відкриті запитання, підсумуйте та уточнюйте сказане.
- » Підсумуйте та повторюйте ключові моменти.
- » Дайте можливість людині задати запитання про надану інформацію.

порада щодо комунікації № 6

Реагуйте чутливо у ситуаціях, коли особа ділиться з вами своїм важким досвідом (наприклад, про сексуальне чи фізичне насильство або самошкодження)

- » Будьте особливо чутливими, коли йдеться про складні теми.
- » Нагадайте особі, що те, що вона вам розповідає, є конфіденційним.
- » Розумійте, що людині може бути важко розкрити таку інформацію.

II. Забезпечте повагу та гідність

До людей із ПНПР-розладами слід ставитися з повагою та підтримувати їхнє відчуття власної гідності у прийнятний відповідно до місцевої культури спосіб. Як медичні працівники докладайте всіх необхідних зусиль, аби ставитися шанобливо та підтримувати побажання людей із ПНПР-розладами, а також підтримувати їх та їхніх доглядачів та максимально залучати їх до процесів допомоги.

Люди з ПНПР-розладами часто є більш уразливими до порушень прав людини. Отже, надзвичайно важливо, щоб у ЗОЗ надавачі послуг підтримували права людей із ПНПР-розладами відповідно до міжнародних стандартів у сфері прав людини (CRPD), зокрема Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю*.

* Більше інформації про CRPD можна знайти за посиланням: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

Що варто робити:

- » Ставитися до людей із ПНПР-розладами з повагою та підтримувати їхнє відчуття власної гідності.
- » Забезпечити конфіденційність для людей із ПНПР-розладами.
- » Забезпечити приватність надання допомоги у ЗОЗ.
- » Завжди надавати доступ до інформації та пояснювати у письмовій формі, якщо це можливо, ризики та переваги запропонованого методу лікування.
- » Переконатися що особа дає згоду на лікування.
- » Підтримувати автономію та незалежне життя людини у спільноті.
- » Надавати особам із ПНПР-розладами доступ до засобів підтриманого прийняття рішень.

Що не можна робити:

- » Не дискримінуйте людей із ПНПР-розладами.
- » Не ігноруйте пріоритети або побажання людей із ПНПР-розладами.
- » Не приймайте рішення для людини із ПНПР-розладом, від її імені або замість неї.
- » Не використовуйте перевантажену термінами мову, пояснюючи пропонований метод лікування.

В. ОСНОВИ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ У СФЕРІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

I. Оцініть стан фізичного здоров'я

Люди із ПНПР-розладами мають вищий ризик передчасної смерті від хвороб, що можуть бути попереджені, а тому під час комплексного обстеження завжди необхідно проводити обстеження стану фізичного здоров'я. Обов'язково збирайте правильну історію розвитку такого стану, зокрема щодо фізичного здоров'я, і історію ПНПР-розладів, після чого обстежуйте стан фізичного здоров'я для виявлення супутніх розладів і навчання людини профілактичних заходів. Такі дії завжди мають відбуватися за інформованої згоди особи.

Оцінка стану фізичного здоров'я

- » **Зберіть детальну історію та розпитайте про чинники ризику**
Брак фізичної активності, нераціональне харчування, тютюнопаління, зловживання алкоголем та/або вживання психоактивних речовин, ризикована поведінка та хронічні захворювання.
- » **Проведіть фізикальне обстеження**
- » **Проведіть диференціальну діагностику**
Виключіть соматичні розлади та причини, що можуть лежати в основі ПНПР-розладів, шляхом з'ясування історії розвитку стану, проведення фізикального обстеження та базового лабораторного обстеження за потреби та можливості.
- » **Виявіть коморбідні стани**
Часто у людини може бути більше одного ПНПР-розладу водночас. Якщо це зустрічається, важливо виявляти та вести ці стани.



КЛІНІЧНА ПОРАДА:

У людей із тяжкими психічними розладами удвічі-втричі вищий ризик померти від хвороб, які можуть бути попереджені, таких як інфекції та серцево-судинні захворювання. Зосередьтеся на зниженні такого ризику шляхом просвітницької роботи та моніторингу.

Ведення стану фізичного здоров'я

- » Лікуйте наявні коморбідні стани одночасно з ПНПР-розладом. За потреби направляйте до спеціалістів або консультуйтеся з ними.
- » Проводьте просвітницьку роботу щодо факторів ризику, на які можна впливати, з метою профілактики захворювання та заохочення до здорового способу життя.
- » Для підтримки стану фізичного здоров'я людей із ПНПР-розладами медичним працівникам слід:
 - надавати поради про важливість фізичної активності та здорового харчування;
 - інформувати про шкоду від вживання алкоголю;
 - заохочувати до припинення паління та вживання психоактивних речовин;
 - проводити просвітницьку роботу щодо інших ризикованих форм поведінки (наприклад, незахищений секс);
 - проводити обстеження фізичного стану та щеплення на регулярній основі;
 - готувати людей до змін, пов'язаних із періодами життя, зокрема статевої зрілості та менопаузи, та надавати їм необхідну підтримку;
 - обговорювати плани щодо вагітності та методи контрацепції з жінками дітородного віку.

II. Здійсніть оцінку на наявність ПНПР-розладів

Проведення обстеження на наявність ПНПР-розладів включає у себе такі кроки. По-перше, вивчаються скарги, далі – збирається історія, у тому числі щодо ПНПР-розладів у минулому та фізичного здоров'я, історія родини щодо ПНПР-розладів, а також історія психосоціального стану. Спостерігайте за особою (Оцінка психічного статусу), проведіть диференціальну діагностику та встановіть ПНПР-розлад. Під час оцінки проведіть фізикальне обстеження і базове лабораторне обстеження за потреби. Оцінка проводиться за умови надання особою інформованої згоди.



ЗБІР ІСТОРІЇ

1 Скарги

Основний симптом або причина, чому людина звернулася по допомогу.

- » Спитайте коли, чому і як це розпочалося.
- » На цьому етапі важливо зібрати якомога більше інформації про симптоми та їх обставини.

2 Історія ПНПР-розладів

- » Запитайте про подібні проблеми у минулому, можливі госпіталізації до психіатричних закладів або медикаменти, які призначалися для лікування ПНПР-розладів, а також про спроби самогубства у минулому.
- » З'ясуйте інформацію про вживання тютюну, алкоголю та психоактивних речовин.

3 Історія стану фізичного здоров'я

- » Запитайте про проблеми з фізичним здоров'ям та прийом медикаментів.
- » З'ясуйте, які медикаменти людина приймає зараз.
- » Запитайте про наявність алергічних реакцій на ліки.

4 Сімейна історія ПНПР-розладів

- » Дослідіть можливу історію ПНПР-розладів у родині та запитайте, чи були у когось подібні симптоми або чи хтось із рідних лікувався від ПНПР-розладів.

5 Історія психосоціального стану

- » Запитайте про поточні стресові фактори, методи їх подолання та наявність соціальної підтримки.
- » Запитайте про поточне соціальне та професійне функціонування (як людина функціонує вдома, на роботі та у стосунках з оточуючими).
- » Отримайте базову інформацію, зокрема про те, де людина живе, рівень освіти, історію працевлаштування, сімейний стан та кількість і вік дітей, рівень доходів, вид домогосподарства та умови життя.

Працюючи з дітьми і підлітками, запитайте, чи є у них доглядачі, який характер та яка якість стосунків із ними.

Визначтеся, який ПНПР-розлад ви підозрюєте, та перейдіть до відповідного(их) модуля(ів) для проведення оцінки



ОЦІНКА НА НАЯВНІСТЬ ПНПР-РОЗЛАДІВ

1 Фізикальне обстеження

» Проведіть націлене фізикальне обстеження з урахуванням інформації, яка була отримана під час оцінки на наявність ПНПР-розладів.

2 Оцінка психічного статусу (ОПС)*

» Розпитайте людину та спостерігайте за її зовнішнім виглядом і поведінкою, настроєм та емоціями, змістом мислення, наявністю будь-яких порушень сприйняття і пізнання. Див. детальніше Головний алгоритм (ГА), що базується на симптомах.

3 Диференціальна діагностика

» Проведіть диференціальну діагностику та виключіть розлади, які мають подібні симптоми.

4 Базове лабораторне обстеження

» Направте на лабораторне обстеження за необхідності та можливості, зокрема з метою виключення причин, пов'язаних із фізичним здоров'ям.

5 Визначення ПНПР-розладу

» Визначте ПНПР-розлад, використовуючи відповідний(і) модуль(і).
 » Проведіть оцінку щодо інших ПНПР-симптомів та пріоритетних розладів (див. Головний алгоритм).
 » Дотримуйтеся відповідних алгоритмів ведення та протоколів лікування.



КЛІНІЧНА ПОРАДА:

Після визначення ПНПР-розладу завжди проводьте оцінку щодо самоушкодження/суїциду (» СУІ).

*Оцінка психічного статусу, адаптована для використання медичними працівниками, які не є спеціалістами у галузі психічного здоров'я, може включати у себе такі компоненти: поведінка та зовнішній вигляд = симптоми та ознаки зовнішнього вигляду людини і її поведінки; настрої та емоції = симптоми й ознаки регуляції та проявів емоцій, переживань; зміст мислення = симптоми та ознаки предмета думок, зокрема маячні, параноїдні переживання, підозрілість та думки про самогубство; порушення сприйняття = сприйняття органами чуття, які трапляються за відсутності відповідного (зовнішнього) подразника (наприклад, слухові або візуальні галюцинації), причому сама людина може розуміти або не розуміти нереалістичну природу такого сприйняття; пізнання = симптоми, особливості та клінічні ознаки, які вказують на порушення психічних процесів та можливостей, пов'язаних з увагою, пам'яттю, судженням, логічним мисленням, вирішенням проблем, прийняттям рішень, осмисленням та інтеграцією цих функцій.

III. Ведення ПНПР-розладів

Після проведення оцінки дотримуйтеся алгоритму ведення ПНПР-розладу, наведеного у Керівництві mhGAP.
Ключові етапи ведення описані у вікні нижче.



ЕТАПИ ВЕДЕННЯ ПНПР-РОЗЛАДІВ

*Багато ПНПР-розладів є хронічними та потребують довготермінового моніторингу та супроводу.
Ведення ПНПР-розладу включає такі етапи:*

1 Розробіть план лікування спільно із особою та її доглядачем.



КЛІНІЧНА ПОРАДА:

План лікування у письмовій формі має включати:

- фармакологічні втручання, за потреби
- психосоціальні втручання
- скерування
- план подальшого супроводу
- ведення супутніх розладів фізичного здоров'я та/або інших ПНПР-розладів

2 Завжди пропонуйте **психосоціальні втручання** особі та її доглядачам.

3 Лікуйте ПНПР-розлад за допомогою **фармакологічних втручань**, коли зазначено.

4 **Скеруйте** до спеціалістів або лікарні, коли це зазначено та якщо ці послуги доступні.

5 Переконайтеся у тому, що складено належний план **подальшого супроводу**.

6 **Працюйте разом із доглядачами та родинами**, надаючи підтримку особі із ПНПР-розладом.

7 Налагоджуйте **міцні зв'язки** зі службою працевлаштування, освітнім закладом, соціальною службою (включаючи ведення домогосподарства) та іншими необхідними секторами.

8 Адаптуйте плани лікування для **особливих груп населення**.

1 Планування лікування

- » Обговоріть та встановіть цілі лікування з урахуванням готовності та побажань особи.
- » Залучайте доглядачів після того, як була отримана згоди особи.
- » Заохочуйте особу до відслідковування власних симптомів та поясніть, коли потрібно негайно звертатися за допомогою.

2 Психосоціальні втручання

А. Психосвіта

Надайте особі інформацію про ПНПР-розлад, зокрема:

- » що це за розлад, як він розвивається, його наслідки;
- » існуючі види лікування такого розладу та їх очікувані переваги;
- » тривалість лікування;
- » важливість прихильності до лікування, зокрема, що може зробити особа (наприклад, приймати медикаменти або виконувати відповідні психологічні вправи, такі як вправи з релаксації) і що можуть зробити доглядачі, аби допомогти особі дотримуватися режиму лікування;
- » можливі побічні реакції (коротко- та довгострокові) від будь-яких призначених медикаментів, які має відслідковувати особа (її доглядачі);
- » можливість залучення соціальних працівників, фахівців із ведення випадку та медичних працівників у громаді, або інших членів громади, яким довіряють.
- » Перейдіть до підрозділу «Ведення» відповідного(их) модуля(ів), аби отримати інформацію про конкретний ПНПР-розлад.

В. Зниження стресу та посилення соціальної підтримки

Робота із поточними психосоціальними стресогенними чинниками:

- » Виявляйте та обговорюйте актуальні психосоціальні проблеми, які є джерелом стресу та впливають на життя людини, включаючи не тільки проблеми в родині та стосунках, проблеми із працевлаштуванням/зайнятістю/засобами до існування, проблеми із житлом, фінансами, доступом до базових послуг та безпеки, а й стигму, дискримінацію тощо.
- » Допоможіть людині подолати стрес через методи обговорення, такі як техніка вирішення проблем.
- » Оцініть та надайте відповідну допомогу щодо будь-якої ситуації жорстокого поводження, насильства (наприклад, домашнього насильства) та занедбаності (наприклад, дітей або людей похилого віку). Обговоріть з особою можливе звернення до надійної організації, яка займається захистом, або до неформальної громадської мережі з питань захисту. Зв'яжіться з відповідною юридичною службою або іншими організаціями, які працюють у громаді.
- » Виявіть членів родини, готових надавати підтримку, та залучайте їх настільки, наскільки це можливо та доцільно.
- » Посиліть системи соціальної підтримки та спробуйте відновити соціальні зв'язки особи.
- » З'ясуйте, які з тих видів соціальних активностей, якими раніше займалася людина, у разі відновлення матимуть потенціал прямої або непрямої психосоціальної підтримки (наприклад, родинні зустрічі, відвідування сусідів, діяльність у громаді, релігійна діяльність тощо).
- » Навчіть особу використовувати таку техніку управління стресом, як релаксація.

С. Сприяння участі у повсякденній діяльності

- » Надайте людині підтримку, яка дасть змогу максимально продовжувати регулярну соціальну, освітню, професійну діяльність.
- » Сприяйте включенню в господарську діяльність.
- » За потреби запропонуйте тренінг з життєвих та/або з соціальних навичок.

Д. Психологічна допомога

Психологічна допомога зазвичай потребує значного спеціально виділеного часу та частіше надається спеціалістами. Проте медичні працівники, які не є спеціалістами у сфері охорони психічного здоров'я, також можуть ефективно її надавати, якщо вони пройшли належне навчання та отримують супервізію.

Окрім того, можна використовувати керовану самопомогу (наприклад, електронні програми з охорони психічного здоров'я або книжки із самопомоги).

Втручання, наведені нижче, коротко описані у глосарії.

Приклад втручання

Поведінкова активація

Тренінг з релаксації

Лікування за методикою «вирішення проблем»

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

Терапія управління кризовими станами (Contingency Management Therapy)

Сімейне консультування або терапія

Міжособистісна терапія (МОТ)

Терапія посилення мотивації (Motivational Enhancement Therapy)

Навчання навичкам батьківства (Parent Skills Training)

Рекомендовано у випадку

ДЕП

ДЕП

ДЕП

ДЕП, ДПП, ВПР, ПСИ

ВПР

ПСИ, ВПР

ДЕП

ВПР

ДПП

3 Фармакологічні втручання

- » Дотримуйтеся рекомендацій із психофармакології, наведених у кожному модулі.
- » Застосовуйте фармакологічні втручання, якщо вони зазначені в алгоритмі ведення і наведеній таблиці та доступні.
- » Обираючи відповідний препарат з основних лікарських засобів, зважайте на перелік побічних реакцій (як коротко-, так і довгострокових), ефективність лікування у минулому, взаємодію лікарських засобів або взаємодію препарату та захворювання.
- » За потреби скористайтеся Державним формуляром лікарських засобів або Формуляром ВООЗ.
- » Поінформуйте людину про ризики та переваги лікування, можливі побічні реакції, тривалість лікування, а також важливість прихильності до лікування.
- » З обережністю призначайте медикаменти представникам особливих груп населення, зокрема людям похилого віку, особам із хронічними захворюваннями, вагітним жінкам та жінкам, які годують грудьми, а також дітям/підліткам. Консультуйтеся зі спеціалістами, якщо потрібно.

4 Направлення до спеціалістів/лікарні за потреби

- » Звертайте увагу на ситуації, які можуть вимагати направлення до спеціалістів/лікарні, наприклад відсутність відповіді на лікування, виражені побічні реакції на фармакологічні втручання, коморбідні соматичні та/або ПНПР-розлади, ризик самоушкодження/суїциду.

5 Подальший супровід

- » Після проведення ініціальної оцінки домовтеся про проведення наступного візиту.
- » Після кожного візиту призначайте наступний візит та заохочуйте відвідування. Призначайте зустрічі на час, зручний для всіх.
- » **Спочатку призначайте візити частіше, доки призначене лікування не почне діяти.** Після того, як симптоми почнуть зменшуватись, можна призначати зустрічі рідше, але регулярно.
- » **Під час кожного візиту в рамках подальшого супроводу проводьте оцінку щодо:**
 - відповіді на лікування, побічних реакцій на медикаменти, а також прихильності до медикаментів і психосоціальних втручань;
 - загального стану здоров'я (обов'язково перевіряйте стан фізичного здоров'я на регулярній основі);
 - самопіклування (наприклад, харчування, гігієна, одяг) та функціонування у власному середовищі;
 - психосоціальних проблем та/або змін в умовах проживання, які можуть вплинути на лікування;
 - розуміння процесу лікування та очікування від нього у самої особи та її доглядача (виправте будь-які непорозуміння).
- » **Упродовж усього періоду подальшого спостереження:**
 - Визнавайте всі позитивні зміни на шляху досягнення цілей лікування та посилюйте прихильність до лікування.
 - Підтримуйте регулярний контакт з людиною (за необхідності – з її доглядачем). Якщо можливо, доручіть працівникові у спільноті або іншому надійному члену спільноти (наприклад, члену родини) надавати підтримку особі.

- Поясніть, що за потреби людина може звертатися до закладу між призначеними візитами у будь-який час (наприклад, у зв'язку із побічними реакціями на медикаменти тощо).
- Розробіть план дій на випадок, якщо особа не приходить на призначені зустрічі.
- Використовуйте ресурси родини та спільноти, аби контактувати з людьми, які не приходять на призначені зустрічі, для надання подальшої допомоги.
- Проконсультуйтеся зі спеціалістом, якщо стан людини не поліпшується або погіршується.
- Документуйте ключові питання взаємодії з особою та її родиною в медичній документації.

» Перейдіть до підрозділу «Ведення» відповідного(их) модулю(ів), аби отримати детальну інформацію про ведення конкретного ПНПР-розладу.

6 Залучення доглядачів

- » За необхідності та за згодою особи залучайте до допомоги доглядача або членів родини.
- » Визнавайте, що людям із ПНПР-розладами може бути важко допомагати.
- » Поясніть доглядачеві важливість ставлення з повагою до гідності та прав людини з ПНПР-розладом.
- » Виявляйте вплив на психосоціальний стан доглядачів.
- » Проведіть оцінку потреб доглядача, аби забезпечити необхідну підтримку та ресурси, необхідні для сімейного життя, працевлаштування, соціальної діяльності та здоров'я.
- » Заохочуйте до участі у роботі груп самопомоги та груп родинної підтримки, якщо вони наявні.
- » За згодою особи інформуйте доглядачів про стан її здоров'я, зокрема про питання, пов'язані з оцінкою, лікуванням, подальшим супроводом і будь-якими побічними реакціями.

7 Зв'язки з іншими секторами

- » Для забезпечення комплексної допомоги та на підставі результатів ініціальної оцінки сконтакуйте особу зі службами з питань працевлаштування, освіти, соціальними (включаючи ведення домашнього господарства) та іншими необхідними службами.

8 Особливі групи населення

Діти / підлітки

- » З'ясуйте наявність впливу несприятливих факторів, таких як насильство та занедбання, що може вплинути на стан психічного здоров'я та добробут.
- » Проведіть оцінку потреб доглядачів.
- » Надавайте допомогу підліткам, які звернулись до вас самостійно, навіть якщо їх не супроводжують батьки або опікуни. Отримайте інформовану згоду від підлітка.
- » Створіть можливість для дітей/підлітків конфіденційно поділитися своїми переживаннями.
- » Говоріть так, щоб дитина/підліток вас розуміли.
- » З'ясуйте, які ресурси наявні в родині, школі та спільноті.

Вагітні жінки та жінки, які годують грудьми

- » Якщо звернулася жінка дітородного віку, спитайте:
 - чи вона годує грудьми,
 - про можливу вагітність,
 - якщо вона вагітна, коли востаннє була менструація.
- » Зв'яжіться зі спеціалістом зі здоров'я матері та дитини для надання допомоги.
- » Розгляньте можливість консультації зі спеціалістом у сфері психічного здоров'я (за наявності).
- » З обережністю підходьте до фармакологічних втручань: перевіряйте їх токсичність для плоду та чи потрапляють вони у грудне молоко. За потреби проконсультуйтеся зі спеціалістом.


Люди похилого віку

- » Працюйте над зменшенням впливу психосоціальних стресових чинників, які стосуються саме цієї людини, ставлячись із повагою до її потреби в автономії.
- » Виявляйте та лікуйте супутні проблеми стану фізичного здоров'я та надавайте допомогу у випадках сенсорної недостатності (наприклад, поганий зір або поганий слух), пропонуючи використання належних приладів (наприклад, лупа, слуховий апарат).
- » Призначайте нижчі дози препаратів.
- » Беріть до уваги підвищений ризик взаємодії лікарських засобів.
- » Реагуйте на потреби доглядачів.

ГОЛОВНИЙ АЛГОРИТМ



Огляд пріоритетних ПНПР-розладів

1. Наведені тут поширені прояви вказують на необхідність проведення подальшої оцінки.
2. Якщо у людини наявні прояви більше ніж одного розладу, слід провести оцінку на наявність усіх відповідних розладів.
3. Усі ознаки застосовуються для всіх вікових груп, якщо не вказано інше.
4.  Прояви, що свідчать про необхідність надання невідкладної допомоги – див. таблицю на стор. 18.

ПОШИРЕНІ ПРОЯВИ

ПРІОРИТЕТНИЙ РОЗЛАД

- » Численні стійкі симптоми у сфері фізичного здоров'я без явної причини
- » Брак сил, втома, порушення сну
- » Постійний сум або пригнічений настрій, тривожність
- » Втрата інтересу або відчуття задоволення від діяльності, яка зазвичай є приємною

ДЕПРЕСІЯ (ДЕП)

- » Явні зміни у поведінці; занедбання звичних обов'язків, пов'язаних із роботою, школою, домашньою або соціальною діяльністю
- » Збуджена, агресивна поведінка, знижена або підвищена активність
- » Стійкі помилкові переконання, які не поділяють інші люди у цій культурі
- » Чує голоси або бачить речі, яких немає
- » Відсутність розуміння особою того, що вона має проблеми з психічним здоров'ям

ПСИХОЗИ (ПСИ)

- » Конвульсивні рухи або напади/судоми
- » Під час конвульсій: втрата або порушення свідомості, заціпеніння, ригідність, укуси язика, отримання травм, нетримання сечі або калу
- » Після конвульсій: втома, млявість, сонливість, сплутаність, ненормальна поведінка, головний біль, біль у м'язах або слабкість в одній половині тіла

ЕПІЛЕПСІЯ (ЕПІ)

Дитина/підліток оглядається у зв'язку зі скаргами на фізичне здоров'я або для загального обстеження стану здоров'я, при цьому виявляє:

- » Проблеми з розвитком, емоціями або поведінкою (напр., неувважність, надмірна активність або повторювана зухвала, неслухняна та агресивна поведінка)
- » Наявні такі фактори ризику, як неправильне харчування, насильство та/або занедбаність, часті хвороби, хронічні захворювання (напр., ВІЛ/СНІД або ускладнення при народженні)

Піклувальник занепокоєний через те, що у дитини/підлітка:

- » Труднощі з тим, щоб не відставати від однолітків або виконувати повсякденну діяльність, яка вважається нормальною для цього віку

» Порушена поведінка (напр., занадто активна, агресивна, часті та/або сильні напади люті, занадто часте бажання залишитись на самоті, відмова займатися повсякденною діяльністю або ходити до школи)

Учитель занепокоєний через те, що дитина/підліток:

- » Наприклад, легко відволікається, заважає у класі, часто потрапляє у неприємності, відчуває складності у виконанні шкільних завдань

Медичний працівник у спільноті або соціальний працівник занепокоєний через те, що у дитини/підлітка:

- » Наприклад, поведінка, яка порушує правила або закони, фізична агресія вдома або у спільноті

ДИТЯЧІ ТА ПІДЛІТКОВІ ПСИХІЧНІ І ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ (ДПП)



Поширені прояви емоційних, поведінкових розладів та розладів, пов'язаних із порушенням розвитку, відрізняються залежно від віку дітей і підлітків.

- » Зниження або проблеми з пам'яттю (значна забудькуватість) та орієнтацією (орієнтація в часі, місці та своїй особі)
- » Проблеми із настроєм або поведінкою, такі як апатія (видимий брак інтересу) або гнівливість
- » Втрата контролю над емоціями (можливість легко засмутитися, гнівливість, слізливість)
- » Труднощі з виконанням звичайної роботи, домашніх або соціальних обов'язків

ДЕМЕНЦІЯ (ДЕМ)



- » Ознаки перебування під впливом алкоголю або іншої речовини (напр., наявність запаху алкоголю, нерозбірливе мовлення, загальмованість, хаотична поведінка)
- » Ознаки та симптоми гострого впливу на поведінку, ознаки синдрому відміни речовини або ознаки тривалого вживання
- » Погіршення соціального функціонування (напр., труднощі на роботі або вдома, неохайний зовнішній вигляд)
- » Ознаки хронічного захворювання печінки (патологічні показники ферментів печінки), жовтянична (жовта) шкіра та склери, пальпаторно відчутний та чутливий край печінки (на початкових стадіях хвороби печінки), асцит (збільшений живіт, наповнений рідиною), павукоподібна гемангіома (павукоподібні кров'яні судини, видимі на поверхні шкіри), а також змінений психічний стан (печінкова енцефалопатія)
- » Проблеми із утриманням рівноваги, ходою, координацією рухів та ністагм

- » Випадково виявлені ознаки: макроцитарна анемія, низький рівень тромбоцитів, знижений середній об'єм еритроцитів (MCV)
- » Прояви, пов'язані із синдромом відміни, передозуванням або інтоксикацією, які потребують невідкладного втручання. Людина може бути загальмованою, занадто активною, збудженою, тривожною або дезорієнтованою
- » Люди із розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин, можуть не говорити про те, що у них є проблеми із вживанням речовин. Звертайте увагу на:
 - повторювані запити щодо призначення психоактивних медикаментів, зокрема анальгетиків
 - травми
 - інфекції, пов'язані із вживанням наркотичних речовин внутрішньовенно (ВІЛ/СНІД, гепатит С)

РОЗЛАДИ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН (ВПР)

Усіх людей, які звертаються до закладів охорони здоров'я, слід запитувати про вживання тютюну та алкоголю.

- » Виражене відчуття безнадії та відчаю
- » Поточні думки про суїцид/самоушкодження, відповідні плани або дії, або вчинення їх в минулому
- » Будь-які інші пріоритетні стани, хронічний біль або стан надзвичайного емоційного дистресу

САМОУШКОДЖЕННЯ/ СУІЦИД (СУІ)

! НЕВІДКЛАДНЕ ВТРУЧАННЯ Прояви пріоритетних ПНПР-розладів

ПРОЯВИ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ НЕВІДКЛАДНОГО ВТРУЧАННЯ	МОЖЛИВИЙ РОЗЛАД	ПЕРЕЙТИ ДО
<ul style="list-style-type: none"> » Самоушкодження з ознаками отруєння або інтоксикації, кровотеча із самонанесеної рани, втрата свідомості та/або надмірна млявість 	САМОУШКОДЖЕННЯ ІЗ СЕРЬОЗНИМИ МЕДИЧНИМИ НАСЛІДКАМИ	СУЇ
<ul style="list-style-type: none"> » Поточні думки про суїцид/самоушкодження, відповідні плани або дії у людини, яка зараз є надзвичайно збудженою, агресивною, знаходиться у стані дистресу або неохоче спілкується 	БЕЗПОСЕРЕДНЯ ЗАГРОЗА САМОУШКОДЖЕННЯ/СУЇЦИДУ	
<ul style="list-style-type: none"> » Гострі конвульсії із втратою або порушенням свідомості » Тривалі конвульсії 	ЕПІЛЕПСІЯ ЕПІЛЕПТИЧНИЙ СТАТУС ВІДМІНА АЛКОГОЛЮ АБО СЕДАТИВНИХ РЕЧОВИН	ЕПІ, ВПР
<ul style="list-style-type: none"> » Збуджена та/або агресивна поведінка 		ДЕМ, ПСИ, ВПР
<ul style="list-style-type: none"> » Запах алкоголю в повітрі, що видихається, нерозбірливе мовлення, розгальмована поведінка; порушення стану свідомості, мислення, сприйняття, емоцій або поведінки 	ГОСТРА АЛКОГОЛЬНА ІНТОКСИКАЦІЯ	
<ul style="list-style-type: none"> » Тремор рук, підвищене потовиділення, блювання, підвищені пульс та артеріальний тиск, ажитація, головний біль, нудота, тривожність; судоми та сплутаність свідомості у важких випадках 	СИНДРОМ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ ДЕЛІРІЙ ВНАСЛІДОК ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ	ВПР
<ul style="list-style-type: none"> » Відсутність реакції або мінімальна реакція, сповільнене дихання, точкові зіниці 	ПЕРЕДОЗУВАННЯ СЕДАТИВНИХ РЕЧОВИН АБО ІНТОКСИКАЦІЯ	
<ul style="list-style-type: none"> » Розширені зіниці, збудженість, скачка ідей, хаотичне мислення, дивна поведінка, нещодавнє вживання кокаїну або інших стимуляторів, підвищені пульс і кров'яний тиск, агресивна, хаотична або агресивна поведінка 	ГОСТРА ІНТОКСИКАЦІЯ АБО ПЕРЕДОЗУВАННЯ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ	

ДЕПРЕСІЯ

Люди з депресією переживають низку симптомів, до яких належать стійкий пригнічений настрій або відсутність інтересу і відчуття задоволення упродовж принаймні 2 тижнів.

Як описано в цьому модулі, люди з депресією мають значні труднощі у повсякденному функціонуванні у таких сферах життя, як особиста, родинна, соціальна, освітня, професійна та інші.

Багато людей із депресією також страждають від симптомів тривоги та симптомів з боку фізичного здоров'я, що не можуть бути пояснені.

Депресія часто зустрічається разом з іншими ПНПР-розладами, а також порушеннями стану фізичного здоров'я.

Ведення симптомів, які не досягають критеріїв депресії, описано у модулі «Інші важливі скарги на стан психічного здоров'я». Перейдіть до » ІНШ.

ДЕП » Короткий огляд



ОЦІНКА

- » Чи є у людини депресія?
- » Чи є інше пояснення відповідних симптомів?
 - Виключіть порушення фізичного здоров'я
 - Виключіть історію манії у людини
 - Виключіть нормальну реакцію на втрату, яка сталася нещодавно
- » Проведіть оцінку на наявність інших пріоритетних ПНПР-розладів



ВЕДЕННЯ

- » Протоколи ведення
 1. Депресія
 2. Депресивний епізод при біполярному розладі
 3. Особливі групи населення
- » 👤 Психосоціальні втручання
- » 🏠 Фармакологічні втручання



Подальший супровід



ДЕП 1 » Оцінка

ПОШИРЕНІ ПРОЯВИ ДЕПРЕСІЇ

- Численні постійні симптоми порушення фізичного здоров'я без явної причини
- Брак сил, втома, проблеми зі сном
- Постійний сум або пригнічений настрій, тривожність
- Втрата інтересу або почуття задоволення від діяльності, яка зазвичай є приємною

1

Чи є у людини депресія?

Чи був у людини принаймні один із ключових симптомів депресії упродовж принаймні 2 тижнів?

- Стійкий пригнічений настрій
- Помітно знижені інтерес до діяльності та відчуття задоволення від неї

НІ

ТАК

Депресія є малоймовірною
» Перейдіть до » ІНШ

Чи було у людини кілька з наведених нижче додаткових симптомів упродовж принаймні 2 тижнів?

- Порушення сну або надмірний сон
- Значні зміни в апетиті або вазі (набір або втрата ваги)
- Переконавання у нікчемності або надмірне відчуття провини
- Втома або брак сил
- Знижена концентрація уваги
- Нерішучість
- Помітна ажитація або фізичне занепокоєння
- Повільніша ніж зазвичай мова або рухи
- Відчуття безнадії
- Думки про суїцид або відповідні дії

НІ

ТАК

Депресія є малоймовірною
» Перейдіть до » ІНШ

Чи є у людини значні труднощі із повсякденним функціонуванням в особистій, родинній, освітній, професійній та інших сферах життя?

НІ

ТАК

Депресія є малоймовірною
» Перейдіть до » ІНШ

Розгляньте ДЕПРЕСІЮ

КЛІНІЧНА ПОРАДА:
У людини із депресією можуть бути такі психотичні симптоми, як маячні ідеї або галюцинації. У цьому випадку лікування депресії повинно бути відповідно переглянute. **ПРОКОНСУЛЬТУЙТЕСЯ ЗІ СПЕЦІАЛІСТОМ.**



2

Чи є ще якісь інші можливі пояснення симптомів?

ЧИ НАЯВНИЙ РОЗЛАД ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я,
ЯКИЙ МОЖЕ НАГАДУВАТИ АБО ПОСИЛЮВАТИ ДЕПРЕСІЮ?

Чи є ознаки та симптоми, які вказують на анемію, погане харчування, гіпотиреоз, зміни настрою через вживання психоактивних речовин та побічні реакції на медикаменти (напр., зміни настрою під впливом стероїдів)?

» ЛІКУЙТЕ РОЗЛАД
ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я

ТАК

НІ

Чи залишилися симптоми депресії
після лікування?

Лікування
не потрібне.

НІ

ТАК

ЧИ Є ІСТОРІЯ МАНІЇ?

Чи зустрічались одночасно кілька симптомів із наведених нижче? Чи тривали вони принаймні 1 тиждень? Чи були вони настільки вираженими, щоб значно перешкоджати роботі та соціальній діяльності або потребували госпіталізації чи призвели до ув'язнення?

- Підвищений настрій та/або гнівливість
- Зменшення потреби у сні
- Підвищення активності, відчуття збільшення енергії, підвищена балакучість або швидке мовлення
- Імпульсивна або необачна поведінка, наприклад завищені фінансові витрати, прийняття важливих рішень без попереднього планування, сексуальна нерозбірливість
- Втрата нормального соціального гальмування, що призводить до неприйнятної поведінки
- Легке відволікання
- Нереалістично підвищена самооцінка

НІ

ТАК

**Ймовірно, це
ДЕПРЕСИВНИЙ ЕПІЗОД
ПРИ БІПОЛЯРНОМУ
РОЗЛАДІ**



КЛІНІЧНА ПОРАДА:

У людей із депресивним епізодом при біполярному розладі є ризик розвитку манії. Лікування відрізняється від лікування депресії. Слід застосувати Протокол № 2

» Перейдіть до **КРОКУ 3**, а далі до **Протоколу № 2**

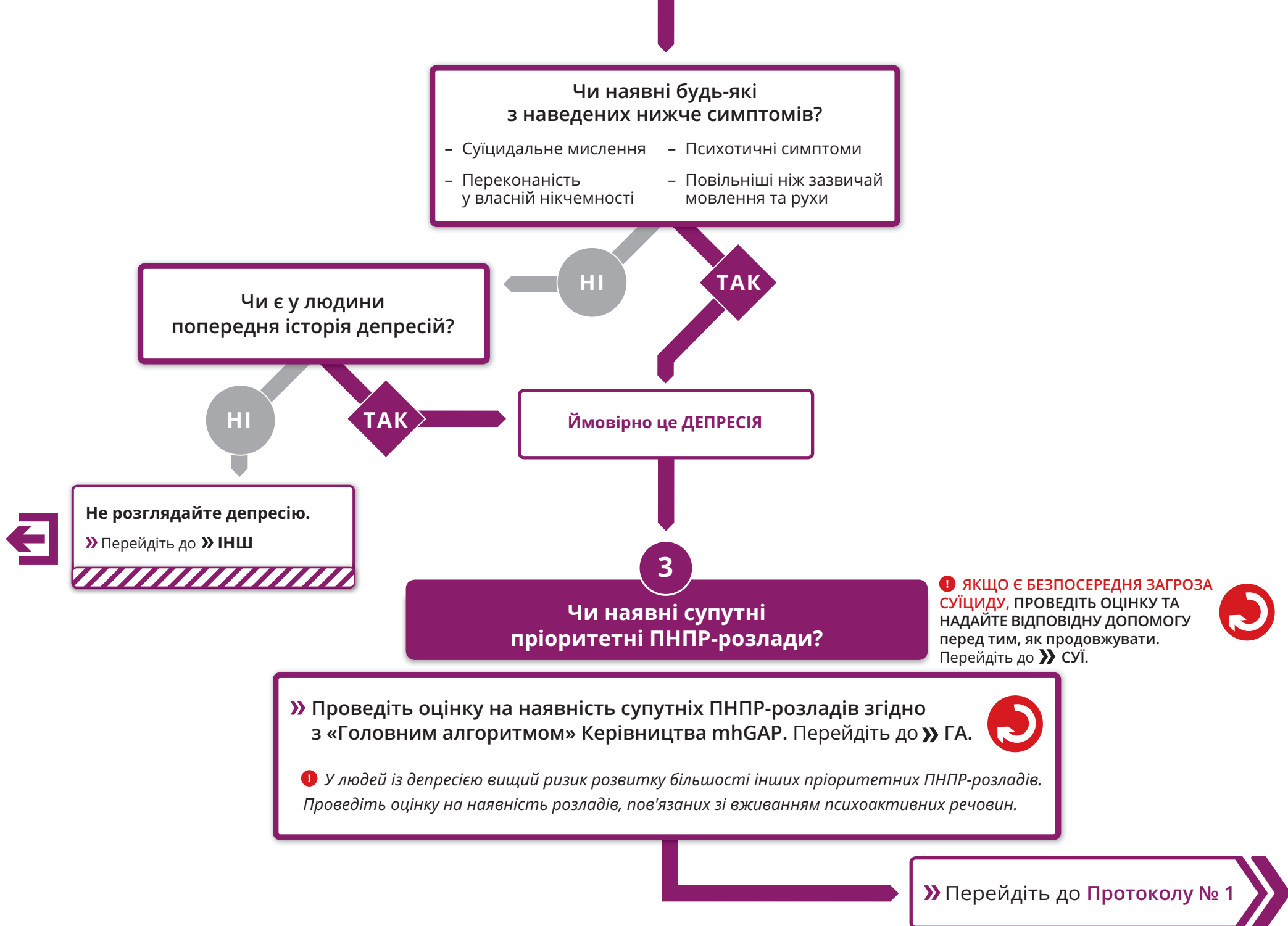
**ЧИ МАЛА МІСЦЕ ЗНАЧНА ВТРАТА
(ГОРЮВАННЯ) УПРОДОВЖ ОСТАННІХ 6 МІСЯЦІВ?**

ТАК

НІ

Ймовірною є ДЕПРЕСІЯ

» Перейдіть до **КРОКУ 3**, а далі до **Протоколу № 1**









ДЕП 2 » Ведення

ПРОТОКОЛ

1


Депресія

- » Проведіть психоосвітню роботу з особою та її доглядачами. **(2.1)** 
- » Працюйте над зниженням рівня стресу та посиленням соціальної підтримки. **(2.2)**
- » Посилюйте функціонування у повсякденній діяльності та у житті спільноти. **(2.3)**
- » Розгляньте можливість призначення антидепресантів. **(2.5)** 
- » За наявності, розгляньте можливість направлення особи для проведення одного з наведених нижче видів короткострокової психологічної допомоги: міжособистісна терапія (МОТ), когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), поведінкова активація та консультування за методом вирішення проблем. **(2.4)**
- »  **НЕ** ведіть симптоми, використовуючи неефективне лікування, напр., ін'єкції вітамінів.
- » Запропонуйте регулярний  подальший супровід.

ПРОТОКОЛ

2

Депресія при біполярному розладі

- » Проконсультуйтеся зі спеціалістом. 
- » Якщо спеціаліст не доступний негайно, дотримуйтеся порядку лікування депресії **(ПРОТОКОЛ № 1)**. Проте **НИКОЛИ** не призначайте антидепресанти без стабілізаторів настрою, напр., літію, карбамазепіну або вальпроатів, оскільки антидепресанти можуть спричинити манію у людей з біполярним розладом (Перейдіть до модулю **» ПСИ**).
- » У разі, якщо в особи розвиваються симптоми манії, скажіть їй та її доглядачам про необхідність негайно припинити прийом антидепресантів та звернутися за допомогою.

Особливі групи населення

Зауважте, що втручання можуть відрізнятися для таких груп населення




ДІТИ/ПІДЛІТКИ

- » Ведення депресії у дітей / підлітків див. модуль: **» ДПП**



ВАГІТНІ ЖІНКИ АБО ЖІНКИ, ЯКІ ГОДУЮТЬ ГРУДЬМИ

- » Дотримуйтеся порядку лікування депресії **(ПРОТОКОЛ № 1)**, але по можливості **УНИКАЙТЕ** призначення антидепресантів, особливо під час першого триместру вагітності.
- » Якщо немає відповіді на психологічну допомогу, розгляньте можливість застосування з обережністю найнижчої ефективної дози антидепресантів.
- » Якщо жінка годує грудьми, уникайте медикаментів довготривалої дії, напр., флуоксетину.
- » **ПРОКОНСУЛЬТУЙТЕСЯ ЗІ СПЕЦІАЛІСТОМ** за його наявності. 

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ

2.1 Психосвіта: ключові повідомлення для особи та її доглядачів

- » Депресія – дуже поширений розлад, який може трапитися у будь-кого.
- » Наявність депресії не означає, що людина слабка або ледача.
- » Негативне ставлення інших (напр., «тобі слід бути сильнішим(-ою)», «зберися») може бути пов'язано з тим, що депресія – це не такий видимий розлад, як перелом або рана. Також існує помилкове уявлення про те, що люди з депресією з легкістю можуть контролювати свої симптоми силою волі.
- » Люди з депресією часто мають нереалістично негативне ставлення до себе, свого життя та майбутнього. Їхня поточна ситуація може бути дуже складною, але депресія здатна спричинити невиправдані думки про безпорадність та нікчемність. Такі погляди зазвичай змінюються на кращі із полегшенням симптомів депресії.
- » Поширеними є думки про **самоушкодження** або **суїцид**. Якщо вони помічають за собою такі думки, їм не слід керуватися ними, а потрібно сказати про них особі, якій вони довіряють, та одразу ж звернутися за допомогою.

2.2 Працюйте над зниженням рівня стресу та посиленням соціальної підтримки

- » Проведіть оцінку стресогенних чинників та спробуйте їх зменшити. (Перейдіть до **» опд**)
- » Сприяйте відновленню попередньої соціальної мережі людини. Виявіть соціальну діяльність, якою людина займалася раніше та яка у разі відновлення потенційно буде джерелом прямої або непрямої психосоціальної підтримки, напр. родинні зустрічі, відвідування сусідів або заходи у спільноті.

2.3 Посилуйте функціонування у повсякденній діяльності та у житті спільноти

- » Навіть якщо це складно, заохочуйте людину намагатися робити якомога більше з наведених нижче пунктів:
 - Спробуйте знову почати (або продовжити) займатися діяльністю, яка раніше приносила задоволення.
 - Намагайтеся регулярно засинати та просинатися в один і той самий час.
 - Намагайтеся бути якомога активнішим(-ою) фізично.
 - Намагайтеся регулярно їсти, незважаючи на зміни апетиту.
 - Намагайтеся проводити час із друзями та членами родини, яким ви довіряєте.
 - Намагайтеся якомога більше брати участь у заходах, які проводяться у вашій спільноті, або іншій соціальній діяльності.
- » Поясніть особі та її доглядачеві, що всі ці види діяльності можуть допомогти покращити настрій.

2.4 Короткотривала психологічна допомога при депресії

- » У цьому Керівництві не наведено спеціальних протоколів із короткотривалої психологічної допомоги. ВООЗ, поряд з іншими організаціями, розробила посібники, у яких описується їх використання при депресії. Прикладом є «Управління проблемами Плюс (УП+)» (англ. мовою – «Problem Management Plus», доступний за посиланням: http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/), де описується використання поведінкової активації, навчання релаксації, лікування на основі вирішення проблем і посилення соціальної підтримки. Крім того, у посібнику «Групова міжособистісна терапія (МОТ) при депресії» (англ. мовою – «Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression») описано лікування депресії у групі (http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en). У посібнику «Здорове мислення» (англ. мовою – «Thinking Healthy», доступний за посиланням http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en) описано використання когнітивно-поведінкової терапії для роботи із перинатальною депресією.

ФАРМАКОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ

2.5 Розгляньте можливість призначення антидепресантів


- » Обговоріть з особою, чи потрібно призначити антидепресанти, та прийміть спільне рішення. Поясніть, що:
 - антидепресанти не викликають залежності;
 - дуже важливо приймати ці медикаменти щодня відповідно до призначення;
 - упродовж перших кількох днів можуть з'явитися деякі побічні реакції, але зазвичай вони зникають;
 - зазвичай потрібно кілька тижнів для того, щоб покращення настрою, зростання інтересу або енергії стали помітними.
- » Зважайте на вік людини, супутні стани, а також профіль побічних дій.
- » Починайте тільки з одного медикаменту і з найнижчої початкової дози.
- » Зазвичай антидепресанти слід приймати ще принаймні 9–12 місяців після того, як симптоми зникли.
- » Не можна припиняти прийом препаратів тільки тому, що людина відчуває деяке покращення. Поясніть людині, як довго рекомендується приймати препарати.

УВАГА


- » Якщо у людини розвивається епізод манії, негайно припиніть прийом антидепресантів, оскільки вони можуть спровокувати епізод манії у випадку нелікованого біполярного розладу.
- » Не поєднуйте з іншими антидепресантами, оскільки це може призвести до серотонінового синдрому.
- » Антидепресанти можуть посилити суїцидальне мислення, особливо у підлітків та молоді.

Антидепресанти та особливі групи населення

ПІДЛІТКИ ВІКОМ ВІД 12 РОКІВ

- » Якщо симптоми зберігаються або погіршуються, незважаючи на психосоціальні втручання, розгляньте можливість призначення флуоксетину (але не інших селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) або трициклічних антидепресантів (ТЦА)).
- » У разі, якщо ви призначаєте флуоксетин, попросіть підлітка приходити щотижня упродовж перших 4 тижнів для відстеження суїцидальних думок або планів. 


ВАГІТНІ ЖІНКИ ТА ЖІНКИ, ЯКІ ГОДУЮТЬ ГРУДЬМИ

- » По можливості уникайте призначення антидепресантів.
- » Розгляньте можливість призначити найнижчу ефективну дозу антидепресантів у випадку, якщо немає відповіді на психосоціальні втручання.
- » Якщо жінка годує грудьми, уникайте призначення антидепресантів тривалої дії, наприклад, флуоксетину.
- » Проконсультуйтеся зі спеціалістом  за його наявності.

Люди похилого віку

- » По можливості уникайте призначення амітриптиліну.



ЛЮДИ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРУВАННЯМИ

- »  НЕ призначайте амітриптилін.

ДОРОСЛІ З СУЇЦИДАЛЬНИМИ ДУМКАМИ АБО ПЛАНАМИ

- » СІЗЗС є препаратами першого вибору. Передозування ТЦА, наприклад амітриптиліну, може бути фатальним, тому слід уникати призначення його цій групі.
- » Якщо є безпосередня загроза самоушкодження або суїциду, (Перейдіть до **» СУІ**), надавайте людині рецепт на обмежену кількість антидепресантів (напр., запас на один тиждень).
- » Попросіть доглядачів людини зберігати та стежити за прийомом медикаментів, а також забезпечувати подальший супровід, для попередження передозування медикаментів.

ТАБЛИЦЯ 1: Антидепресанти

Медикамент	Дозування	Побічні реакції	Протипокази / застереження
АМІТРИПТИЛІН (трициклічний антидепресант (ТЦА))	<p>Розпочинайте з 25 мг перед сном. Підвищуйте на 25–50 мг в тиждень до 100–150 мг на добу (максимальна доза – 300 мг). Зверніть увагу: Мінімальна ефективна доза для дорослих – 75 мг. При нижчих дозах може проявитися сонливість.</p> <p>Люди похилого віку/особи із розладами фізичного здоров'я: Розпочинайте з 25 мг перед сном, підвищуйте до 50–75 мг на добу (максимальна доза – 100 мг).</p> <p> Діти / підлітки: Не призначайте.</p>	<p>Поширені: Сонливість, ортостатична гіпотензія (ризик падіння), розпливчастість зору, затrudнене сечовипускання, нудота, набір ваги, сексуальна дисфункція.</p> <p>Серйозні: зміни на ЕКГ (напр., подовження комплексу QT), серцева аритмія, підвищений ризик судом.</p>	<p>Уникайте призначення людям із хворобами серця, історією судом у минулому, гіпертиреозом, затримкою сечовипускання або вузькокутовою глаукомою, а також із біполярним розладом (може спровокувати манію у людей із нелікованим біполярним розладом).</p> <p>Передозування може призвести до судом, серцевої аритмії, гіпотензії, коми та смерті.</p> <p>Рівень амітриптиліну може бути підвищений протималерійними засобами, зокрема квініном.</p>
ФЛУОКСЕТИН (селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС))	<p>Розпочинайте з 10 мг на добу упродовж одного тижня, потім підвищуйте до 20 мг на добу. Якщо через 6 тижнів ефекту немає, підвищуйте до 40 мг (максимальна доза – 80 мг).</p> <p>Люди похилого віку / особи із розладами фізичного здоров'я: препарат вибору. Розпочинайте з 10 мг на добу, далі підвищуйте до 20 мг на добу (максимальна доза – 40 мг).</p> <p> Підлітки Розпочинайте з 10 мг на добу. Якщо через 6 тижнів немає відповіді, підвищуйте до 20 мг на добу (максимальна доза – 40 мг).</p>	<p>Поширені: Сонливість, безсоння, головний біль, запаморочення, порушення роботи шлунково-кишкового тракту, зміни в апетиті, сексуальна дисфункція.</p> <p>Серйозні: кровоточивість у людей, які приймають аспірин або інші нестероїдні протизапальні препарати, гіпонатріємія.</p>	<p>З обережністю призначати людям з історією судом у минулому.</p> <p>Взаємодія з іншими лікарськими засобами: Уникайте поєднання із варфарином (може підвищувати ризик кровотечі). Може підвищувати рівень ТЦА, антипсихотичних препаратів і бета-блокаторів.</p> <p>З обережністю поєднувати з тамоксифеном, кодеїном і трамадолом (послаблює ефект цих препаратів).</p>

ДЕП 3 » Подальший супровід

1

**ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ
ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ СТАНУ**

Чи покращується стан людини?

НІ

ТАК



РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЧАСТОТИ ЗУСТРІЧЕЙ

- » Призначте другу зустріч цього ж тижня.
- » На початку підтримуйте регулярний зв'язок частіше, наприклад, щомісяця, упродовж перших трьох місяців. Застосовуйте телефонні дзвінки, візити додому, листування, або контактні карти.

- » Якщо людина ще не отримує психологічну допомогу, розгляньте таку можливість.
 - » Якщо людина отримує психологічну допомогу, оцініть її залученість та набутий досвід.
 - » Якщо людині ще не призначені антидепресанти, розгляньте можливість їх призначення.
 - » Якщо людина приймає антидепресант, оцініть наступне:
 - чи приймає людина препарат відповідно до призначення? Якщо ні, з'ясуйте причини цього та заохочуйте дотримуватись рекомендацій.
 - чи є побічні реакції?
- Якщо так, оцініть та співставте їх із перевагами від лікування. Якщо побічних реакцій на антидепресанти немає, збільште дозу (**Таблиця 1**). Зустріч у рамках подальшого супроводу – за 1–2 тижні. ↻

⚠ ОБЕРЕЖНО ПІДВИЩУЙТЕ ДОЗУ.

НЕОБХІДНЕ УВАЖНЕ ПОДАЛЬШЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ
ЧЕРЕЗ МОЖЛИВЕ ПОСИЛЕННЯ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ.


- » Заохочуйте людину продовжувати дотримуватися поточного плану лікування доти, поки у неї упродовж 9–12 місяців симптоми будуть відсутні.
- » Домовтеся про наступну зустріч за 1–2 тижні. ↻
- » Зменшуйте кількість контактів з людиною після ослаблення симптомів, напр., до одного разу кожні три місяці, після завершення перших трьох місяців лікування.

Зверніть увагу: подальший супровід має надаватися, доки у людини не буде жодного симптому депресії.

Чи є симптоми манії?

ТАК


НІ

- » Припиніть прийом антидепресантів.
- » Лікуйте манію та проконсультуйтеся зі спеціалістом.  Перейти до » ПСИ

2

ПРОВІДЬТЕ МОНІТОРИНГ
ЛІКУВАННЯ

Під час кожної зустрічі:

- » Проводьте психоосвіту, знизуйте рівень стресу та посилюйте системи соціальної підтримки, посилюйте функціонування у повсякденному житті та житті спільноти, а також за необхідності переглядайте лікування антидепресантами та психологічну допомогу.
- » Чи наявні у людини нові проблемні симптоми? Перегляньте ПНПР та супутні розлади фізичного здоров'я.
- » Чи є особа жінкою дітородного віку? Чи планує вона вагітність? Якщо так, ПРОКОНСУЛЬТУЙТЕСЯ ЗІ СПЕЦІАЛІСТОМ. 
- ! Проведіть оцінку на наявність **БЕЗПОСЕРЕДНЬОЇ ЗАГРОЗИ СУЇЦИДУ** (Перейдіть до » СУЇ).

3

ПЕРЕГЛЯНЬТЕ ЛІКУВАННЯ ЗА НЕОБХІДНОСТІ

Чи були у людини відсутні симптоми
упродовж останніх 9–12 місяців?

НІ

ТАК

» Продовжуйте медикаментозне лікування, доки у людини не буде симптомів упродовж 9–12 місяців.

- » Обговоріть з особою ризику та переваги припинення прийому медикаментів.
- » Повільно та поступово знизуйте дозу медикаментів – упродовж мінімум 4 тижнів. Відстежуйте, чи не поновляться у людини симптоми.

ПСИХОЗИ

У модулі «Психози» розглянуто порядок ведення двох тяжких психічних розладів – психозу та біполярного розладу. Люди із психозом або біполярним розладом мають вищий ризик впливу стигми, дискримінації та порушення їхнього права на гідне життя.

Для психозу характерними є порушення мислення і сприйняття, а також емоцій та поведінки. Мова може бути дезорганізованою або недоречною. Також можуть проявлятися такі симптоми: галюцинації – голоси, які людина чує, або образи, які бачить, але яких насправді немає; маячні ідеї – стійкі помилкові переконання; значні порушення поведінки – її хаотичність, ажитація, схвильованість, пасивність або гіперактивність; порушення емоцій – помітна апатія або відсутність зв'язку між емоцією, про яку говорить людина, та емоційною реакцією, яка проявляється, наприклад, виразом обличчя та мовою тіла.

Для біполярного розладу характерними є епізоди, коли виражено порушуються настрої та рівень активності людини. В одних випадках це може проявлятися поліпшенням настрою і підвищенням енергії та активності (манія), в інших – погіршенням настрою, зниженням енергії та рухової активності (депресія). Типовою є повна відсутність симптомів між епізодами. Якщо людина переживає тільки епізоди манії, їй також встановлюється діагноз «біполярний розлад».

ПСИ » Короткий огляд



ОЦІНКА

» Розгляньте інші можливі пояснення симптомів

- Перевірте, чи немає розладів фізичного здоров'я, напр., виключіть делірій, реакцію на медикаменти та метаболічні розлади
- Перевірте, чи немає інших ПНПР-розладів

» Проведіть оцінку на наявність гострого епізоду манії

» Проведіть оцінку на наявність психозу



ВЕДЕННЯ

» Протоколи ведення

1. Біполярний розлад – епізод манії
2. Психоз
3. Особливі групи населення: вагітні жінки, жінки, які годують грудьми, підлітки та люди похилого віку

» 🧑 Психосоціальні втручання

» 🏠 Фармакологічні втручання

1. Психоз: початок прийому антипсихотичних препаратів
2. Епізод манії: початок прийому стабілізаторів настрою або антипсихотичних препаратів; уникання призначення антидепресантів



Подальший супровід



ПСИ 1 » Оцінка

ПОШИРЕНІ ПРОЯВИ ПСИХОЗІВ

- Помітні зміни у поведінці; занедбання звичних обов'язків, пов'язаних із роботою, навчанням, домашніми або соціальними справами
- Збуджена, агресивна поведінка, підвищення або зниження активності
- Стійкі помилкові переконання, які не поділяють інші представники культури, до якої належить людина
- Людина чує голоси або бачить образи, яких насправді немає
- Недостатність розуміння особою власних проблем із психічним здоров'ям

1

Чи є ще якісь пояснення симптомів?

» ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ НА НАЯВНІСТЬ РОЗЛАДІВ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я

- Чи є в історії людини, при клінічному огляді або в результатах лабораторних досліджень ознаки та симптоми, які дають змогу припустити делірій, внаслідок гострого розладу фізичного здоров'я, наприклад інфекції, церебральної малярії, зневоднення, метаболічних порушень (гіпоглікемії або гіпонатріємії)?
- Чи є в історії людини, при клінічному огляді або в результатах лабораторних досліджень ознаки та симптоми, які дають змогу припустити побічні реакції на медикаменти, напр. на деякі протималярійні препарати або стероїди?

» Проведіть оцінку на наявність гострих розладів фізичного здоров'я, **надайте відповідну допомогу** та за потреби


скеруйте до служби екстреної медичної допомоги/спеціаліста

» Якщо симптоми залишаються після лікування гострих причин, перейдіть до **КРОКУ 2**

ТАК

НІ

» ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ НА НАЯВНІСТЬ ДЕМЕНЦІЇ, ДЕПРЕСІЇ, ІНТОКСИКАЦІЇ / СИНДРОМУ ВІДМІНИ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН / АЛКОГОЛЮ

» Розгляньте можливість проконсультуватися зі спеціалістом з охорони психічного здоров'я про ведення супутніх розладів. 

» Лікуйте супутні розлади. Перейдіть до відповідного модуля.

ТАК

НІ

ВЕДЕННЯ СТАНУ ГОСТРОЇ АЖИТАЦІЇ ТА/АБО АГРЕСІЇ

Якщо людина звертається у стані гострої ажитациї та/або гострої агресії –

» спочатку перейдіть до «Ведення осіб зі збудженою та/або агресивною поведінкою» (Таблиця 5) у цьому модулі, а потім продовжуйте.



2

Чи є у людини гострий епізод манії?

Чи особа виявляє кілька з наступних симптомів, які виникли одночасно та тривають принаймні 1 тиждень? Чи є симптоми настільки вираженими, що значно перешкоджають роботі та соціальній діяльності, потребують госпіталізації або утримання особи?

- Піднесений або гнівливий настрій	- Втрата нормального соціального гальмування, наприклад сексуальна розгальмованість	- Людина легко відволікається
- Зменшення потреби у сні	- Імпульсивна або нерозважлива поведінка, наприклад надмірні витрати, прийняття важливих рішень без попереднього планування	- Нереалістично підвищена самооцінка
- Підвищення рівня активності, відчуття збільшення енергії, підвищена балакучість або прискорене мовлення		

НІ

ТАК

Підозра на епізод манії при БІПОЛЯРНОМУ РОЗЛАДІ



КЛІНІЧНА ПОРАДА: У людей із біполярним розладом упродовж життя можуть бути тільки епізоди манії або поєднання епізодів манії та депресії.

» Аби дізнатися, як проводити оцінку на наявність депресивного епізоду при біполярному розладі та вести його, перейдіть до » ДЕП.

! ЯКЩО Є БЕЗПОСЕРЕДНЯ ЗАГРОЗА СУІЦИДУ, ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ ТА НАДАЙТЕ ВІДПОВІДНУ ДОПОМОГУ, а тоді продовжуйте. Перейдіть до » СУІ.



» Перейти до **Протоколу № 1**

3


Чи є у людини психоз?

Чи є у людини принаймні дві з наступних ознак:

- Маячні ідеї – стійкі помилкові переконання, які не поділяють інші представники відповідної культури
- Галюцинації – голоси, які людина чує, або образи, які бачить, але яких насправді немає
- Дезорганізована мова та/або поведінка, напр. незв'язна/недоречна мова (бурмотіння, сміх до самого себе), дивний зовнішній вигляд, ознаки занедбаності або неохайний зовнішній вигляд

НІ

ТАК

» Розгляньте можливість проконсультуватися зі спеціалістом, аби проаналізувати інші можливі причини психозу 

Підозра на ПСИХОЗ

» Перейти до Протоколу № 2

! ЯКЩО Є БЕЗПОСЕРЕДНЯ ЗАГРОЗА СУЇЦИДУ, ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ ТА НАДАЙТЕ ВІДПОВІДНУ ДОПОМОГУ, а тоді продовжуйте. Перейдіть до » СУІ.





ПСИ 2 » Ведення

ПРОТОКОЛ

1

Епізод манії при біполярному розладі

- » Проведіть **психоосвіту** з особою та її доглядачами. (2.1)
- » **Фармакологічні втручання** (2.6)
- ! **Якщо пацієнт приймає антидепресанти – ПРИПИНИТИ** для попередження подальшого ризику розвитку манії.
 - **Почніть лікування** препаратами літію, вальпроатами, карбамазепіном або антипсихотичними препаратами. Розгляньте можливість призначення бензодіазепінів на короткий термін (2–4 тижні максимум) для корекції порушень поведінки або ажитації.
- » Підтримуйте участь людини у повсякденній діяльності. (2.3)
- » Переконайтеся у безпеці пацієнта та у безпеці інших людей.
- » Забезпечте регулярний подальший супровід.
- » Підтримайте реабілітацію у спільноті.
- » Працюйте над зниженням рівня стресу та посиленням соціальної підтримки. (2.2)

ПРОТОКОЛ

2

Психоз

- » Проведіть **психоосвіту** з особою та її доглядачами. (2.1)
- » **Призначте антипсихотичні препарати.** (2.5)
- Розпочинайте із найнижчої дози у межах терапевтичного коридору та повільно підвищуйте до найнижчої ефективної дози з метою зменшення ризику побічних реакцій.
- » Підтримуйте участь людини у повсякденній діяльності. (2.3)
- » Переконайтеся у безпеці пацієнта та у безпеці інших людей.
- » Забезпечте регулярний подальший супровід.
- » Підтримайте реабілітацію у спільноті.
- » Працюйте над зниженням рівня стресу та посиленням соціальної підтримки. (2.2)

Особливі групи населення

Зауважте, що втручання для ведення ПСИХОЗІВ у пацієнтів із цих груп населення можуть відрізнятися від загальних



Вагітні жінки та жінки, які годують грудьми

- » Зв'яжіться зі спеціалістами зі здоров'я матері та дитини для надання допомоги.
- » Розгляньте можливість проконсультуватися зі спеціалістом у сфері психічного здоров'я (за його наявності).
- » Поясніть можливі ризики небажаних наслідків для матері та дитини, наприклад акушерські ускладнення та психотичні рецидиви, зокрема, у випадку припинення прийому препаратів.
- » За необхідності **розгляньте можливість** проведення **фармакологічного втручання**, якщо таке доступне. Див. нижче.

Фармакологічні втручання

ПСИХОЗ

- » Призначення низьких доз галоперидолу перорально або хлорпромазину жінкам із психозом, які планують вагітність, вагітні або годують грудьми, може бути розглянуте.
 - » **НЕ** слід призначати антихолінергічні препарати вагітним жінкам через ризик екстрапірамідних побічних реакцій на антипсихотичні препарати, за винятком випадків термінового, короткострокового прийому.
 - » Депо-форми антипсихотиків не слід планово призначати жінкам із психотичними розладами, які планують вагітність, вагітні або годують грудьми, оскільки існує дуже мало інформації про їхню безпечність для цієї групи населення.
- #### Епізод манії при біполярному розладі
- » **УНИКАЙТЕ ПРИЗНАЧЕННЯ ВАЛЬПРОАТІВ, ПРЕПАРАТІВ ЛІТІЮ та КАРБАМАЗЕПІНУ** під час вагітності та годування грудьми через ризик вад розвитку у дитини.
 - » Розгляньте можливість призначення **низьких доз галоперидолу** з обережністю та після поради зі спеціалістом (за його наявності).
 - » Зважуйте ризики та переваги медикаментозного лікування для жінок дітородного віку.
 - » Якщо у вагітної жінки розвивається гостра манія під час прийому стабілізаторів настрою, розгляньте можливість переключення на низькі дози галоперидолу.



ПІДЛІТКИ

- » Розгляньте можливість проконсультуватися зі спеціалістом у сфері психічного здоров'я.
- » **Рісперидон** може пропонуватися як метод лікування підлітків із психотичним або біполярним розладом тільки під наглядом спеціаліста.
- » Якщо лікування рісперидоном не є доступним, **галоперидол** або **хлорпромазин** можна призначати лише під наглядом спеціаліста.




Люди похилого віку

- » Призначайте **нижчі** дози препаратів.
- » Беріть до уваги підвищений ризик взаємодії лікарських засобів.
- » **УВАГА!**
Антипсихотичні препарати підвищують ризик цереброваскулярних порушень та смерті у людей похилого віку, хворих на психоз внаслідок деменції.

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ

2.1 Психосоціалізація

Ключові повідомлення для особи та її доглядачів:

- » Поясніть, що симптоми, пов'язані із такими психічними розладами, як психоз і біполярний розлад, піддаються лікуванню, та особа може одужати. Спростуйте поширені помилкові уявлення про психоз і біполярний розлад.
- »  Не дорікайте особі або її родині та не звинувачуйте їх у тому, що вони є причиною симптомів.
- » Поінформуйте особу та її родину про те, що потрібно приймати медикаменти відповідно до призначення та регулярно приходити на повторні консультації.
- » Поясніть, що рецидиви та/або погіршення симптомів трапляється часто, а тому важливо розпізнавати їх на ранніх етапах і якомога швидше з'являтися на прийом у ЗОЗ.
- » Сплануйте режим роботи або навчання особи і доглядачів таким чином, аби вони **уникали недосипання та стресу**. Заохочуйте особу звертатися за порадами щодо серйозних рішень, особливо якщо йдеться про фінансові питання, або важливих обов'язків.

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Формуйте взаєморозуміння з людиною

Взаємна довіра між особою та медичним працівником є надзвичайно важливою для забезпечення прихильності до лікування та довготривалих результатів.

- » Рекомендуйте **уникати вживання алкоголю, канабісу та інших психоактивних речовин**, оскільки вони можуть посилити психотичні симптоми та симптоми біполярного розладу.
- » Порадьте дотримуватися здорового способу життя: збалансованого харчування, фізичної активності, регулярного сну, належної особистої гігієни, та за можливості уникати стресогенних чинників. Стрес може посилити психотичні симптоми. *Зверніть увагу: зміни у способі життя мають відбуватися, доки в цьому є необхідність, можливо, навіть безстроково. Ці зміни мають бути сплановані та розроблені таким чином, щоб вони були довготривалими.*

2.2 Працюйте над зниженням рівня стресу та посиленням соціальної підтримки

- » Координуйте вашу роботу із наявними організаціями у сфері охорони здоров'я та соціальної сфері, аби задовольнити фізичні, соціальні потреби родини, а також її потреби у сфері психічного здоров'я.
- » Виявіть соціальну діяльність, якою раніше займалася людина та яка, у разі відновлення, надасть їй пряму чи непряму психологічну та соціальну підтримку (напр., зустрічі з членами родини, прогулянки з друзями, відвідування сусідів, соціальні заходи на роботі, заняття спортом, заходи у спільноті). Заохочуйте особу почати знову займатися такою соціальною діяльністю та надайте відповідні поради її родині.
- » Заохочуйте особу та її доглядачів до покращення систем соціальної підтримки.

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Переконайтеся в тому, що до осіб із психозом ставляться з повагою та підтримують їхнє відчуття власної гідності. Для подальшої інформації перейдіть до » **опд**.

2.3 Підтримуйте функціонування у активностях повсякденного життя

- » Людині потрібно продовжувати свою звичайну соціальну, освітню, професійну діяльність настільки, наскільки це можливо. Людині краще працювати або мати якесь інше змістовне заняття.
- » Підтримуйте залучення особи в економічну діяльність, у тому числі й культурально прийнятне підтримане працевлаштування.
- » Запропонуйте особі із психозом і біполярним розладом, її родині та/або доглядачам пройти тренінг із життєвих навичок та/або тренінг із соціальних навичок, що дасть змогу посилити їхні навички незалежного життя.
- » Якщо це доступно та необхідно, сприяйте незалежному проживанню та підтримуваному веденню домогосподарства, яке є культурально та контекстуально прийнятним у спільноті.

2.4 Загальні поради для доглядачів

- »  Не намагайтеся переконати людину в тому, що її переконання або переживання є помилковими або нереальними. Намагайтеся бути нейтральними та підтримувати її, навіть якщо людина незвично себе поводить.
- »  Уникайте постійної або жорсткої критики людини із психозом або ворожого ставлення до неї.
- » Дозвольте людині пересуватися вільно. Не обмежуйте людину фізично, але водночас забезпечте її безпеку та безпеку інших людей.
- » У цілому, людині краще жити у родині або із членами громади у підтриманому середовищі за межами лікарні. Слід уникати довготривалої госпіталізації.

ФАРМАКОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ

! **ДЛЯ ОСОБЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ** (вагітні жінки або жінки, які годують грудьми, діти/підлітки та люди похилого віку) див. детальні рекомендації.

2.5 Психоз

- » Особам із психозом слід планово пропонувати лікування антипсихотичними препаратами.
- » **Негайно розпочніть лікування антипсихотичними препаратами.** Див. **Таблиця 1.**
- » Призначаєте антипсихотичні препарати по одному.
- » Розпочинайте з найнижчої дози та повільно підвищуйте її для зниження ризику побічних реакцій.
- » Рішення про неефективність препарату має прийматися тільки після **принаймні 4–6 тижнів прийому типової ефективної дози такого препарату.**
- » Продовжуйте відстежувати стан особи за цієї дози якомога частіше та відповідно до потреб упродовж перших 4-6 тижнів терапії. Якщо поліпшення стану не спостерігається, див. **«Подальший супровід»** і **Таблицю 4.** 
- » По можливості стежте за показниками ваги, кров'яного тиску, цукру натщесерце, холестерину та результатами ЕКГ особи, яка приймає антипсихотичні препарати (див. нижче).

! УВАГА!

» Побічні реакції, які можна очікувати:

- **Екстрапірамідні побічні реакції / симптоми (ЕПС):** акатизія, гостра дистонічна реакція, тремор, симптом «зубчастого колеса», м'язова ригідність і пізня дискинезія. Лікуйте антихолінергічними препаратами за необхідності та наявності (див.: **Таблицю 2**).
- **Метаболічні зміни:** набір ваги, високий кров'яний тиск, підвищений рівень цукру та холестерину у крові.
- **Зміни ЕКГ (подовжений інтервал QT):** по можливості стежте за ЕКГ.
- **Злоякісний нейролептичний синдром (ЗНС):** рідкісний, потенційно загрозливий для життя розлад, ознаками якого є м'язова ригідність, підвищена температура та високий кров'яний тиск.

2.6 Епізод манії при біполярному розладі

Якщо пацієнт приймає антидепресанти:



- » **ПРИПИНІТЬ ПРИЙОМ АНТИДЕПРЕСАНТІВ** для попередження подальшого ризику розвитку манії.
- » **Почніть лікування препаратами літію, вальпроатами, карбамазепіном або антипсихотичними препаратами** (див. **Таблицю 3**).

Препарати літію: розгляньте призначення літію як першочергове лікування біполярного розладу тільки у разі, якщо є можливість проведення клінічного та лабораторного спостереження, і призначайте його виключно під супервізією спеціаліста. Якщо лабораторні спостереження проводити неможливо, слід уникати призначення літію, натомість слід розглянути можливість призначення вальпроатів або карбамазепіну. Недотримання режиму лікування або раптове припинення прийому літію може підвищити ризик рецидиву. Не призначайте літію у випадку, якщо поставки літію можуть раптово перерватися. За можливості перевірте функцію нирок і щитоподібної залози, зробіть розгорнутий аналіз крові, проведіть ЕКГ та тести на вагітність перед початком лікування.



Вальпроати і карбамазепін: Призначайте ці препарати тільки у разі, якщо неможливо забезпечити клінічне та лабораторне спостереження для прийому літію або якщо відсутній спеціаліст, який може надавати супервізію щодо лікування літієм.

Галоперидол і рисперідон: Розглядайте призначення галоперидолу або рисперідону тільки у випадку, якщо неможливо забезпечити клінічне та лабораторне спостереження для прийому літію або вальпроатів. Рисперідон може призначатися особам із біполярною манією як альтернатива галоперидолу, за умови впевненості в його доступності та якщо вартість не обтяжлива для людини.

! УВАГА!

- »  Уникайте призначення вальпроатів, препаратів літію та карбамазепіну вагітним жінкам і жінкам, які годують грудьми. Рекомендується призначення **низьких доз галоперидолу** з обережністю та під наглядом спеціаліста (за його наявності).
- » **Розгляньте можливість призначення бензодіазепінів на короткий термін (2–4 тижні максимум) для корекції порушень поведінки або агітації:**
 - Особам із манією, у яких виявляється агітація, корисним може виявитися короткострокове призначення бензодіазепінів (2–4 тижні максимум), наприклад діазепаму.
 - Бензодіазепіни потрібно відмінити поступово, як тільки зменшаться симптоми, оскільки може розвинутиися толерантність.
- » Продовжуйте підтримуючу терапію упродовж принаймні двох років після останнього біполярного епізоду. 
 - Препарати літію або вальпроати можна призначати як підтримуючу терапію при біполярному розладі. *Якщо лікування одним із цих препаратів не є доступним, можна призначити галоперидол, хлорпромазин або карбамазепін. Пропонуйте підтримуючу терапію в умовах закладів первинної допомоги під супервізією спеціаліста.*

ТАБЛИЦЯ 1: Антипсихотичні препарати

Медикамент	Дозування	Побічні реакції	Протипоказання / застереження
ГАЛОПЕРИДОЛ	Розпочинайте з 1,5–3 мг на добу. За потреби підвищуйте дозу (максимальна доза – 20 мг на добу). Спосіб застосування: перорально (п/о) або внутрішньом'язово (в/м).	Поширені: сонливість, запаморочення, розпливчастість зору, сухість у роті, утруднене сечовипускання, закрепи. Серйозні: ортостатична гіпотензія, екстрапірамідні симптоми (ЕПС), зміни на ЕКГ (подовжений інтервал QT), набір ваги, галакторея, аменорея, злоякісний нейролептичний синдром (ЗНС).	Обережно призначати пацієнтам із: захворюваннями нирок, печінки, хворобами серця, синдромом подовженого інтервалу QT або тим, хто приймає медикаменти, які подовжують QT. По можливості стежте за ЕКГ.
РІСПЕРИДОН	Розпочинайте з 1 мг на добу. Підвищуйте до 2–6 мг на добу (максимум – 10 мг). Спосіб застосування: п/о.	Поширені: сонливість, запаморочення, тахікардія. Серйозні: ортостатична гіпотензія, метаболічні розлади (підвищення ліпідів крові, інсулінорезистентність, набір ваги), ЕПР, підвищений пролактин, сексуальна дисфункція, ЗНС.	Обережно призначати пацієнтам із: хворобами серця. Взаємодія з іншими лікарськими засобами: карбамазепін може знижувати рівень рісперидону, тоді як флуоксетин може підвищувати рівень рісперидону.
ХЛОПРОМАЗИН	Розпочинайте з 25–50 мг на добу. Підвищуйте до 75–300 мг на добу (у важких випадках може бути необхідність підвищити до 1000 мг). Спосіб застосування: п/о.	Поширені: сонливість, запаморочення, розпливчастість зору, сухість у роті, утруднене сечовипускання, закрепи, тахікардія. Серйозні: ортостатична гіпотензія, синкопальні стани, ЕПР, фотосенсибілізація, набір ваги, галакторея, аменорея, сексуальна дисфункція, пріапізм, ЗНС, агранулоцитоз, жовтяниця.	Протипоказання: порушення свідомості, пригнічення функції кісткового мозку, феохромоцитома. Обережно призначати пацієнтам із: хворобами органів дихання, ураженнями нирок, ураженнями печінки, глаукомою, утрудненим сечовипусканням, хворобами серця, синдромом подовженого інтервалу QT або при прийомі медикаментів, які подовжують QT. По можливості стежте за ЕКГ. Взаємодія з іншими лікарськими засобами: – Посилює дію медикаментів, які знижують кров'яний тиск. – Знижує кров'яний тиск у поєднанні з епінефрином. – Може підвищуватися рівень від прийому протималарійних препаратів, які містять хінін.
ФЛУФЕНАЗИН депо/довготривалої дії	Розпочинайте з 12,5 мг. Призначте 12,5–50 мг кожні 2–4 тижні. Спосіб застосування: в/м у сідничну область.  Уникайте призначення вагітним жінкам і жінкам, які годують грудьми.  Не призначайте дітям / підліткам.	Поширені: сонливість, запаморочення, розпливчастість зору, сухість у роті, утруднене сечовипускання, закрепи, тахікардія. Серйозні: ортостатична гіпотензія, синкопальні стани, ЕПР, фотосенсибілізація, набір ваги, галакторея, аменорея, сексуальна дисфункція, пріапізм, ЗНС, агранулоцитоз, жовтяниця.	Протипоказання: порушення свідомості, паркінсонізм. Обережно призначати пацієнтам із: захворюваннями серця, ураженнями нирок, ураженнями печінки. Обережно призначати людям похилого віку. Взаємодія з іншими лікарськими засобами: – Посилює дію медикаментів, які знижують кров'яний тиск. – Може знижувати кров'яний тиск у поєднанні з епінефрином.

ТАБЛИЦЯ 2: Антихолінергічні препарати

(для лікування екстрапірамідних побічних реакцій/симптомів (ЕПС)  По можливості уникайте призначення вагітним жінкам і жінкам, які годують грудьми

Медикамент	Дозування	Побічні реакції	Протипоказання / застереження
БИПЕРИДЕН	Розпочинайте з 1 мг двічі на добу. Підвищуйте до 3–12 мг на добу. Спосіб застосування: п/о або внутрішньовенно (в/в).	Поширені: сонливість, сплутаність та порушення пам'яті (особливо у людей похилого віку), тахікардія, сухість у роті, утруднене сечовипускання та закреп.	Обережно призначати пацієнтам із: хворобами серця, печінки або нирок. Взаємодія з іншими лікарськими засобами: будьте обережні при комбінації з іншими антихолінергічними препаратами.
ТРИГЕКСИФЕНІДИЛ (бензгексол)	Розпочинайте з 1 мг на добу. Підвищуйте до 4–12 мг на добу за 3–4 прийоми (максимум – 20 мг на добу). Спосіб застосування: п/о.	Нечасті: закритокутова глаукома, міастенія гравіс та шлунково-кишкова обструкція.	

ТАБЛИЦЯ 3: Стабілізатори настрою По можливості уникайте призначення вагітним жінкам і жінкам, які годують грудьми

Медикамент	Дозування	Побічні реакції	Протипоказання / застереження
ЛІТІЙ  Призначають лише за доступності клінічного та лабораторного моніторингу.	Розпочинайте з 300 мг на добу. Поступово підвищуйте дозу кожні 7 днів, поки не буде досягнуто цільової концентрації у крові (максимум 600–1200 мг на добу). Проводьте контроль кожні 2–3 місяці. Спосіб застосування: п/о. Цільова концентрація у крові: 0,6–1,0 ммоль/л – при гострому епізоді манії: 0,8–1,0 ммоль/л; – для підтримуючої терапії: 0,6–0,8 ммоль/л. <i>Для визначення того, чи підтримуюча терапія є вповні ефективною, необхідно приймати препарат 6 місяців.</i>	Поширені: сонливість, когнітивні порушення, тремор, порушення координації, гіпотензія, лейкоцитоз, поліурія, полідипсія, нудота, діарея, набір ваги, випадіння волосся, висипання на шкірі. Серйозні: нецукровий діабет, гіпотиреоз, зміни на ЕКГ (аритмія, синдром слабкості синусного вузла, зміни зубця Т).	Протипоказано пацієнтам із: важкими ураженнями серця або нирок. Зневоднення може призвести до підвищення рівня літію. Взаємодія з іншими лікарськими засобами: нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (інгібітори АПФ), тіазидні діуретики, метронідазол і тетрациклін можуть збільшувати концентрацію літію. Токсичні концентрації літію можуть спричинити судоми, делірій, кому та смерть.
ВАЛЬПРОАТ НАТРІУ	Розпочинайте з 500 мг на добу. Повільно підвищуйте до 1000–2000 мг на добу (максимальна доза – 60 мг/кг на добу). Спосіб застосування: п/о.  Кращий вибір для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, через особливості взаємодії з іншими лікарськими засобами.	Поширені: сонливість, головний біль, тремор, атаксія, нудота, блювання, діарея, набір ваги, тимчасове випадіння волосся. Серйозні: порушення функцій печінки, тромбоцитопенія, лейкопенія, сонливість/сплутаність, печінкова недостатність, геморагічний панкреатит.	Обережно призначайте пацієнтам із: ураженням печінки у якості основного захворювання або при підозрі на ураження печінки. По можливості проводьте моніторинг функції печінки та рівня тромбоцитів. Взаємодія з іншими лікарськими засобами: концентрація вальпроату знижується при взаємодії з карбамазепіном, підвищується при взаємодії з аспірином.
КАБАМАЗЕПІН	Розпочинайте з 200 мг на добу. Підвищуйте на 200 мг щотижня до 400–600 мг на добу за два прийоми (максимальна добова доза – 1200 мг). Спосіб застосування: п/о. Зверніть увагу: Може знадобитися коригування дози за 2 тижні у зв'язку зі стимуляцією власного метаболізму.	Поширені: сонливість, сплутаність, запаморочення, атаксія, двоїння в очах, нудота, діарея, доброякісна лейкопенія. Серйозні: гепатотоксичність, затримка внутрішньосерцевої провідності, серйозні висипання на шкірі.	Протипоказано пацієнтам із: історії захворювань крові у минулому, уражень нирок, печінки або серця. Взаємодія з іншими лікарськими засобами: – може послаблювати дію гормональних протизапальних засобів, імунодепресантів, протиепілептичних засобів, антипсихотичних препаратів, метадону та деяких антиретровірусних препаратів. – Рівень може підвищуватися через прийом деяких протигрибкових препаратів та антибіотиків.

ТАБЛИЦЯ 4: Перегляд прихильності, побічних реакцій та дозування з урахуванням клінічної ситуації/проявів

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ДІЯ
<p>Людина не переносить антипсихотичний препарат, напр., має екстрапірамідні симптоми (ЕПС) або інші серйозні побічні реакції</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Знизьте дозу антипсихотичного препарату. » Якщо побічні реакції зберігаються, розгляньте можливість переходу на інший антипсихотичний препарат. » Розгляньте можливість призначення антихолінергічного препарату для лікування ЕПС на короткий термін, якщо ці стратегії не спрацьовують або симптоми серйозні (див. Табл. 2).
<p>Прихильність до лікування є незадовільною</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Обговоріть із людиною та її доглядачами причини відсутності прихильності до лікування. » Та надайте інформацію про важливість медикаментів. » Розгляньте можливість призначення ін'єкційних антипсихотичних препаратів-депо або препаратів тривалої дії після обговорення можливих побічних реакцій від депо-препарату порівняно із препаратом, що приймається перорально.
<p>Відповідь на лікування є недостатньою (напр., симптоми залишаються або посилюються), незважаючи на прихильність до лікування</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Упевніться у тому, що людина приймає ефективну дозу препарату. Якщо доза низька – поступово збільшіть її до найнижчої ефективної дози для зменшення ризику побічних реакцій. » Розпитайте про вживання алкоголю або психоактивних речовин та працюйте над зниженням їх вживання. Перейдіть до » ВПР. » Розпитайте про нещодавні стресові події у житті, які могли призвести до погіршення клінічного стану, та працюйте над зниженням рівня стресу. » Перегляньте симптоми, аби виключити розлад фізичного здоров'я та/або інший пріоритетний ПНПР розлад. Перейдіть до » ПСИ 1, див. КРОК 1. » Розгляньте можливість призначення рісперидону як альтернативи галоперидолу або хлорпромазину, якщо його вартість та доступність не є перешкодою. » Якщо особа не реагує на належну дозу та тривалість прийому більше ніж одного антипсихотичного препарату (у разі коли препарати приймалися по одному), тоді можна розглянути лікування комбінацією антипсихотичних препаратів; бажано – під супервізією спеціаліста, із пильним клінічним моніторингом. » Розгляньте можливість консультації спеціаліста щодо призначення клозапіну тим особам, які не відповіли на інші антипсихотичні препарати за належних доз і тривалості прийому. Призначайте клозапін лише під наглядом спеціаліста і тільки у тому випадку, коли доступний плановий лабораторний моніторинг з огляду на ризик небезпечного для життя агранулоцитозу.

ТАБЛИЦЯ 5: Ведення осіб зі збудженою та/або агресивною поведінкою !




ОЦІНКА

- » Намагайтеся спілкуватися з особою.
- » Оцініть можливі причини:
 - **Перевірте рівень цукру у крові.**
Якщо низький – дайте глюкозу.
 - **Перевірте життєві показники,**
у тому числі температуру та насиченість киснем.
За потреби дайте кисень.
 - **Виключіть делірій та причини, пов'язані з фізичним здоров'ям,**
зокрема отруєння.
 - **Виключіть вживання наркотиків і алкоголю.** Окремо розгляньте можливість інтоксикації стимуляторами та/або відміни алкоголю/седативних препаратів.
Перейдіть до **» ВПР.**
 - **Виключіть ажитацію, спричинену психозом або епізодом манії при біполярному розладі.**
Перейдіть до **Оцінки, » ПСИ 1.**

СПІЛКУВАННЯ

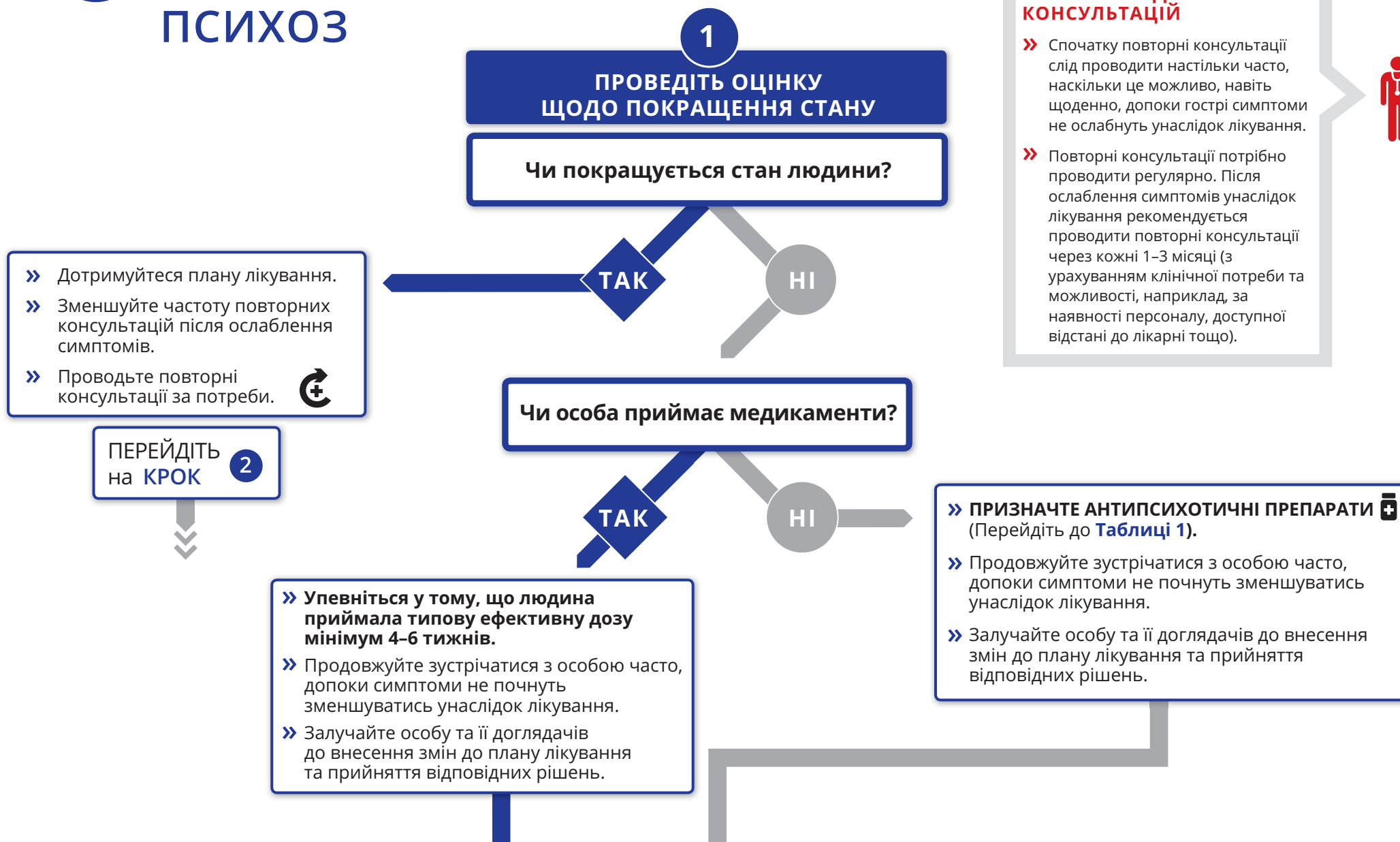
- » Безпека передусім!
- » Залишайтеся спокійними та заохочуйте людину розказати, що її непокоїть.
- » Говоріть спокійним голосом і, якщо це можливо, відреагуйте на причини її занепокоєння.
- » Уважно слухайте. Приділіть людині необхідний час.
- » Ніколи не смійтеся над людиною.
- » Не реагуйте агресивно у відповідь.
- » Спробуйте з'ясувати, що є джерелом проблеми та як її можливо вирішити.
- » Залучайте доглядачів та інший персонал.
- » Вилучіть із ситуації будь-кого, хто може провокувати агресію.
- » Якщо вичерпано усі можливості та людина залишається агресивною, можливо, потрібно дати їй медикаменти (за їх наявності) для попередження травмування.

СЕДАЦІЯ ТА ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИКАМЕНТІВ

- » За необхідності дайте людині седативні препарати для попередження травмування.
- » У випадку ажитації, спричиненої психозом або манією, розгляньте можливість призначення галоперидолу, 2 мг п/о або в/м щогодинно, до 5 доз (максимум – 10 мг).
Зверніть увагу: високі дози галоперидолу можуть призвести до дистонічних реакцій. Призначайте бипериден для лікування гострих реакцій.
- » У випадку ажитації, спричиненої прийомом психоактивних речовин, наприклад відміною алкоголю/седативних речовин або інтоксикацією стимуляторами, призначте діазепам, 10–20 мг п/о, і за потреби повторіть. **Перейдіть до » ВПР.**
У випадках вираженої агресії
 - Зверніться по допомогу до поліції або персоналу
 - Введіть особі галоперидол, 5 мг в/м, за потреби повторіть за 15–30 хвилин (максимум – 15 мг).
 - Проконсультуйтеся зі спеціалістом. 
- » **Якщо особа надалі залишається ажитованою,** ще раз перевірте насичення киснем, основні життєві показники та рівень глюкози. Розгляньте можливість того, що причиною такого стану може бути біль. Скеруйте людину до лікарні. 
- » **Після того як ажитація зменшилась, перейдіть до Головного алгоритму (ГА) та оберіть відповідні модулі для проведення оцінки.**
- ! Особливі групи населення:**
 - Проконсультуйтеся зі спеціалістом щодо лікування. 



ПСИ 3 » Подальший супровід ПСИХОЗ



2

ПРОВОДЬТЕ ПЛАНОВИЙ МОНІТОРИНГ ЛІКУВАННЯ

- » Переглядайте психосоціальні втручання.
- » Якщо людина приймає препарати, перевірте її **прихильність до лікування**, побічні реакції та дозування (Табл. 4). Перевірте вагу, кров'яний тиск і рівень глюкози у крові.
- » Якщо особа починає приймати будь-які інші медикаменти з потенційною взаємодією між лікарськими засобами, розгляньте можливість корекції дози медикаменту.
- » Розпитайте людину про початок симптомів, попередні епізоди, а також зберіть детальну інформацію про попереднє або поточне лікування.

3


ПРИПИНІТЬ ПРИЙОМ МЕДИКАМЕНТІВ

Особа з першим епізодом, рецидивом або погіршенням симптомів психозу:

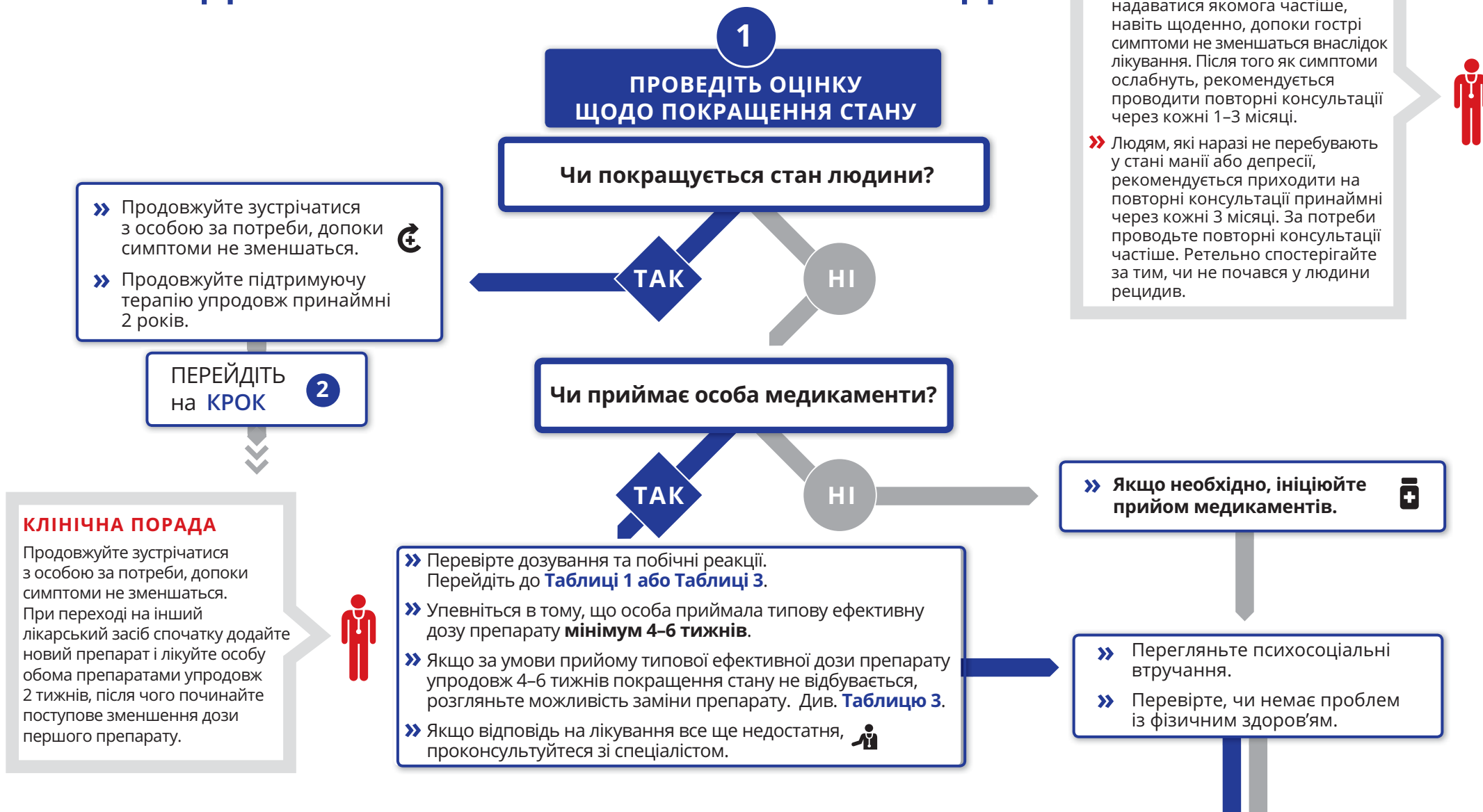
- » Розгляньте можливість припинення прийому медикаментів **через 12 місяців після зникнення симптомів**.

Особа із психотичними симптомами, які тривають довше 3 місяців:

- » Розгляньте можливість припинення прийому препаратів, **якщо у людини ПОВНА РЕМІСІЯ, яка спостерігається упродовж кількох років**.

- » Обговоріть із особою та її родиною ризики виникнення рецидиву та протиставте їх ризикам розвитку побічних реакцій від прийому медикаментів тривалої дії.
- » По можливості проконсультуйтеся зі спеціалістом. 
- » Поступово та повільно знижуйте дозу медикаментів. Після відміни медикаментів необхідно навчити особу та членів її родини, як виявляти симптоми рецидиву на ранніх етапах. Рекомендується проведення ретельного клінічного спостереження.

ПСИ 3 » Подальший супровід ЕПІЗОД МАНІЇ ПРИ БІПОЛЯРНОМУ РОЗЛАДІ



2

ПРОВІДЬТЕ ПЛАНОВИЙ МОНІТОРИНГ ЛІКУВАННЯ


- » Перегляньте та застосуйте психосоціальні втручання.
- » Якщо людина приймає препарати, перевірте її **прихильність до лікування, побічні реакції та дозування**. Див. **Таблицю 4**.
- » Якщо особа починає приймати будь-які інші медикаменти з потенційною взаємодією між лікарськими засобами, розгляньте можливість корекції дози медикаменту.

3


ПРИПИНЕННЯ ПРИЙОМУ МЕДИКАМЕНТІВ

**Чи була у людини повна ремісія,
з повною відсутністю епізодів біполярного розладу,
упродовж принаймні двох років?**

ТАК

- » Розгляньте можливість припинення прийому медикаментів
 - Обговоріть із особою/доглядачем ризику припинення прийому медикаментів.
 - Проконсультуйтеся зі спеціалістом щодо рішення припинити підтримуючу терапію після 2 років. 
 - Знижуйте дозу поступово, упродовж тижнів або навіть місяців.

НІ

- » Планово здійснюйте подальший супровід та спостереження за процесом лікування. 

ЕПІЛЕПСІЯ

Епілепсія – це хронічне неінфекційне захворювання головного мозку, основною характеристикою якого є повторювані неспровоковані епілептичні напади.

Епілепсія – це один з найбільш поширених неврологічних розладів, який, за належного лікування, може добре контролюватися у переважної більшості людей.

Епілепсія має багато причин. Вона може бути генетично зумовленою. Епілепсія може розвинути у людей, у яких була пологова травма, травма головного мозку (у тому числі травми голови та інсульту) або інфекції головного мозку. У деяких людей причину не вдається встановити.

Епілептичні напади виникають внаслідок патологічної електричної активності головного мозку та бувають двох видів: конвульсивні та неконвульсивні. Для неконвульсивної епілепсії характерною є зміна психічного статусу, тоді як для конвульсивної епілепсії – раптові патологічні рухи, у тому числі заціпеніння та струси тіла. Останній тип епілепсії пов'язаний із більшою стигматизацією, а також вищою захворюваністю та смертністю. У цьому модулі йдеться виключно про конвульсивну епілепсію.

ЕПІ » Короткий огляд

Гостре виникнення судом/конвульсій вимагає невідкладної допомоги та ведення цього стану





ОЦІНКА

- » **НЕВІДКЛАДНИЙ СТАН:**
Оцінка та ведення гострих конвульсій
- » Проведіть оцінку на наявність у людини конвульсивних судом
- » Проведіть оцінку на наявність гострої причини (напр., нейроінфекції, травми тощо)
- » Проведіть оцінку на наявність епілепсії та можливих причин (шляхом збору історії розвитку такого стану або проведення огляду)
- » Проведіть оцінку на наявність супутніх пріоритетних ПНПР-розладів



ВЕДЕННЯ

- » **Протокол ведення та особливі групи населення**
 1. Епілепсія
 2. Особливі групи населення (жінки дітородного віку, діти/підлітки та люди, які живуть з ВІЛ)
- »  Психосоціальні втручання
- »  Фармакологічні втручання



Подальший супровід

! ЕПІ » НЕВІДКЛАДНИЙ СТАН

У ЛЮДИНИ КОНВУЛЬСІЇ
АБО ВОНА НЕ РЕАГУЄ НА ПОДРАЗНИКИ
ТА ПЕРЕБУВАЄ У СТАНІ ЗАЦІПЕНІННЯ

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Оцінка та ведення мають відбуватися одночасно.



1

Чи у людини є ознаки травми голови або шиї?

НІ

ТАК

» ЗАФІКСУЙТЕ ГОЛОВУ ТА ШИЮ

2

- » Перевірте, **ЧИ ВІЛЬНІ ДИХАЛЬНІ ШЛЯХИ, ЧИ Є ДИХАННЯ ТА КРОВООБІГ (ABCs – AIRWAY, BREATHING, CIRCULATION)**
Забезпечте прохідність дихальних шляхів, упевніться, що людина нормально дихає і у неї стабільний пульс
- » Перевірте **КРОВ'ЯНИЙ ТИСК, ТЕМПЕРАТУРУ тіла та ЧАСТОТУ ДИХАННЯ**
- » Якщо можливо, занотуйте тривалість конвульсій
- » Переконайтеся у тому, що людина перебуває у безпечному місці, та, якщо це можливо, покладіть її на бік, щоб їй було легше дихати; розв'яжіть краватку або ослабте одяг навколо шиї, зніміть окуляри та за наявності покладіть щось м'яке під голову

- » Налагодьте внутрішньовенний (в/в) доступ для введення медикаментів/рідини, якщо це можливо
- » ❌ **НЕ ЗАЛИШАЙТЕ ЛЮДИНУ НАОДИНЦІ**
- » ❌ **НЕ КЛАДІТЬ НИЧОГО ЛЮДИНІ В РОТ**
- » **ЛЮДИНУ ІЗ МОЖЛИВОЮ ТРАВМОЮ ГОЛОВИ, НЕЙРОІНФЕКЦІЄЮ (ГАРЯЧКОЮ) АБО ВОГНИЩЕВИМИ СИМПТОМАМИ НЕГАЙНО НАПРАВТЕ ДО ЛІКАРНІ** +



3

❗ **ОСОБЛИВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ: Вагітні/Після пологів**

Чи у жінки друга половина вагітності АБО перший тиждень після пологів **ТА** в минулому не було епілепсії?



ТАК

НІ

ПІДОЗРА НА ЕКЛАМПСІЮ

- » Введіть 10 г **сульфату магнію** внутрішньом'язово (в/м).
- » Якщо діастолічний **артеріальний тиск >110 мм рт. ст.**, повільно (3-4 хв) введіть **гідралазин** 5 мг в/в. Повторюйте кожні 30 хв до досягнення ≤ 90 мм рт. ст.
 - ❗ Не вводьте більше 20 мг загалом.
- » **Негайно скеруйте людину до лікарні.**



4

» **ДАЙТЕ МЕДИКАМЕНТИ ДЛЯ ПРИПИНЕННЯ КОНВУЛЬСІЙ**

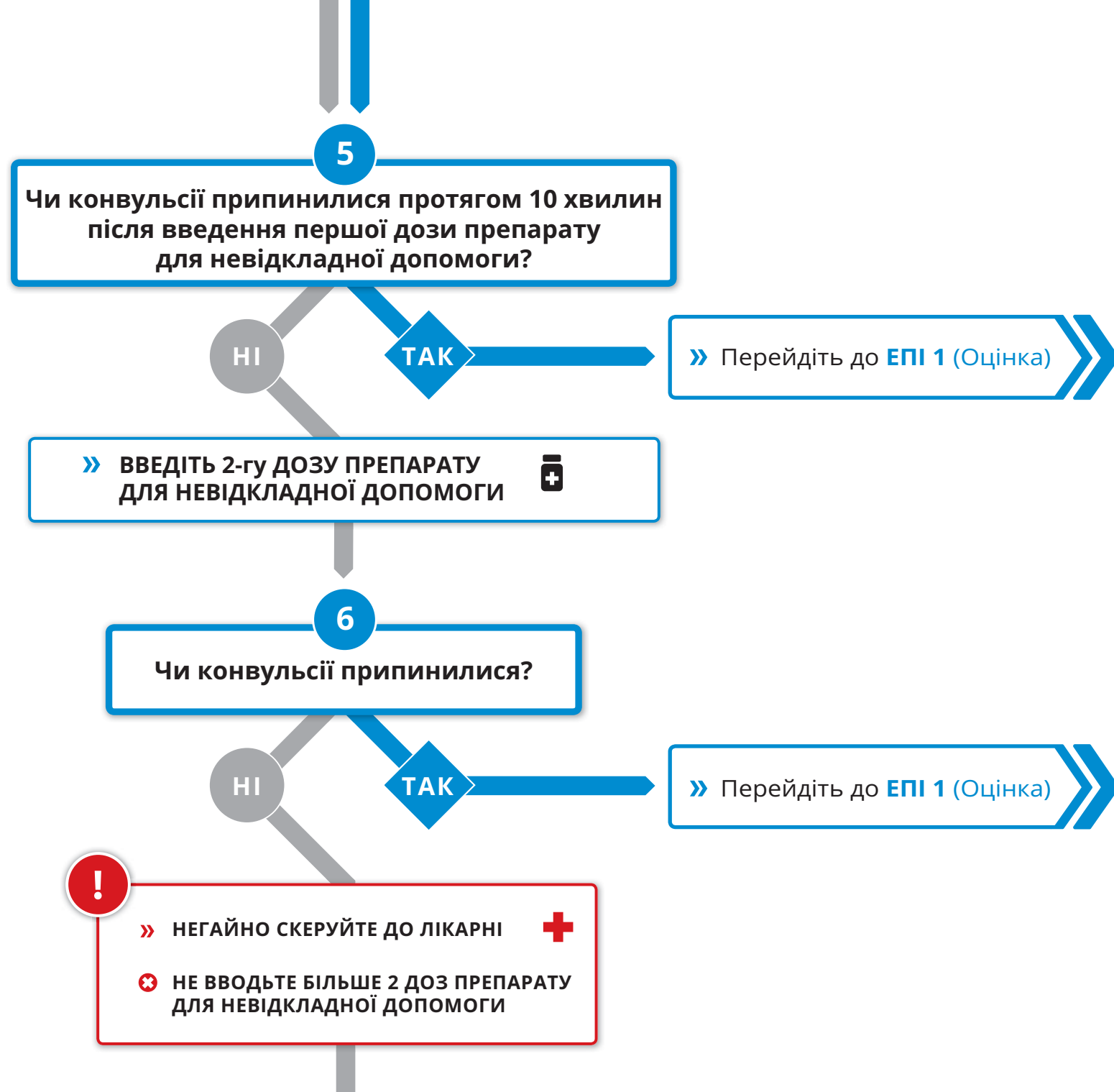
ЯКЩО НЕ НАЛАГОДЖЕНО ВНУТРІШНЬОВЕННИЙ ДОСТУП

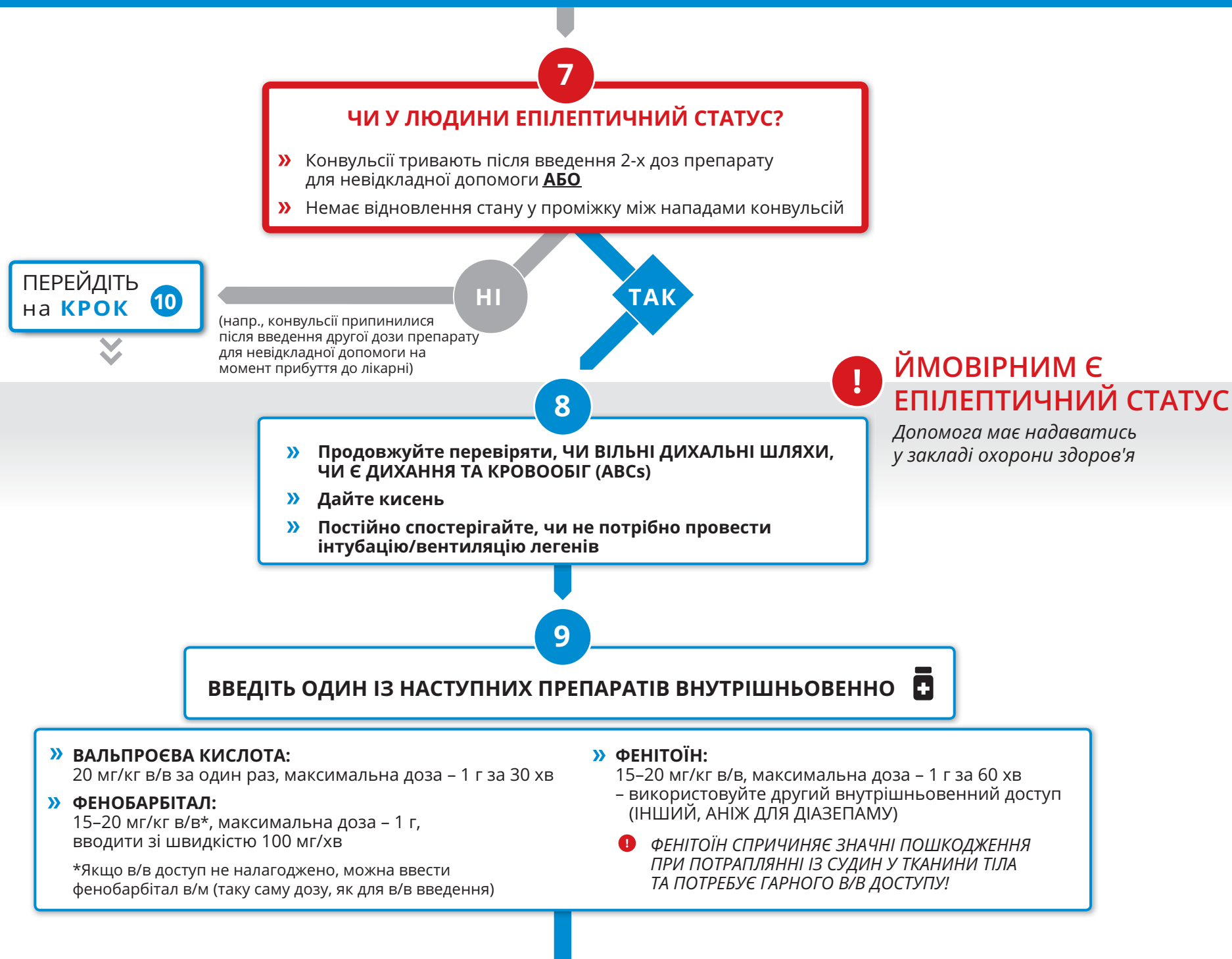
ЯКЩО НАЛАГОДЖЕНО ВНУТРІШНЬОВЕННИЙ ДОСТУП

Дайте:

- » **діазепам** ректально (дорослим - 10 мг, дітям - 1 мг/1 рік життя)
- АБО
- » **мідазолам** букально/інтраназально (дорослим - 5-10 мг, дітям - 0,2 мг/кг)

- » Розпочніть повільне введення **фізрозчину** (30 крапель/хв)
- » Введіть в/в **глюкозу** (дорослим - 5 мл 50 % розчину; дітям 2-5 мл/кг 10 % розчину)
- » Введіть медикаменти невідкладної допомоги:
 - **діазепам** 10 мг в/в (дітям - 1 мг/1 рік життя в/в)
 АБО
 - **лоразепам** 4 мг в/в (дітям - 0,1 мг/кг в/в)





Чи конвульсії припинилися?

НІ

ТАК

- » Введіть один з інших препаратів (за наявності) АБО додаткові 10 мг/кг фенітоїну (вводити довше, ніж 30 хв)
- » Відстежуйте, чи не розвивається пригнічення дихання, гіпотензія, аритмія.

10


» ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ (ТА ЛІКУЙТЕ ВІДПОВІДНИМ ЧИНОМ) ЩОДО МОЖЛИВОЇ ПРИЧИНИ КОНВУЛЬСІЙ:

- нейроінфекція (гарячка, ригідність м'язів шиї, головний біль, сплутаність)
- вживання психоактивних речовин (відміна алкоголю або застосування ін'єкційних наркотичних речовин)
- травма
- метаболічний розлад (гіпернатріємія або гіпоглікемія)
- інсульт (вогнищеві симптоми)
- пухлина (вогнищеві симптоми)
- епілепсія, про яку відомо (судоми в історії захворювання)

Чи конвульсії припинилися?

НІ

ТАК

» СКЕРУЙТЕ ОСОБУ ДО СПЕЦІАЛІСТА ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПОДАЛЬШОГО ДІАГНОСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ 

» Перейдіть до ЕПІ 1 (Оцінка)

ЕПІ 1 » Оцінка



КЛІНІЧНА ПОРАДА

Під час проведення первинної оцінки, а також у випадках неефективності лікування слід розглянути можливість того, що у людини синкопе або псевдосудоми.

- » Синкопальні стани (знепритомнення) часто пов'язані із почервонінням, пітнінням, блідістю, а іноді навіть із відчуттям потьмарення в очах перед початком епізоду. Несильне тремтіння тіла може статися у наприкінці стану.
- » Псевдосудоми часто пов'язані зі стресовим чинником. Епізоди часто тривалі та можуть включати в себе неритмічне смикання тіла, очі можуть бути заплющені, часто спостерігаються поштовхи тазом. Після епізоду людина зазвичай швидко повертається до свого попереднього стану. Якщо є підозра на псевдосудоми, перейдіть до **» ІНШ.**

ПОШИРЕНІ ПРОЯВИ ЕПІЛЕПСІЇ

- *Конвульсивні рухи або напади/судоми*
Під час конвульсій:
 - втрата або порушення свідомості
 - заціпеніння, ригідність
 - укуси язика, травми, нетримання сечі або калу
- *Після конвульсій: втома, млявість, сонливість, сплутаність, ненормальна поведінка, головний біль, біль у м'язах або слабкість в одній половині тіла*

1



Чи у людини конвульсивні напади?

Чи конвульсивні рухи у людини тривали довше 1-2 хвилин?

НІ

ТАК

Ймовірно, це не є конвульсивні напади

- » Проконсультуйтеся зі спеціалістом  щодо рецидивуючих епізодів
- » Повторна консультація через 3 місяці 



Чи були у людини принаймні 2 з наведених нижче симптомів під час епізоду(ів)?

- Втрата або порушення свідомості
- Заціпеніння, ригідність
- Укуси або синці язика, травми тіла
- Нетримання сечі/калу
- Після конвульсій: втома, млявість, сонливість, сплутаність, ненормальна поведінка, головний біль, біль у м'язах або слабкість в одній половині тіла

НІ

ТАК

Ймовірно, це не є конвульсивні напади

- » Проконсультуйтеся зі спеціалістом щодо рецидивуючих епізодів
- » Повторна консультація через 3 місяці

Підозра на КОНВУЛЬСИВНІ НАПАДИ

2

Чи є гостра причина?

Чи є у людини нейроінфекція або інші можливі причини конвульсій?

» Перевірте наявність наступних ознак і симптомів:

- Лихоманка
- Головний біль
- Сплутаність
- Менінгіальні симптоми (напр., ригідність м'язів шиї)
- Травма голови
- Метаболічний розлад (напр., гіпоглікемія / гіпонатріємія)
- Інтоксикація алкоголем або наркотичними речовинами або їх відміна

ТАК

НІ

Підозра на ЕПІЛЕПСІЮ



**ЦЕ ДИТИНА ВІКОМ
ВІД 6 МІСЯЦІВ ДО 6 РОКІВ
ІЗ ГАРЯЧКОЮ?**



Чи конвульсії:

- Вогнищеві: починаються в одній частині тіла
- Тривалі: тривають довше 15 хвилин
- Повторювані: більше одного епізоду за період поточного захворювання



**СКЛАДНІ
ФЕБРИЛЬНІ СУДОМИ**

**» СКЕРУЙТЕ ДО ЛІКАРНІ
ДЛЯ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ**

ПРОСТІ ФЕБРИЛЬНІ СУДОМИ

- » Шукайте причину, використовуючи місцеві протоколи Інтегрованого ведення хвороб дитячого віку (local Integrated Management of Childhood Illness, IMCI guidelines)
- » Спостерігайте упродовж 24 годин
- » Протиепілептичні ліки не потрібні



**» ОБСТЕЖТЕ НА НАЯВНІСТЬ
РОЗЛАДІВ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я
ТА ПРОВЕДІТЬ ЛІКУВАННЯ**

**» СКЕРУЙТЕ ДО ЛІКАРНІ,
ЯКЩО ЦЕ МОЖЛИВО, ДЛЯ
ЛІКУВАННЯ ТРАВМИ ГОЛОВИ,
МЕНІНГІТУ ТА МЕТАБОЛІЧНИХ
РОЗЛАДІВ**

**✘ ПРОТИЕПІЛЕПТИЧНІ ЛІКИ
НЕ ПОТРІБНІ**

**» Повторна консультація через
3 місяці для проведення
оцінки на наявність епілепсії**

ПЕРЕЙДІТЬ
на **КРОК** **3**

3

Чи у людини епілепсія?

Чи були у людини судоми
принаймні двічі у два різні дні за останній рік?



КЛІНІЧНА ПОРАДА

- » **Запитайте:**
- Як часто виникають епізоди судом?
 - Скільки епізодів було за останній рік?
 - Коли був останній епізод?

Не відповідає критеріям епілепсії

- » Підтримуюче протиепілептичне лікування не потрібне
- » Повторна консультація через 3 місяці для проведення оцінки на наявність епілепсії

НІ

ТАК

Ймовірно
це ЕПІЛЕПСІЯ

Проведіть оцінку для виявлення можливої причини.
Проведіть фізикальне обстеження.

» Чи було виявлено наступне:

- Асфіксія під час пологів або травма в минулому
- Травма голови
- Інфекція головного мозку
- Родинна історія судомних нападів

НІ

ТАК

» **СКЕРУЙТЕ ДО СПЕЦІАЛІСТА ДЛЯ ПОДАЛЬШОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ПРИЧИНИ**

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Фізикальне обстеження має включати в себе неврологічне обстеження та оцінку на наявність будь-яких вогнищевих симптомів (напр., будь-яка асиметрія сили м'язів або рефлексів).




4

Чи є у людини супутні ПНПР-розлади?

» Проведіть оцінку на наявність інших супутніх ПНПР-розладів згідно із Головним алгоритмом Керівництва mhGAP (ГА) 

! Будь ласка, зверніть увагу на те, що у людей з ЕПІЛЕПСІЄЮ вищий ризик розвитку ДЕПРЕСІЇ, РОЗЛАДІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН. У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ МОЖУТЬ БУТИ ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ЕПІЛЕПСІЄЮ. РОЗЛАДИ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

» Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ № 1** 

! **ЯКЩО Є БЕЗПОСЕРЕДНЯ ЗАГРОЗА СУЇЦИДУ, ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ СТАНУ ТА НАДАЙТЕ ВІДПОВІДНУ ДОПОМОГУ, а тоді повертайтеся до Протоколу. Перейдіть до » СУЇ.** 



ЕПІ 2 » Ведення

ПРОТОКОЛ

1

- » Проведіть **психоосвіту** для особи та її доглядачів (2.1)
- » Розпочніть лікування **протиепілептичними лікарськими засобами** (2.3)
- » Підтримуйте участь людини у повсякденній діяльності (2.2)

Особливі групи населення

Зауважте, що втручання для ведення ЕПІЛЕПСІЇ у представників цих груп населення можуть відрізнятися від загальних



ЖІНКА ДІТОРОДНОГО ВІКУ

Проблема: ризик впливу протиепілептичних ліків на плід/дитину

- » Порадьте приймати фолат (5 мг/добу) **для профілактики дефекту нервової трубки УСІМ жінкам дітородного віку.**
- » УНИКАЙТЕ ПРИЗНАЧЕННЯ ВАЛЬПРОАТИВ.
- » **УВАГА** Якщо жінка вагітна:
 - Уникайте політерапії. Комбінація різних медикаментів підвищує ризик тератогенних впливів під час вагітності.
 - Якщо прийом препаратів припиняється під час вагітності, їх відміну треба здійснювати поступово.
 - Порадьте народжувати у лікарні.
 - Під час пологів введіть 1 мг вітаміну К в/м новонародженій дитині для попередження геморагічного захворювання.
- » При годуванні грудьми карбамазепін є кращим вибором порівняно з іншими препаратами.



ДИТИНА/ПІДЛІТОК

Проблема: вплив протиепілептичних ліків на розвиток та/або поведінку

- » Ведіть розлад порушення розвитку у дітей, які його мають. Перейдіть до » ДПП.
- » Якщо можливо, уникайте призначення фенobarбіталу дітям із поведінковими розладами. Ведіть розлад. Перейдіть до » ДПП.

ВІЛ

ЛЮДИНА, ЯКА ЖИВЕ З ВІЛ

Проблема: взаємодія протиепілептичних та антиретровірусних препаратів

- » За можливості зверніть увагу на особливості взаємодії препаратів для проведення антиретровірусної терапії та призначення протиепілептичного лікарського засобу.
- » Кращим вибором є **вальпроат** з огляду на меншу взаємодію з іншими лікарськими засобами.
- » **✗** ПО МОЖЛИВОСТІ УНИКАЙТЕ ПРИЗНАЧЕННЯ ФЕНІТОЇНУ ТА КАРБАМАЗЕПІНУ.

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ

2.1 Психосоцвіта

Надайте інформацію про те, що таке конвульсії/епілепсія, та про важливість медикаментозного лікування.

- » «Конвульсії спричиняються надмірною електричною активністю головного мозку. Вони не спричиняються чаклунством або духами».
- » «Епілепсія – це хвороба, коли повторюються конвульсії».
- » «Це хронічний розлад, **але якщо приймати ліки так, як призначено лікарем, у переважній більшості людей він піддається контролю**».
- » Особа може мати кілька людей, які допомагатимуть їй під час конвульсій. Обговоріть це з особою.
- » Попросіть людину інформувати вас, якщо вона звертається за допомогою до цілителів чи нетрадиційної медицини, демонструючи повагу до такого рішення, але наголошуйте на необхідності отримувати медичну допомогу в ЗОЗ. Також людину потрібно поінформувати про те, що поєднання медикаментів і рослинних препаратів іноді викликає побічні реакції, тому медичним працівникам необхідно знати про всі препарати, які особа приймає.

КЛІНІЧНА ПОРАДА

- » Судоми, які тривають більше 5 хвилин, є невідкладним станом та потребують невідкладної допомоги.
- » Переважна більшість людей із епілепсією може вести нормальне життя за умови гарної прихильності до лікування.

Надайте інформацію про те, як доглядачі можуть надавати допомогу вдома, якщо у людини почалися конвульсії.

- » Покладіть людину на бік, голова має бути повернута, щоб було легше дихати.
- ❌ НЕ КЛАДІТЬ НИЧОГО В РОТ ЛЮДИНИ ТА НЕ ОБМЕЖУЙТЕ ЇЇ ФІЗИЧНО.
- » Переконайтеся в тому, що людина нормально дихає.
- » Залишайтеся поруч із людиною, допоки не минуть конвульсії та свідомість людини не відновиться.
- » Іноді люди з епілепсією знають, що зараз почнеться напад. У разі такого відчуття їм слід лягти у якомусь безпечному місці.
- » Епілепсія не заразна. Ви не можете захворіти на цей розлад, коли допомагаєте людині, у якої конвульсії.

Надайте інформацію про те, коли слід звертатися за медичною допомогою. 


- » Якщо у людини з епілепсією труднощі з диханням під час конвульсій, їй потрібна невідкладна медична допомога.
- » Якщо у людини з епілепсією напад триває довше 5 хвилин, а вона перебуває не в ЗОЗ, її потрібно туди відвезти.
- » Якщо людина з епілепсією не приходить до тями після завершення конвульсій, її потрібно відвезти до ЗОЗ.

2.2 Підтримуйте повсякденне функціонування та участь у житті спільноти

- » **Перейдіть до модуля «Основні принципи допомоги та клінічної практики» (ОПД)** для отримання інформації про втручання, які посилюють функціонування у повсякденній діяльності та в житті спільноти.
- » **Окрім того, поінформуйте доглядачів та особу з епілепсією про таке:**
 - Люди з епілепсією можуть вести нормальне життя. Вони можуть одружуватися та мати дітей.
 - Батькам не слід вилучати дітей з епілепсією зі школи.
 - Люди з епілепсією можуть працювати практично на будь-якій роботі. Проте їм слід уникати професій із високим ризиком травматизації себе або інших (напр., робота з важким машинним обладнанням).
 - Людям з епілепсією слід уникати приготування їжі на відкритому вогні та плавання наодинці.
 - Людям з епілепсією слід уникати надмірного вживання алкоголю та психоактивних речовин, недосипання або відвідування місць із проблісковим освітленням.
 - Слід звернути увагу на норми місцевого законодавства стосовно епілепсії та керування автомобілем.
 - Людям з епілепсією можуть надаватися пільги, пов'язані з інвалідністю.
 - Програми для людей з епілепсією на рівні спільноти можуть допомагати з роботою, а також надавати підтримку особі з цим розладом і її родині.


ФАРМАКОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ

2.3 Призначте лікування протиепілептичними препаратами


- » Виберіть той препарат, який буде доступний постійно.
- »  Якщо йдеться про особливу групу населення (діти, жінки дітородного віку, люди, які живуть із ВІЛ), див. відповідний підрозділ цього модуля.
- » Починайте з одного медикаменту у найнижчій дозі.
- » Підвищуйте дозу повільно, до того рівня, на якому конвульсії контролюються.
- » Якщо можливо, контролюйте загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові та функцію печінки.

УВАГА!





- » Перевіряйте **взаємодію лікарських засобів**. При одночасному прийомі протиепілептичні препарати можуть підвищувати або знижувати дію інших протиепілептичних препаратів. Протиепілептичні лікарські засоби також можуть зменшувати дію гормональних протизаплідних засобів, імунодепресантів, антипсихотичних препаратів, метадону та деяких антиретровірусних препаратів.
- » В окремих випадках вони можуть спричинити серйозне пригнічення діяльності кісткового мозку, реакції гіперчутливості, у тому числі синдром Стівенса-Джонсона, зміни у метаболізмі вітаміну D та геморагічний розлад з дефіцитом вітаміну K у новонароджених.

- »  По можливості уникайте призначення вальпроату натрію вагітним жінкам через **ризик розвитку дефекту нервової трубки**.
- » Прийом усіх протисудомних медикаментів слід припиняти повільно, оскільки різке припинення може призвести до судом.

ТАБЛИЦЯ 1: Протиепілептичні лікарські засоби

Медикамент	Дозування перорально	Побічні реакції	Протипоказання / застереження
КАРБАМАЗЕПІН	<p>Дорослі: Розпочніть зі 100–200 мг на добу за 2–3 прийоми. Підвищуйте щотижня на 200 мг (максимальна доза – 1400 мг на добу).</p> <p>Діти: Розпочніть з 5 мг/кг на добу за 2–3 прийоми. Підвищуйте щотижня на 5 мг/кг на добу (максимальна доза – 40 мг/кг на добу АБО 1400 мг на добу).</p> <p> Вагітні жінки та жінки, які годують грудьми: Призначати з обережністю.</p>	<p>Поширені: Сонливість, сплутаність, запаморочення, атаксія, двоїння в очах, нудота, діарея, доброякісна лейкопенія.</p> <p>Серйозні: Гепатотоксичність, уповільнення внутрішньосерцевої провідності, низький рівень натрію.</p>	<p>Обережно призначати пацієнтам із захворюваннями крові у минулому, захворюваннями нирок, печінки або серця.</p> <p>Може знадобитися коригування</p>

ТАБЛИЦЯ 1: Протиепілептичні лікарські засоби (продовження)

Медикамент	Дозування перорально	Побічні реакції	Протипоказання / застереження
ФЕНОБАРБІТАЛ	<p>Дорослі: Розпочніть з 60 мг на добу за 1–2 прийоми. Підвищуйте щотижня на 2,5–5 мг (максимальна доза – 180 мг на добу).</p> <p>Діти: Розпочніть з 2–3 мг/кг на добу за 2 прийоми. Підвищуйте щотижня на 1–2 мг/кг на добу, залежно від переносимості (максимальна доза – 6 мг на добу).</p>	<p>Поширені: сонливість, гіперактивність у дітей, атаксія, ністагм, сексуальна дисфункція, депресія.</p> <p>Серйозні: Печінкова недостатність (реакція гіперчутливості), зниження мінеральної щільності кісткової тканини.</p>	<p>Протипоказано пацієнтам із гострою переміжною порфірією.</p> <p>Нижчі дози для пацієнтів із захворюваннями нирок або печінки.</p>
ФЕНІТОЇН	<p>Дорослі: Розпочніть з 150–200 мг на добу за 2 прийоми. Підвищуйте на 50 мг на добу кожні 3–4 тижні (максимальна доза – 400 мг на добу).</p> <p>Діти: Розпочніть з 3–4 мг/кг на добу за 2 прийоми. Підвищуйте на 5 мг/кг на добу кожні 3–4 тижні (максимальна доза – 300 мг на добу).</p> <p> Вагітні жінки та жінки, які годують грудьми: Уникайте призначення.</p> <p> Люди похилого віку: Призначайте нижчі дози.</p>	<p>Поширені: сонливість, сплутаність, запаморочення, тремор, м'язове посмикування, атаксія, двоїння в очах, ністагм, нерозбірлива мова, нудота, блювання, закріп.</p> <p>Серйозні: гематологічні порушення, гепатит, поліневропатія, гіпертрофія ясен, акне, лімфаденопатія, посилення суїцидального мислення.</p>	<p>Нижчі дози для пацієнтів із захворюваннями нирок або печінки.</p>
ВАЛЬПРОАТ НАТРІЮ	<p>Дорослі: Розпочніть з 400 мг на добу за 2 прийоми. Підвищуйте щотижня на 500 мг на добу (максимальна доза – 3000 мг на добу).</p> <p>Діти: Розпочніть з 15–20 мг/кг на добу за 2–3 прийоми. Підвищуйте щотижня на 15 мг/кг на добу (максимальна доза – 15–40 мг/кг на добу).</p> <p> Вагітні жінки: Уникайте призначення.</p> <p> Люди похилого віку: Призначайте нижчі дози.</p>	<p>Поширені: сонливість, головний біль, тремор, атаксія, нудота, блювання, діарея, набір ваги, тимчасове випадіння волосся.</p> <p>Серйозні: порушення функції печінки, тромбоцитопенія, лейкопенія, дрімота/сплутаність (спричинена вальпроатом гіперамоніємічна енцефалопатія, ознака токсичності), печінкова недостатність, геморагічний панкреатит.</p>	<p>Призначати з обережністю за наявності або підозри на захворювання печінки.</p> <p>Взаємодія лікарських засобів: концентрація вальпроату знижується при взаємодії з карбамазепіном, підвищується при взаємодії з аспірином.</p>



ЕПІ 3 » Подальший супровід

1



РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЧАСТОТИ НАСТУПНИХ КОНСУЛЬТАЦІЙ

- » Повторні консультації мають відбуватися кожні 3-6 місяців.



ОЦІНІТЬ ПОТОЧНИЙ СТАН ЛЮДИНИ

Чи знизилася у людини частота конвульсій більше ніж на 50 %?

НІ

ТАК

ЯКЩО СТАН ЛЮДИНИ НЕ ПОКРАЩУЄТЬСЯ ПРИ ПРИЙОМІ ПРИЗНАЧЕНОЇ ДОЗИ:

- » Перевірте прихильність до прийому медикаментів.
- » Розгляньте за потреби можливість збільшити дозу медикаменту до максимальної за умови, що небажані реакції відсутні.
- » Якщо відповідь на лікування все одно недостатня, – розгляньте можливість заміни медикаменту. Новий медикамент повинен прийматися в оптимальній дозі до того, як розпочнеться повільна відміна першого.
- » Якщо відповідь на лікування все одно недостатня, – перегляньте діагноз.  – СКЕРУЙТЕ ДО СПЕЦІАЛІСТА.
- » Проводьте повторні консультації частіше. 




КЛІНІЧНА ПОРАДА

- » **НЕБАЖАНІ РЕАКЦІЇ** (напр., дрімота, ністагм, диплопія, атаксія) є наслідком завиСОких доз медикаменту для цієї людини.
- » Якщо ви спостерігаєте **ІДЮСИНКРАТИЧНУ РЕАКЦІЮ** (алергічну реакцію, пригнічення діяльності кісткового мозку, печінкову недостатність), замініть протиепілептичний лікарський засіб.

2

МОНІТОРИНГ ЛІКУВАННЯ

Під час кожної зустрічі:

- » Оцінюйте, чи є побічні реакції на медикаменти, у тому числі небажані та ідіосинкратичні реакції (клінічно та за допомогою лабораторного обстеження, якщо можливо).
- » Проводьте психоосвіту та переглядайте психосоціальні втручання. 
- » Чи особа є жінкою дітородного віку та розглядає можливість завагітніти? Якщо так, проконсультуйтеся зі спеціалістом. 
- » Чи у людини є нові проблемні симптоми? Перевірте, чи немає у людини нових симптомів депресії або тривоги з огляду на високий рівень їхньої коморбідності з епілепсією.
- » Чи пацієнт приймає якісь нові ліки, які можуть вступати у взаємодію? (Багато протисудомних препаратів вступають у взаємодію з іншими медикаментами). Якщо так, проконсультуйтеся зі спеціалістом. 

3

ЯКЩО ДОЦІЛЬНО, РОЗГЛЯНЬТЕ МОЖЛИВІСТЬ ВІДМІНИ ПРЕПАРАТІВ

Чи у людини не було конвульсій упродовж останніх кількох років?

НІ

ТАК

ЯКЩО З МЕДИКАМЕНТАМИ НЕМАЄ ПРОБЛЕМ

- » Продовжуйте лікування у тій самій дозі. *Правильною дозою є найнижча терапевтично ефективна доза, яка дає змогу контролювати судомі за мінімальних побічних реакцій.*
- » Продовжуйте ретельно спостерігати за станом людини та переглядайте можливість припинення прийому препаратів після того, як у людини не буде судомі принаймні два роки.

- » Обговоріть ризик відновлення судомі із особою/її доглядачами (якщо причиною епілепсії є травма голови, інсульт або нейроінфекція, без прийому препаратів підвищується ризик повернення судомі), а також ризики та переваги припинення прийому медикаментів.
- » Якщо ви дійшли згоди, поступово відмінійте лікарський засіб, знижуючи дозу упродовж 2 місяців і уважно спостерігаючи, чи не поновлюються в особи судомі. 

ДИТЯЧІ ТА ПІДЛІТКОВІ ПСИХІЧНІ І ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ

У цьому модулі йдеться про оцінку та ведення порушень розвитку, поведінкових розладів та емоційних розладів у дітей і підлітків.

РОЗЛАДИ РОЗВИТКУ – це загальний термін, який включає у себе такі розлади, як інтелектуальні порушення та розлади спектра аутизму. Ці розлади зазвичай починаються у дитинстві, характеризуються порушенням або відставанням функцій, пов'язаних із розвитком центральної нервової системи, і мають стійкий перебіг на відміну від більшості інших психічних розладів із ремісіями та рецидивами.

РОЗЛАДИ ПОВЕДІНКИ – це загальний термін, який включає у себе такі окремі розлади, як розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) і поведінкові розлади. Поведінкові симптоми різного ступеня важкості є надзвичайно поширеними серед населення. Діагноз розладу поведінки дітям і підліткам має встановлюватись лише за наявності психологічних, соціальних, освітніх або пов'язаних із зайнятістю порушень помірного або важкого ступеня, які проявляються у різних середовищах.

РОЗЛАДИ ЕМОЦІЙ є однією з основних пов'язаних із психічним здоров'ям причин глобального тягара хвороб серед молоді. Для емоційних розладів характерні підвищений рівень тривоги, депресії, страху та соматичних симптомів.

Діти і підлітки часто мають симптоми більш ніж одного розладу та іноді симптоми частково збігаються. Якість домашнього та соціально-освітнього середовища впливає на добробут та функціонування дітей і підлітків. Критично важливими елементами плану оцінки та ведення є вивчення психосоціальних стресогенних чинників і робота з ними, а також дослідження можливостей для посилення підтримки.

ДПП » Короткий огляд




ОЦІНКА

- » Проведіть оцінку на наявність проблем із розвитком
- » Проведіть оцінку на наявність проблем з увагою або наявність гіперактивності
- » Проведіть оцінку на наявність проблем з емоціями. У підлітків проведіть оцінку на наявність помірної/важкої депресії
- » Проведіть оцінку на наявність непослуху, зухвалої та агресивної поведінки, яка повторюється
- » Проведіть оцінку на наявність інших пріоритетних ПНПР-розладів
- » Проведіть оцінку домашнього середовища
- » Проведіть оцінку шкільного середовища



ВЕДЕННЯ

- » **Протокол ведення**
 1. Затримка/розлад розвитку
 2. Проблеми із поведінкою
 3. Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ)
 4. Розлад поведінки
 5. Проблеми з емоціями
 6. Емоційні розлади та помірна/важка депресія у підлітків
- »  Психосоціальні втручання



Подальший супровід

ТАБЛИЦЯ 1: ПОШИРЕНІ ПРОЯВИ ДИТЯЧИХ ТА ПІДЛІТКОВИХ ПСИХІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ, ЗА ВІКОВОЮ ГРУПОЮ

Інформація може бути надана батьками/підручальниками, самою дитиною або отримана під час обстеження

	РОЗЛАДИ РОЗВИТКУ	ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ	ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ
Немовлята та діти раннього віку (вік <5 років)	<ul style="list-style-type: none"> – Поганий апетит, затримка фізичного розвитку, слабкий м'язовий тонус, відставання від очікуваних для відповідного віку норм розвитку (напр., посмішка, сидіння, взаємодія з іншими, розподіл уваги, ходіння, мова, навички, пов'язані із туалетом) 		<ul style="list-style-type: none"> – Надмірна плаксивість, намагання постійно перебувати біля піклувальників, завмирання (непорушна поза і мовчазність) та/або напади люті – Надзвичайна сором'язливість або зміни у функціонуванні (напр., поява таких станів, як мимовільне сечовипускання чи дефекація та/або смоктання пальця) – Зменшення ініціативи у грі та соціальній взаємодії – Проблеми зі сном і харчуванням
Діти середнього віку (6–12 років)	<ul style="list-style-type: none"> – Затримка у розвитку навичок читання та письма – Затримка у вмінні доглядати за собою (одягання, купання, чищення зубів) 	<p>4–18 років</p> <ul style="list-style-type: none"> – Надмірна гіперактивність: часте бігання навколо, надзвичайні труднощі всидіти на місці, надмірна балакучість або постійне перебування в русі – Надмірна неухважність, розпорошеність уваги, повторюване припинення виконання завдань до їх завершення та переключення на іншу діяльність – Надмірна імпульсивність: часте ініціювання якоїсь діяльності, не продуманої заздалегідь – Повторювана та постійна поведінка, яка докучає іншим (напр., незвичайно часті та сильні напади люті, жорстока поведінка, стійка виражена неслухняність, крадіжки) – Раптові зміни у поведінці або у стосунках з однолітками, зокрема відчуженість та гнів 	<ul style="list-style-type: none"> – Повторювані симптоми, пов'язані з фізичним станом (напр., біль у проєкції шлунку, головний біль, нудота), які неможливо пояснити – Небажання або відмова ходити до школи – Надзвичайна сором'язливість або зміни у функціонуванні (напр., поява таких станів, як мимовільне сечовипускання чи дефекація та/або смоктання пальця)
Підлітки (13–18 років)	<ul style="list-style-type: none"> – Низька успішність у школі – Труднощі із розумінням завдань – Труднощі у соціальній взаємодії та у пристосуванні до змін 		<ul style="list-style-type: none"> – Проблеми із настроєм, тривога або хвилювання (напр., гнівливість, здатність легко дратуватися, розчарований або пригнічений настрій, надзвичайно сильні або швидкі та неочікувані зміни настрою, емоційні вибухи), надмірне переживання стресу – Зміни функціонування (напр., труднощі з концентрацією, низька успішність у школі, часте бажання бути на самоті або залишатися вдома)
Діти усіх вікових груп	<ul style="list-style-type: none"> – Труднощі із виконанням повсякденних справ, які вважаються нормальними для відповідного віку; труднощі із розумінням завдань; труднощі у соціальній взаємодії та у пристосуванні до змін; труднощі або дивацтва у спілкуванні; обмежуючі /повторювані моделі поведінки, інтересів і діяльності 		<ul style="list-style-type: none"> – Надмірний страх, тривога перед певними ситуаціями чи об'єктами або їх уникання (напр., розлука з батьками/піклувальниками, соціальні ситуації, певні тварини або комахи, висота, закритий простір, вид крові або травми) – Зміни у звичках, пов'язаних із сном і харчуванням – Зменшення інтересу до діяльності або участі у ній – Опозиційна поведінка або поведінка, спрямована на привернення уваги



ДПП » Оцінка

ПОШИРЕНІ ПРОЯВИ ДИТЯЧИХ ТА ПІДЛІТКОВИХ ПСИХІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ

- **Дитину/підлітка оглядають у зв'язку зі скаргами на стан фізичного здоров'я або проводять загальне медичне обстеження, при цьому у дитини є:**
 - будь-які скарги, що є типовими для емоційних, поведінкових розладів або порушень розвитку (див.: **Таблиця 1**)
 - такі фактори ризику, як неправильне харчування, насильство та/або занедбаність, часті хвороби, хронічні захворювання (напр., ВІЛ/СНІД або відомо про ускладнення під час народження)
- **Занепокоєння батьків/піклувальників з приводу того, що у дитини/підлітка:**
 - труднощі з тим, щоб не відставати від однолітків або виконувати повсякденну діяльність, яка вважається нормальною для цього віку
 - є особливості поведінки (напр., занадто активна, агресивна, часті та/або сильні напади люті, часті бажання залишитися на самоті, відмова займатися повсякденною діяльністю або ходити до школи)
- **Занепокоєння вчителя з приводу того, що дитина/підліток:**
 - наприклад, легко відволікається, заважає у класі, часто потрапляє у неприємності, відчуває складнощі із виконанням шкільних завдань
- **Занепокоєння медичного працівника у спільноті або соціального працівника через те, що у дитини/підлітка:**
 - наприклад, поведінка, яка порушує правила або закони, фізична агресія вдома або у спільноті

1

ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ НА НАЯВНІСТЬ РОЗЛАДІВ РОЗВИТКУ



КЛІНІЧНА ПОРАДА

- » Підліткам завжди слід надавати можливість брати участь у зустрічі самостійно, без присутності батьків/піклувальників.
- » Поясніть, що ваша розмова є конфіденційною.
- » Поясніть, у яких випадках ви надаватимете інформацію батькам або іншим дорослим.
- » Вивчіть скарги дитини/підлітка разом із нею та її родичем/піклувальником.

Проведіть оцінку усіх сфер: рухової, когнітивної, соціальної, комунікаційної та адаптаційної

» У випадку немовлят та дітей раннього віку:

Чи є у дитини якісь труднощі із досягненням вікових норм в усіх сферах розвитку?

» У випадку дітей старшого віку та підлітків:

Чи є у дитини труднощі, пов'язані зі школою (навчання, читання, письмо), спілкуванням та взаємодією з іншими, доглядом за собою та повсякденними домашніми справами?

ПЕРЕЙДІТЬ на **КРОК 2**

НІ

ТАК

Підозра на ЗАТРИМКУ/РОЗЛАД РОЗВИТКУ

Чи є ознаки/симптоми, які дали б змогу припустити таке:

- дефіцит поживних речовин, зокрема дефіцит йоду
- анемія
- неправильне харчування
- гостре або хронічне інфекційне захворювання, у тому числі інфекції вуха та ВІЛ/СНІД

НІ

ТАК

» Ведіть ці розлади згідно із Інтегрованим веденням хвороб дитячого віку (Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) (www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet) або іншими наявними настановами.

Проведіть оцінку на наявність порушень зору та/або слуху:

Для оцінки зору перевірте, чи дитина може:

- подивитися Вам в очі
- стежити очима та повертати головою за предметом, що рухається
- схопити предмет
- впізнавати знайомих людей


Для оцінки слуху перевірте, чи дитина може:

- повернути голову, щоб подивитися на когось, хто розмовляє позаду неї
- відреагувати на гучний звук
- вимовляти багато різних звуків: «тата», «дада», «баба» (якщо це немовля)

НІ

ТАК

» ПРОКОНСУЛЬТУЙТЕСЯ ЗІ СПЕЦІАЛІСТОМ ЩОДО ПОДАЛЬШОЇ ОЦІНКИ 

» Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ № 1** 

2

Проведіть оцінку на наявність порушень уваги або гіперактивності

Чи дитина/підліток:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| - надмірно активна(ний)? | - легко відволікається, зазнає труднощів щодо завершення завдань? |
| - неспроможна(ний) залишатися на місці упродовж тривалого часу? | - постійно перебуває у русі? |

ТАК

НІ

ПЕРЕЙДІТЬ на **КРОК 3**



Чи симптоми є стійкими, важкими та призводять до значних труднощів у повсякденному функціонуванні? Чи ВСЕ з нижченаведеного має місце?

- Чи симптоми зберігаються у різних середовищах?
- Чи вони спостерігалися упродовж принаймні 6 місяців?
- Чи вони не є характерними для цього вікового періоду розвитку дитини/підлітка?
- Чи наявні значні труднощі повсякденного функціонування у сфері особистого, родинного, соціального життя, освіти, зайнятості та інших сферах?

ТАК

НІ

Ймовірно, це не РДУГ

Розгляньте можливість ПРОБЛЕМ ІЗ ПОВЕДІНКОЮ

Розгляньте можливість РДУГ

» Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ № 2**

ПЕРЕЙДІТЬ на **КРОК 3**

Виключіть стани фізичного здоров'я, які можуть нагадувати РДУГ
 Чи у дитини/підлітка є щось із наступного:

- хвороби щитоподібної залози
- гостре або хронічне інфекційне захворювання, у тому числі ВІЛ/СНІД
- неконтрольований біль, напр. через інфекцію вуха, серповидноклітинну анемію

НІ

ТАК

» Ведіть стан фізичного здоров'я

» Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ № 3**

3

**ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ
НА НАЯВНІСТЬ РОЗЛАДУ ПОВЕДІНКИ**

Чи у дитини/підлітка відзначаються повторювані непослух, агресивна або зухвала поведінка, наприклад:

- суперечки з дорослими
- ігнорування або відмова виконувати прохання чи дотримуватись правил
- надзвичайна дратівливість/гнів
- часті та сильні напади люті («істерики»)
- труднощі з порозумінням з іншими
- провокаційна поведінка
- надмірна войовничість або булінг
- жорстокість до тварин або людей
- значне руйнування майна, підпали
- крадіжки, повторювана брехня, прогули школи, втечі з дому

ПЕРЕЙДІТЬ
на **КРОК** 4

4

Ймовірно, це не
РОЗЛАД ПОВЕДІНКИ

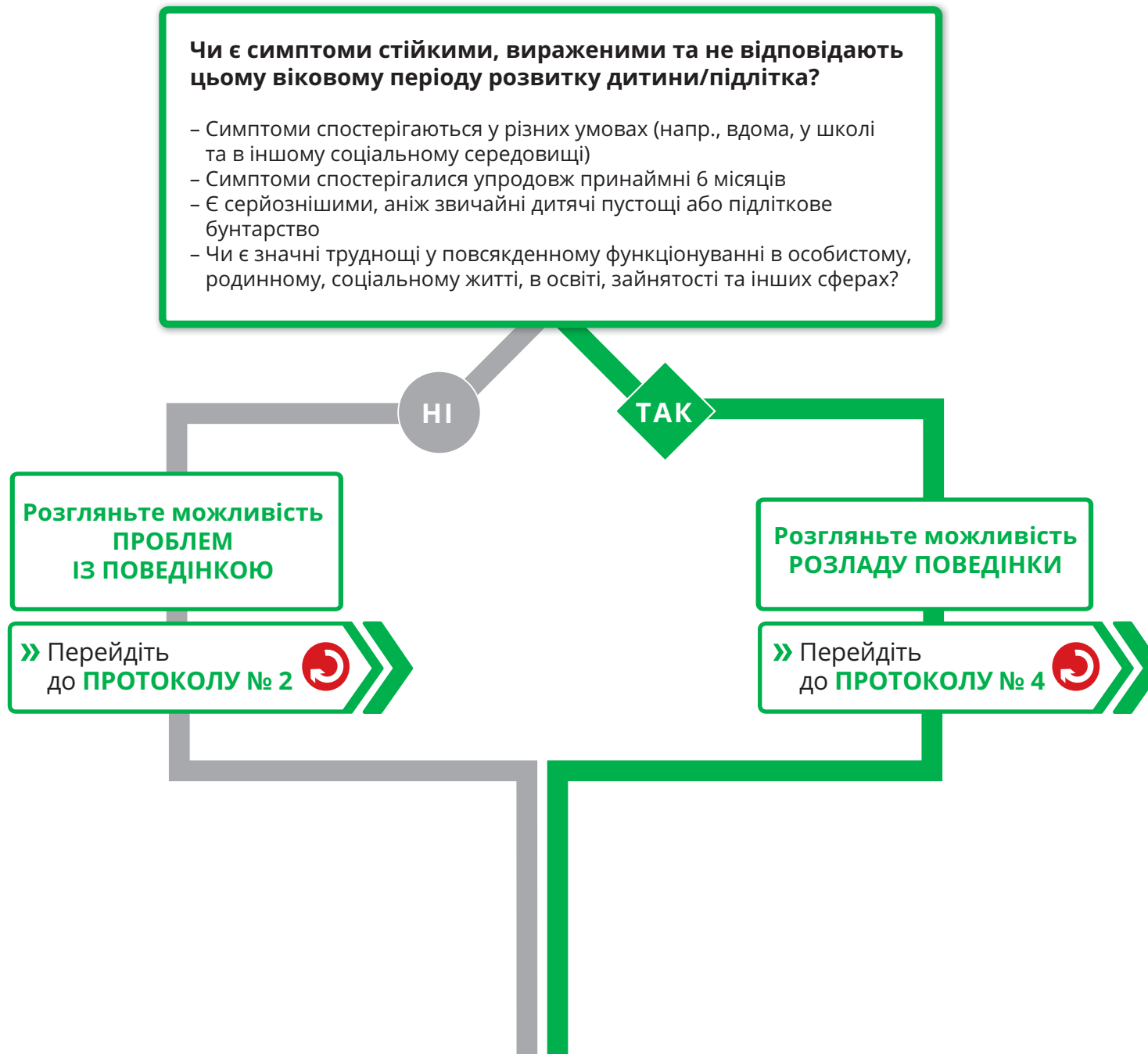
НІ

ТАК



**КЛІНІЧНА ПОРАДА: РУЙНІВНА АБО СКЛАДНА ПОВЕДІНКА
У ДІТЕЙ/ПІДЛІТКІВ, ЩО Є ХАРАКТЕРНОЮ ДЛЯ ПЕВНОГО ВІКУ**

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Немовлята та діти
раннього віку
(18 місяців – 5 років) | - Відмовляються робити те, що їм сказано, порушують правила, сперечаються, скиглять, перебільшують, говорять неправду, заперечують, що зробили щось неправильно, бувають фізично агресивні та звинувачують інших у своїй неправильній поведінці |
| | - Короткі напади люті («істерики») – емоційні вибухи з плачем, криком, биттям тощо, які зазвичай тривають менше 5 і не більше 25 хвилин та стаються менше 3 разів на тиждень. «Істерики», типові для цього періоду розвитку, не призводять до самоушкоджень або частих випадків фізичної агресії стосовно інших, і дитина зазвичай може невдовзі заспокоїтися |
| Діти середнього
віку (6–12 років) | - Уникання або затримка виконання завдань, скарги або суперечки з дорослими або іншими дітьми, час від часу втрата самовладання |
| Підлітки
(13–18 років) | - Випробовування правил та обмежень, вислови, що правила та обмеження несправедливі та непотрібні, періодична грубість, зневажливість, суперечки або зухвалість стосовно дорослих |



4

ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ НА НАЯВНІСТЬ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ
(тривалий стрес, який порушує функціонування, з переживанням суму, боязкості, тривоги або дратівливості)

Спитайте, чи дитина/підліток:

- часто відчуває гнівливість, легко дратується, пригнічена/-ний або сумна/-ний?
- втратив/-ла інтерес до діяльності або не отримує від неї задоволення?
- багато хвилюється або часто здається стривоженим/-ною?
- має багато страхів або легко лякається?

- часто скаржиться на головний біль, біль у животі або на те, що захворів/-ла?
- часто відчувається нещасним/-ною, занепалим/-ою духом, плаксивим/-ою?
- уникає або дуже не любить певних ситуацій (напр., бути окремо від батьків/підручальників, знайомитися з новими людьми або перебувати у замкнутому просторі)?

ПЕРЕЙДІТЬ на **КРОК 5**

НІ

ТАК



КЛІНІЧНА ПОРАДА: СТРАХИ І ТРИВОГИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, ЯКІ Є ХАРАКТЕРНИМИ ДЛЯ ПЕВНОГО ВІКУ

- | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Немовлята (9 місяців – 2 роки) | - Страх перед незнайомцями, переживання стресу у разі відокремлення від піклувальників |
| Діти раннього віку (2-5 років) | - Страх бурі, вогню, води, темряви, жахливих сновидінь і тварин |
| Діти середнього віку (6-12 років) | - Страх перед чудовиськами, привидами, мікробами, природними катастрофами, фізичними хворобами та серйозними травмами
- Тривога, пов'язана зі школою або із виступами перед іншими |
| Підлітки (13-18 років) | - Страх бути відторгненим однолітками, страх перед публічними виступами, соматичними хворобами, медичними процедурами, катастрофами (напр., війною, терористичними атаками, природними катастрофами) |

Чи є значні труднощі у повсякденному функціонуванні в особистому, родинному, соціальному житті, освіті, зайнятості та інших сферах?

ТАК

НІ

Розгляньте можливість ПРОБЛЕМ З ЕМОЦІЯМИ

» Перейдіть до ПРОТОКОЛУ № 5

ПЕРЕЙДІТЬ на КРОК 5

Розгляньте можливість ЕМОЦІЙНОГО РОЗЛАДУ

Виключіть стани фізичного здоров'я, які можуть нагадувати або посилювати емоційні розлади.

Чи є якісь ознаки/симптоми, які дали б змогу припустити:

- | | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - захворювання щитоподібної залози | - надмірну вагу | - побічні реакції на медикаменти (напр., на кортикостероїди або інгаляції форми протиастматичних препаратів) |
| - інфекційне захворювання, у тому числі ВІЛ/СНІД | - неправильне харчування | |
| - анемію | - астму | |

» Ведіть стан фізичного здоров'я

ТАК

НІ

» Перейдіть до ПРОТОКОЛУ № 6

У підлітків проведіть оцінку на наявність помірної/важкої депресії

Чи є у підлітка проблеми з настроєм (відчуває гнівливість, пригніченість або сум) ЧИ він/вона втратив(-ла) інтерес до діяльності або не отримує від неї задоволення?

ТАК

НІ

ПЕРЕЙДІТЬ на **КРОК 5**

Чи було у підлітка кілька додаткових симптомів із наведених нижче у переважній кількості днів протягом останніх 2 тижнів?

- Порушення сну або занадто тривалий сон
- Значні зміни в апетиті або вазі (набір або втрата ваги)
- Переконавання у нікчемності або надмірне відчуття провини

- Втома або втрата енергії
- Знижена концентрація
- Нерішучість
- Помітна ажитація або фізичне занепокоєння

- Говорить або рухається повільніше, ніж зазвичай
- Відчуття безнадії
- Суїцидальні думки або дії

Чи є значні труднощі у повсякденному функціонуванні в особистому, родинному, соціальному житті, освіті, зайнятості та інших сферах?

ТАК

НІ


Розгляньте можливість ПРОБЛЕМ З ЕМОЦІЯМИ

» Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ № 5**

ПЕРЕЙДІТЬ на **КРОК 5**

Розгляньте можливість
ДЕПРЕСІЇ

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Можуть бути присутні маячні ідеї або галюцинації. Якщо вони є, необхідно відповідним чином відкоригувати лікування депресії. **Проконсультуйтеся зі спеціалістом.** 




Виключіть наявність епізоду(-ів) манії в минулому та нормальну реакцію на нещодавню значну втрату. Див. » ДЕП.

» Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ № 6** 

5

ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ НА НАЯВНІСТЬ ІНШИХ ПРІОРИТЕТНИХ ПНПР-РОЗЛАДІВ

! ЯКЩО Є БЕЗПОСЕРЕДНЯ ЗАГРОЗА СУЇЦИДУ, ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ ТА НАДАЙТЕ ВІДПОВІДНУ ДОПОМОГУ перед тим як продовжувати, перейдіть до » СУЇ. 

Чи наявні інші супутні ПНПР-розлади? Проведіть оцінку згідно з «Головним алгоритмом» Керівництва mhGAP. Див. » ГА.

- !** Не забудьте провести оцінку на наявність розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин. Див. » ВПР.
- !** У випадку дітей із затримкою/розладами розвитку не забудьте провести оцінку на наявність епілепсії. Див. » ЕПІ.

» ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ ТА ВЕДІТЬ супутні ПНПР-розлади 

ТАК

НІ

КЛІНІЧНА ПОРАДА

- » Якщо це є прийнятним з огляду на вік дитини/підлітка і безпечним для неї/нього (напр., не у присутності родича/піклувальника, який міг жорстоко поводитися із нею/ним), спитайте прямо, чи зазнає вона/він впливу таких чинників.
- » Підліткам завжди слід пропонувати можливість спілкуватися з Вами наодинці, без присутності батьків/піклувальників.



6

ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ ДОМАШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Чи є емоційні, поведінкові проблеми або проблеми розвитку реакцією на стресову та жакливу ситуацію вдома, чи вони погіршуються через неї?

Перевірте, чи має місце наступне:

- » клінічні ознаки або будь-які клінічні свідчення з минулого, які дають змогу припустити жорстоке поводження або насильство (див. КЛІНІЧНА ПОРАДА);
- » будь-які нещодавні або поточні серйозні стресогенні чинники (напр., хвороба або смерть члена родини, складні житлові та фінансові умови, булінг або травмування).

ТАК

НІ

- » Якщо необхідно, направте дитину до служби захисту дітей
- » Вивчіть стресогенні чинники та надавайте відповідну допомогу
- » Передусім забезпечте дитині/підлітку безпеку
- » Запевніть дитину/підлітка у тому, що усі діти та підлітки мають бути захищені від насильства
- » Надайте інформацію про те, куди він/вона може звернутися по допомогу щодо будь-якого поточного насильства
- » Надайте додаткову підтримку, у тому числі – забезпечте скерування до спеціаліста
- » За необхідності та у межах своїх повноважень зв'яжіться з юридичною службою та організаціями у спільноті
- » Розгляньте можливість надання додаткової психосоціальної допомоги
- » Забезпечте відповідне подальше спостереження

КЛІНІЧНА ПОРАДА:

ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНІ ОЗНАКИ, ЯКІ ВКАЗУЮТЬ НА НАСИЛЬСТВО НАД ДИТИНОЮ

КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ

- » **Фізичне насильство**
 - травми (напр., синці, опіки, сліди від удушення або сліди ременя, батога, лозини або іншого предмета)
 - будь-які серйозні або нетипові травми без пояснення або із невідповідним поясненням
- » **Сексуальне насильство**
 - медично не пояснювані травми або симптоми поблизу геніталій або анального отвору
 - інфекції, які передаються статевим шляхом, або вагітність
 - сексуальна поведінка (наприклад, ознаки знань про сексуальність, яка не відповідає віку дитини)
- » **Зanedбаність**
 - надзвичайно брудний вигляд, непридатний одяг
 - ознаки неправильного харчування, поганий стан зубів
- » **Емоційне насильство та всі інші форми жорстокого поводження**

Будь-які раптові або значні зміни у поведінці або емоційному стані дитини/підлітка, які не мають іншого пояснення, наприклад:

 - незвичайна боязкість або сильна стресова реакція (напр., невтішний плач)
 - самоушкодження або соціальне відчуження
 - агресія або втеча з дому
 - безрозбірливе прагнення ласки від дорослих
 - поява мимовільного сечовипускання чи дефекації, смоктання пальця

АСПЕКТИ ВЗАЄМОДІЇ БАТЬКІВ/ ПІКЛУВАЛЬНИКІВ ІЗ ДИТИНОЮ/ПІДЛІТКОМ

- » Стітка нечуйна поведінка, особливо стосовно немовляти (напр., не забезпечується комфорт або піклування, коли дитина/підліток наляканий/а, відчуває біль або хворий/-а)
- » Ворожа поведінка або відторгнення
- » Використання неприйнятних погроз (напр., покинути дитину/підлітка) або суворих методів виховання

Чи у батьків/піклувальників є будь-які пріоритетні ПНПР-розлади, які можуть вплинути на їхню спроможність доглядати за дитиною/підлітком?

Передусім розгляньте можливість депресії або розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин



КЛІНІЧНА ПОРАДА

» Депресивний розлад родича/піклувальника може погіршити емоційні, поведінкові розлади та розлади розвитку у дітей/підлітків

НІ

ТАК

» Проведіть оцінку на наявність у батьків/піклувальників ПНПР-розладів та надайте допомогу.

» **Перейдіть до Ведення 2.6** (Підтримка батьків/піклувальників)

Чи створені для дитини належні умови для гри та соціальної взаємодії/спілкування вдома?

Задайте такі питання:

- » Із ким дитина проводить найбільше часу?
- » Як Ви/вони граєте з дитиною? Як часто?
- » Як Ви/вони спілкуєтесь із дитиною? Як часто?

НІ

ТАК

» Надайте поради про відповідне для цього періоду розвитку заохочення та виховання. Спирайтеся на «Догляд задля розвитку дитини» (Care for Child Development) https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/

» Розгляньте необхідність надання додаткової підтримки дитині, зокрема скерування до служби захисту дітей, якщо така є

7

ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ ШКІЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА

Чи дитина/підліток ходить до школи?

ТАК

НІ

» Надайте інформацію про освітні послуги та поінформуйте батьків/піклувальників про важливість того, щоб дитина/підліток якомога частіше ходив/-ла до школи, наскільки це можливо

КЛІНІЧНА ПОРАДА

» Якщо це є прийнятним з огляду на вік дитини/підлітка і безпечним для неї/нього, спитайте прямо, чи вона/він зазнає впливу таких чинників



Чи дитина/підліток:

- » зазнає булінгу, чи до неї чіпляються або висміюють?
- » не в змозі брати участь у навчальній діяльності та вчитися?
- » не хоче/відмовляється ходити до школи?

НІ

ТАК

» Після отримання згоди налагодьте контакт з учителями та іншим персоналом школи. Перейдіть до Ведення (2.7).

» Якщо дитина була відсутня у школі, спробуйте допомогти їй повернутися до школи якомога швидше та дізнайтеся про причини відсутності

» Перейдіть до ДПП 2 (Ведення)







ДПП 2 » Ведення

ПРОТОКОЛ

1


Затримка/розлад розвитку

- » Надайте інформацію про добробут дитини/підлітка (2.1)
- » Проведіть психоосвіту з дитиною та її батьками/піклувальниками та надайте поради щодо виховання. Надайте інформацію про розлади розвитку (2.2 та 2.3) 
- » Надайте підтримку батькам/піклувальникам (2.6)
- » Установіть контакт з учителями та іншим персоналом школи (2.7)
- » Зв'яжіться з іншими ресурсними організаціями, які є у спільноті, наприклад зі службою реабілітації у спільноті
- » Якщо є така можливість, запропонуйте батькам пройти тренінг з навичок батьківства (2.8)
- » Направте дітей із розладом розвитку до спеціаліста для подальшого обстеження, отримання порад щодо плану ведення дитини/підлітка та планів щодо сім'ї 
- » Забезпечте подальше спостереження щотримісяці або частіше (за потреби) 
- »  **НЕ** призначайте фармакологічне лікування

ПРОТОКОЛ

2



Проблеми з поведінкою

- » Надайте інформацію про добробут дитини/підлітка (2.1)
- » Надайте рекомендації щодо покращення поведінки (2.3)
- » Проведіть оцінку на наявність стресогенних чинників, надайте відповідну допомогу, знизьте рівень стресу та посилюйте соціальну підтримку
- » Установіть контакт з учителями та іншим персоналом школи (2.7)
- » Зв'яжіться з іншими ресурсними організаціями, які є у спільноті
- » Проводьте подальше спостереження 

ПРОТОКОЛ

3




Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ)

- » Надайте інформацію про добробут дитини/підлітка (2.1)
- » Проведіть психоосвіту з особою та її батьками/піклувальниками та надайте поради щодо виховання. Надайте рекомендації щодо покращення поведінки (2.2 та 2.3)
- » Проведіть оцінку на наявність стресогенних чинників, надайте відповідну допомогу, знизьте рівень стресу та посилюйте соціальну підтримку
- » Надайте підтримку батькам/піклувальникам (2.6)
- » Установіть контакт з учителями та іншим персоналом школи (2.7)
- » Зв'яжіться з іншими ресурсними організаціями, які є у спільноті
- » Якщо є така можливість, запропонуйте батькам пройти тренінг з навичок батьківства (2.8)
- » Розгляньте можливість поведінкових втручань, якщо вони доступні (2.8)
- » Якщо наведені вище методи лікування не спрацювали, А ТАКОЖ дитині/підлітку встановлено діагноз РДУГ, А ТАКОЖ дитині принаймні 6 років, скеруйте її до спеціаліста для лікування метилфенідатом 
- » Забезпечте подальше спостереження щотримісяці або частіше, за потреби 

ПРОТОКОЛ

4


Розлад поведінки

- » Надайте інформацію про добробут дитини/підлітка (2.1)
- » Проведіть психоосвіту з особою та її батьками/піклувальниками та надайте поради щодо виховання (2.2) 
- » Надайте рекомендації щодо покращення поведінки (2.3)
- » Проведіть оцінку на наявність стресогенних чинників, надайте відповідну допомогу, знизьте рівень стресу та посилюйте соціальну підтримку
- » Надайте підтримку батькам/піклувальникам (2.6)
- » Встановіть контакт з учителями та іншим персоналом школи (2.7)
- » Якщо є така можливість, запропонуйте батькам пройти тренінг з навичок батьківства (2.8)
- » Налагодьте контакт з іншими ресурсними організаціями, які є у спільноті
- » Забезпечте подальше спостереження щотримісяці або частіше, за потреби 
- » Розгляньте можливість поведінкових втручань, якщо вони доступні (2.8)
- »  **НЕ** призначайте фармакологічне лікування

ПРОТОКОЛ

5

Проблеми з емоціями

- » Надайте інформацію про добробут дитини/підлітка (2.1)
- » Проведіть психоосвіту із особою та її батьками/піклувальниками та надайте поради щодо виховання (2.2) 
- » Проведіть оцінку на наявність стресогенних чинників, надайте відповідну допомогу, знизьте рівень стресу та посилюйте соціальну підтримку
- » Установіть контакт з учителями та іншим персоналом школи (2.7)
- » Налагодьте контакт з іншими ресурсними організаціями, які є у спільноті

ПРОТОКОЛ

6

Емоційний розлад або депресія

- »  Фармакотерапія **НЕ** є першочерговим лікуванням
- »  **НЕ** призначайте фармакологічне лікування дітям, молодшим 12 років
- » Надайте інформацію про добробут дитини/підлітка (2.1)
- » Проведіть психоосвіту з особою та її батьками/піклувальниками (2.2 та 2.5) 
- » Надайте підтримку батькам/піклувальникам (2.6)
- » Встановіть контакт з учителями та іншим персоналом школи (2.7)
- » Налагодьте контакт з іншими ресурсними організаціями, які є у спільноті
- » Проведіть оцінку на наявність стресогенних чинників, надайте відповідну допомогу, знизьте рівень стресу та посилюйте соціальну підтримку
- » Якщо є така можливість, запропонуйте батькам пройти тренінг з навичок батьківства (2.8)
- » Розгляньте можливість скерування для проведення поведінкових втручань або міжособистісної терапії
- » У разі якщо психологічні втручання виявилися неефективними, проконсультуйтеся зі спеціалістом щодо призначення флуоксетину (але не іншого СІЗЗС або ТЦА).
Перейдіть до » **ДЕП** для отримання детальної інформації про медикаменти
- » Забезпечте подальше спостереження щомісяця або частіше (за потреби) 

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ

» Рекомендації щодо покращення поведінки можна надавати усім батькам/піклувальникам, які відзначають труднощі із поведінкою їхніх дітей, навіть якщо немає підозри на розлад поведінки



2.1 Рекомендації із забезпечення добробуту та функціонування дітей/підлітків



» Їх можна надавати усім дітям, підліткам і їхнім батькам/піклувальникам, навіть якщо немає підозри на будь-який з розладів

ЗАОХОЧУЙТЕ БАТЬКІВ/ПІКЛУВАЛЬНИКІВ:

- » проводити час зі своєю дитиною, займаючись діяльністю, яка приносить задоволення; грати та спілкуватися зі своєю дитиною/підлітком; https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/
- » вислуховувати дитину/підлітка та демонструвати їй/йому розуміння та повагу;
- » захищати її/його від будь-якого жорстокого поводження, зокрема булінгу та насильства вдома, у школі та у спільноті;
- » передбачати значні зміни у житті (пубертатний період, початок навчання у школі або народження брата/сестри) та надавати підтримку

ЗАОХОЧУЙТЕ ДИТИНУ/ПІДЛІТКА ТА ДОПОМАГАЙТЕ:

- » **достатньо спати:** заохочуйте дотримуватися певного режиму сну і приберіть телевизор та інші електронні прилади з екранами із зони, виділеної для сну/спальні;
- » **регулярно їсти:** усім дітям/підліткам потрібно їсти три рази на день (сніданок, обід і вечеря), а також мати щось для перекусу щодня;
- » **бути фізично активними:** якщо це можливо, дітям і підліткам у віці 5–17 років потрібно займатися фізичною активністю 60 хвилин на добу або більше;

це можуть бути повсякденні справи, гра або заняття спортом. Див.: www.who.int/diet_physicalactivity/publications/recommendations5_17years;

- » максимально брати участь у соціальній діяльності, такий як навчання у школі, участь у заходах у спільноті або інших соціальних заходах;
- » проводити час із друзями та членами родини, яким дитина/підліток довіряє;
- » уникати вживання наркотиків, алкоголю та нікотину.

2.2 Психосвіта для особи та її батьків/піклувальників та поради щодо виховання

- » Поясніть наявність відставання або проблему батькам/піклувальникам і дитині/підлітку відповідним чином та допоможіть їм виявити їх сильні сторони та ресурси для подолання проблеми.
- » Хваліть батьків/піклувальників та дитину/підлітка за докладені ними зусилля.
- » Поясніть батькам/піклувальникам, що виховання дитини/підлітка з емоційним, поведінковим розладом, затримкою/розладом розвитку може приносити приємні результати, але також є дуже складним.
- » Поясніть, що не можна звинувачувати людину із психічним розладом за те, що у неї є розлад.
- » Заохочуйте батьків/піклувальників бути добрими та підтримуючими, а також демонструвати свою любов і ласку.
- » Підтримуйте та захищайте права дитини та її родини. Пильнуйте дотримання прав та гідності людини.
- » Допомогайте батькам/піклувальникам формувати реалістичні очікування та заохочуйте їх налагоджувати контакт з іншими піклувальниками дітей/підлітків із подібними розладами для взаємної підтримки.

2.3 Рекомендації із покращення поведінки

ЗАОХОЧУЙТЕ БАТЬКІВ/ПІКЛУВАЛЬНИКІВ:

- » приділяти увагу з любов'ю, зокрема грати з дитиною щодня, надавати підліткам можливість поговорити з вами;
- » бути послідовними щодо того, що дитині/підлітку можна робити, а що ні. Давати дитині прості, зрозумілі та короткі інструкції про те, що їй робити, а що ні;
- » доручати дитині/підлітку зробити прості домашні справи, які відповідають її рівневі розвитку, та хвалити одразу ж після того, як вона їх виконає;
- » хвалити або винагороджувати дитину/підлітка, коли він/вона добре поводить себе, та не винагороджувати у випадку проблемної поведінки;
- » знаходити способи уникати серйозних протистоянь або передбачуваних складних ситуацій;
- » реагувати тільки на найбільш важливу проблемну поведінку та застосовувати м'які каральні методи (напр., відмінити винагороди та цікаву діяльність) нечасто порівняно з тим, скільки дитину хвалять;
- » відкласти розмови із дитиною/підлітком, доки не заспокоїться. Уникати критики, криків і образ;
- » **✗ НЕ** погрожувати та не застосовувати фізичне покарання, ніколи не застосовувати фізичне насильство до дитини/підлітка. Фізичне покарання може зашкодити стосункам між дитиною та батьками/піклувальниками; воно не працює так добре, як інші методи, і може погіршити проблеми з поведінкою;
- » заохочувати підлітків до гри, відповідної їхньому віку (напр., спорт, малювання або інші хобі), та пропонувати їм відповідну їхньому віку практичну підтримку (напр., із домашнім завданням або іншими навичками життєдіяльності).

2.4 Психосоціалізація у випадках затримки/розладу розвитку

ЗАОХОЧУЙТЕ БАТЬКІВ/ПІКЛУВАЛЬНИКІВ:

- » вивчити сильні та слабкі сторони дитини, яким чином у неї найкраще виходить навчатися, що викликає у неї стрес і що робить її щасливою, а також що призводить до проблем із поведінкою і що дає змогу їх уникнути;
- » вивчити, як дитина спілкується та реагує (використовуючи слова, жести, невербальні вирази та поведінку);
- » допомагати дитині розвиватися, долучаючись до її щоденної діяльності та гри;
- » найкраще діти навчаються під час діяльності, яка є цікавою та позитивною;
- » залучати дитину до повсякденного життя, починаючи із простих завдань, по одному завданню за один раз. Діліть складну діяльність на прості кроки, щоб дитина могла їх вивчити та отримати винагороду за кожен крок;
- » зробити режим дня передбачуваним, запланувавши стабільний час для їжі, гри, навчання та сну;
- » забезпечити дитині середовище, яке є стимулюючим: не залишати дитину годинами на самоті, коли їй немає з ким поговорити, та обмежувати час, проведений перед телевізором та за електронними іграми;
- » утримувати дитину у шкільному середовищі, допоки це можливо. Дитина має відвідувати шкільні заняття, навіть якщо вона там перебуватиме не весь день;
- » використовувати збалансовані методи виховання. Коли дитина/підліток робить щось хороше, винагороджувати її/його. Відволікати її/його від того, що їй/йому не слід робити;
- » ❌ **НЕ** використовувати погрози або фізичне покарання, коли поведінка є проблемною.

- » У людей із розладами розвитку часто можуть бути пов'язані з цим поведінкові проблеми, з якими батькам/піклувальникам важко впоратися. Див.: Рекомендації із покращення поведінки (2.3)
- » **Підтримуйте та захищайте права дитини та її родини, а також пильнуйте дотримання прав та гідності людини:**
 - навчіть батьків/піклувальників, що слід уникати розміщення дитини до спеціалізованих установ;
 - покращуйте доступ до інформації та послуг з охорони здоров'я;
 - наголошуйте на необхідності доступу до навчання у школі та інших форм освіти;
 - Наголошуйте на необхідності доступу до зайнятості;
 - підтримуйте участь у житті родини та спільноти.

2.5 Психосоціалізація у випадку емоційних проблем/розладів, у тому числі депресії у підлітків

- » Працюйте над будь-якою стресовою ситуацією у родині, наприклад, суперечки між батьками або психічний розлад одного з батьків. З'ясуйте за допомогою вчителів, чи існують несприятливі обставини у шкільному середовищі.
- » Запропонуйте варіанти для проведення якісного спільного часу разом із батьками/піклувальниками та родиною.
- » Заохочуйте дитину/підлітка продовжувати (або розпочати знову) займатися діяльністю, яка приносить задоволення, та соціальною діяльністю та підтримуйте її/його у цьому.
- » Заохочуйте дитину/підлітка регулярно займатися фізичною активністю, поступово збільшуючи час таких занять.
- » Розгляньте можливість навчити дитину/підлітка та батьків/піклувальників дихальним вправам, поступовій м'язовій релаксації та іншим методам, які поширені у відповідній культурі.
- » Установіть передбачувані процедури вранці та ввечері. Підтримуйте звичку лягати спати в один і той самий час. Установіть стабільний час дня для прийому їжі, гри, навчання та сну.
- » У випадку надмірних і нереалістичних страхів:
 - хваліть дитину/підлітка, коли вона/він пробує щось нове або сміливо чинить, або давайте за це невеличкі нагороди;
 - допомагайте дитині практикуватися у тому, як переживати складну ситуацію, роблячи по одному невеликому кроку за один раз (напр., якщо дитина боїться бути розлученою з батьками/піклувальниками, допомагайте їй поступово збільшити кількість часу, коли вона грає сама, а батьки/піклувальники перебувають десь поряд);
 - визнавайте почуття та занепокоєння дитини та заохочуйте її протистояти своїм страхам;
 - допомагайте дитині/підлітку розробити план того, як впоратися, якщо вона/він зіткнеться із ситуацією, яка лякає.
- » Поясніть, що емоційні розлади є поширеними та можуть розвинути у будь-кого. Те, що у людини розвинувся емоційний розлад, не означає, що людина слабка або лінива.
- » Емоційні розлади можуть спричинити невиправдані думки про безнадію та нікчемність. Поясніть, що такі погляди скоріш за все зміняться на краще, як тільки емоційний розлад почне зникати.
- » Приверніть увагу людини до того, що у разі якщо вона помічає думки про самошкодження або суїцид, їй слід розповісти про це особі, якій вона довіряє, та одразу ж звернутися для отримання допомоги.

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ (ПРОДОВЖЕННЯ)

2.6 Підтримка батьків/піклувальників

- » Проведіть оцінку психосоціального впливу розладу дитини/підлітка на батьків/піклувальників та запропонуйте їм підтримку у задоволенні їхніх особистих, соціальних потреб і потреб у сфері психічного здоров'я.
- » Надавайте необхідну підтримку та ресурси, потрібні у їхньому родинному житті, працевлаштуванні, соціальній діяльності та охороні здоров'я.
- » Організуйте для них догляд для перепочинку (надійні піклувальники беруть на себе догляд за дитиною на короткий період часу) для того, щоб надати основним піклувальникам перерву, особливо у випадках, коли у дитини розлад розвитку.
- » Надавайте підтримку родині, щоб впоратися із соціальними і родинними проблемами, та допомагайте застосовувати методику вирішення проблем.

2.7 Налагодження контакту з учителями та іншим персоналом школи

- » Отримавши згоду дитини/підлітка та батьків/піклувальників, зв'яжіться з учителем дитини/підлітка та надайте йому поради або розробіть план із надання підтримки дитині у навчанні та участі у шкільній діяльності.
- » Поясніть, що психічний розлад впливає на здатність дитини/підлітка навчатися, на її/його поведінку, соціальне функціонування і що є певні речі, роблячи які, вчитель може допомогти.

- » Розпитайте про наявні стресові ситуації, які можуть мати небажаний вплив на емоційний добробут і навчання дитини. Якщо дитина зазнає булінгу, порадьте вчителю, що необхідно зробити, щоб його припинити.
- » З'ясуйте, які можна застосувати стратегії, аби допомогти залучити дитину у шкільну діяльність, полегшити процес навчання, включення та участь дитини в такій діяльності.
- » **Прості поради:**
 - надавайте дитині/підлітку можливість застосовувати свої навички та сильні сторони;
 - попросіть учня сісти за першу парту;
 - дайте учню додатковий час на те, щоб зрозуміти та виконати завдання;
 - діліть великі завдання на менші та давайте учню ці менші завдання по одному;
 - більше хваліть дитину за докладені зусилля та винагороджуйте її за досягнення;
 - **✘ НЕ** використовуйте погрози, фізичне покарання або надмірну критику;
 - у випадку учнів зі значними труднощами у навчанні залучіть добровольця, який приходить на заняття та приділятиме цьому учневі індивідуальну увагу, або приставте до нього іншого учня, який може надати підтримку або допомогти у навчанні;
 - якщо дитина/підліток якийсь час не ходила/в до школи, допоможіть їй/йому якомога швидше до неї повернутися, розробивши план поступового відновлення навчання у школі. На час відновлення у школі учня треба звільнити від написання тестів та іспитів.

2.8 Коротка психологічна допомога

У цих настановах не наведено спеціальних протоколів для надання коротких психологічних втручань, таких як, наприклад, тренінг із навичок батьківства, міжособистісної терапії та поведінкової терапії. ВООЗ розробила Пакет матеріалів для тренінгу з навичок батьківства для піклувальників дітей із затримкою/порушеннями розвитку («Parent Skills Training package for caregivers of children with developmental delay/disorders»), який доступний за запитом.

ДПП 3 » Подальший супровід



КЛІНІЧНА ПОРАДА

- » У випадку підлітків для частини візитів у рамках подальшого супроводу заплануйте консультації з підлітком окремо від його батьків/піклувальників. Поясніть, що обговорення питань охорони здоров'я є конфіденційним, а також те, у яких ситуаціях буде надано інформацію батькам або іншим дорослим



РОЗЛАДИ РОЗВИТКУ

Якщо покращення не відбувається, спостерігається подальше погіршення стану, передбачається небезпека для дитини або є вплив на стан фізичного здоров'я (напр., проблеми із харчуванням),

- » НАПРАВТЕ ДО СПЕЦІАЛІСТА для проведення подальшого обстеження та порад щодо плану ведення.
- ❌ НЕ призначайте фармакологічне лікування.

РДУГ

Якщо покращення не відбувається, а дитині принаймні 6 років і вона отримувала психосоціальну допомогу упродовж 6 місяців,

- » НАПРАВТЕ ДО СПЕЦІАЛІСТА для призначення метилфенідату або проконсультуйтеся з ним щодо цього.

РОЗЛАДИ ПОВЕДІНКИ

Якщо покращення не відбувається або передбачається небезпека для підлітка,

- » НАПРАВТЕ ДО СПЕЦІАЛІСТА для проведення подальшого обстеження та отримання порад щодо плану ведення.
- ❌ НЕ призначайте фармакологічне лікування.

ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ

Якщо покращення не відбувається, а дитина/підліток отримував/-ла психосоціальну допомогу упродовж принаймні 6 місяців,

- » НАПРАВТЕ ДО СПЕЦІАЛІСТА.
- ❌ НЕ починайте фармакологічне лікування.

ДЕПРЕСІЯ

Якщо покращення не відбувається, а підліткові 12 років або більше і він отримував психосоціальну допомогу упродовж принаймні 6 місяців,

- » НАПРАВТЕ ДО СПЕЦІАЛІСТА або проконсультуйтеся з ним щодо лікування флуоксетином (не призначайте жоден інший СІЗЗС або ТЦА).

2

ПРОВЕДІТЬ ПЛАНОВУ ОЦІНКУ


Під час кожної консультації

- » У випадку дітей віком до 5 років відстежуйте розвиток дитини.
- » Проведіть оцінку на наявність будь-яких нових проблем або симптомів, пов'язаних із настроєм, поведінкою або розвитком/навчанням. У випадку підлітків проведіть оцінку на наявність погіршення настрою (гнівливості, легке роздратування або розчарування, почуття пригніченості або суму) та наявність суїцидальних думок.
- » У випадку погіршення настрою поверніться до Оцінки, Кроку 4. Перейдіть до » СУІ, якщо є думки про самогубство. Виявляйте та працюйте над психосоціальними стресогенними чинниками у домашньому, шкільному та робочому середовищі, у тому числі – щодо впливу насильства або інших форм жорстокого поводження.
- » Проведіть оцінку наявних можливостей щодо участі дитини/підлітка у родинному та соціальному житті.
- » Оцініть потреби батьків/піклувальників та наявну для родини підтримку.
- » Стежте за тим, як дитина/підліток відвідує школу.
- » Перегляньте план ведення та стежте за прихильністю до психосоціальних втручань.
- » Якщо дитина приймає лікарські засоби, перевірте її прихильність, наявність побічних реакцій та дозування.

3

ПРОВОДЬТЕ МОНІТОРИНГ ФАРМАКОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ, ЯКЩО ВОНО ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ

Додатковий моніторинг, якщо підлітку призначено флуоксетин

- » Відзначайте призначення та лікування препаратом у медичній документації.
- » **Упродовж першого місяця – щотижня, потім – щомісяця:** проводьте моніторинг наявності побічних реакцій, змін у настрої та інших симптомів.
- » Проконсультуйтеся зі спеціалістом, якщо Ви виявили серйозні побічні реакції на медикамент або небажані реакції (напр., суїцидальні думки, самоушкодження або суїцидальна поведінка, ажитація, гнівливість, тривога та безсоння, які з'явилися або посилилися). 
- » Порадьте підліткові продовжувати приймати препарат, навіть якщо він почувається краще. Необхідно продовжувати прийом медикаменту упродовж 9–12 місяців після зникнення симптомів для зменшення ризику рецидиву.
- » Порадьте не припиняти різко прийом медикаментів.
- » **Якщо симптомів немає упродовж принаймні 9–12 місяців:** обговоріть із підлітком і батьками/піклувальниками ризику та переваги припинення прийому медикаменту. Знижуйте дозу повільно, упродовж принаймні 4 тижнів, прискіпливо відстежуючи, чи не повертаються симптоми.

Додатковий моніторинг, якщо дитині призначено метилфенідат

- » Відзначайте призначення та лікування препаратом у медичній документації.
- » Відстежуйте можливе неправильне застосування препарату та відхилення від режиму лікування.
- » **Щотримісяці:** проводьте моніторинг/фіксуйте у медичній документації зріст, вагу, кров'яний тиск, побічні реакції, про які повідомляє особа, та зміни у поведінці.
- » Проконсультуйтеся зі спеціалістом, якщо Ви спостерігаєте побічні реакції на медикамент (напр., відсутність очікуваного набору ваги та зросту, підвищений кров'яний тиск, ажитація, тривога та серйозне безсоння). 
- » **Через один рік лікування:** проконсультуйтеся зі спеціалістом стосовно продовження лікування метилфенідатом.

ДЕМЕНЦІЯ

Деменція – це хронічний прогресуючий синдром, пов'язаний зі змінами у головному мозку. Хоча деменція може розвинути у будь-якому віці, найчастіше вона зустрічається серед людей похилого віку. Деменція є вагомою у світі причиною втрати працездатності у осіб старшого та похилого віку, а також залежності від інших осіб; вона має фізичний, психологічний, соціальний та економічний вплив на доглядачів, родину та суспільство в цілому.

Стани, які призводять до деменції, спричиняють зміни у психічному стані людини, її особистості та поведінці. Люди з деменцією зазвичай стикаються з порушеннями пам'яті та втратою навичок, необхідних для виконання повсякденних справ. Деменція не є частиною нормального процесу старіння. Хвороба Альцгеймера – найчастіша причина деменції, проте деменція може бути наслідком різних захворювань та уражень головного мозку. У людей з деменцією часто присутня забудькуватість або відчуття пригніченості. Іншими поширеними симптомами є

погіршення емоційного контролю, соціальної поведінки чи мотивації. Люди з деменцією можуть повністю не усвідомлювати ці зміни та не шукати допомоги. Члени родини можуть помітити проблеми з пам'яттю, зміни особистості чи поведінки, сплутаність, безцільне блукання або нетримання випорожнень.

Проте деякі люди з деменцією та їхні доглядачі можуть заперечувати або применшувати ступінь важкості втрати пам'яті та пов'язаних проблем. Деменція призводить до зниження когнітивного функціонування та зазвичай негативно впливає на такі активності повсякденного життя, як миття, одягання, харчування, дотримання особистої гігієни та користування туалетом.

Хоча лікування для повного одужання не існує, завдяки ранньому виявленню та підтримуючому лікуванню життя людей з деменцією та їхніх доглядачів може значно покращитися; а також може бути оптимізовано фізичне здоров'я, пізнання, активність і благополуччя таких людей.

ДПП » Короткий огляд





ОЦІНКА

- » Проведіть оцінку на наявність ознак деменції
- » Чи є ще якісь пояснення симптомів?
 - Виключіть делірій
 - Виключіть депресію (псевдодеменцію)
- » Проведіть оцінку на наявність інших проблем із фізичним здоров'ям
- » Проведіть оцінку на наявність поведінкових або психічних симптомів
- » Виключіть інші ПНПР-розлади
- » Оцініть потреби доглядачів



ВЕДЕННЯ

- » **Протокол ведення**
 1. Деменція – без поведінкових/психічних симптомів
 2. Деменція – з поведінковими/психічними симптомами
- »  **Психосоціальні втручання**
- »  **Фармакологічні втручання**



Подальший супровід



ДЕМ 1 » Короткий огляд



КЛІНІЧНА ПОРАДА:

Розпитайте доглядача, який добре знає людину, про нещодавні зміни у мисленні та побудові суджень, пам'яті та орієнтації. Епізоди забудькуватості є звичним явищем у осіб старшого та похилого віку, проте деякі проблеми можуть виявитись серйозними, навіть якщо трапляються рідко.

Запитайте, наприклад, чи часто людина забуває про те, куди вона поклала речі. Чи вона іноді забуває, що трапилося напередодні? Чи вона іноді забуває, де вона знаходиться?

Спитайте у доглядача, який добре знає людину, коли почалися ці проблеми та чи вони погіршуються із часом.

ПОШИРЕНІ ПРОЯВИ ДЕМЕНЦІЇ

- Зниження або проблеми із пам'яттю (значна забудькуватість) та орієнтацією (усвідомлення часу, місця та особи)
- Проблеми з настроєм або поведінкою, такі як апатія (втрата інтересу) або дратівливість
- Втрата контролю над емоціями (легко засмучується, гнівливість, плаксивість)
- Труднощі з виконанням звичної роботи, домашніх або соціальних обов'язків

1

Проведіть оцінку на наявність ознак деменції



Чи є проблеми з пам'яттю та/або орієнтацією?

(напр., забуває, що сталося напередодні, або не знає, де знаходиться)

Ймовірно, це не ДЕМЕНЦІЯ.

» Проведіть оцінку на наявність інших ПНПР-розладів.

НІ

ТАК

Чи є у людини труднощі з виконанням своїх основних ролей/активностей?

(напр., із повсякденними справами, такими як покупки, оплата рахунків, приготування їжі тощо).

Ймовірно, це не ДЕМЕНЦІЯ.

» Проведіть оцінку на наявність інших ПНПР-розладів.

НІ

ТАК

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Проведіть безпосередню оцінку пам'яті, орієнтації, мови шляхом тестування разом із загальним неврологічним оглядом, використовуючи адаптовані до місцевого середовища інструменти, якщо такі є. Див.: Основні принципи допомоги та клінічної практики (» ОПД)

2

Чи є ще якісь пояснення симптомів?

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Делірій: транзиторний стан психіки, що постійно змінюється та характеризується порушенням уваги, яке швидко розвивається та коливається упродовж дня. Він може бути результатом гострих органічних причин, напр. інфекцій, прийому медикаментів, метаболічних розладів, інтоксикації психоактивними речовинами або їх відміною.



Чи симптоми були наявні та поступово прогресували упродовж принаймні 6 місяців?

ТАК

НІ

» Запитайте про наявність **БУДЬ-ЯКИХ** із наведених нижче ознак:

- раптовий початок;
- коротка тривалість (від кількох днів до кількох тижнів);
- неспокій вночі, пов'язаний із порушенням свідомості;
- дезорієнтація у часі та місці.

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Когнітивні порушення можуть бути результатом депресії – «псевдодеменція».



Чи у людини є помірно виражена **ДЕПРЕСІЯ**? Перейдіть до » **ДЕП**

ТАК

НІ

Ймовірно, це ДЕЛІРІЙ

» **Ведіть депресію. Перейдіть до » ДЕП.**

» Після лікування депресії перевірте відповідність критеріям деменції. Перейдіть до КРОКУ **1**



Ймовірно, це ДЕМЕНЦІЯ

» **Проведіть оцінку щодо можливих причин з боку фізичного здоров'я** (токсичних/метаболічних/інфекційних).

- Зробіть аналіз сечі для виявлення інфекції
- Перегляньте медикаменти, які приймає людина, особливо ті, які мають значні антихолінергічні побічні реакції (напр., антидепресанти, значна кількість антигістамінних препаратів і антипсихотичні препарати)
- Оцініть, чи не страждає людина на біль
- Оцініть харчування, розгляньте можливість вітамінної недостатності чи електролітного дисбалансу



3

Проведіть оцінку на наявність інших проблем зі здоров'ям

Чи є у людини **БУДЬ-ЯКА** ознака з наведених нижче?

- » Людина була молодшою за 60 років, коли почалися симптоми
- » Початок симптомів пов'язаний із травмою голови, інсультом, порушенням чи втратою свідомості
- » Дані про наявність зобу в минулому, низький пульс, сухість шкіри (гіпотиреоз)
- » Дані про інфекції, які передаються статевим шляхом (ІПСШ), в минулому, зокрема, ВІЛ/СНІД

Нетипові ознаки.

» СКЕРУЙТЕ ДО СПЕЦІАЛІСТА. 

ТАК

НІ

Чи людина неправильно харчується, недоїдає, має анемію?

НІ

ТАК


- » Збагачення їжі мікроелементами та обов'язковий моніторинг ваги

Чи у людини є серцево-судинні фактори ризику?

- гіпертонія
- високий холестерин
- діабет
- паління
- ожиріння
- хвороба серця (біль у грудях, серцевий напад)
- інсульт у минулому або транзиторна ішемічна атака (ТІА)

НІ

ТАК

- » Скеруйте особу до відповідного СПЕЦІАЛІСТА. 
- » Зменште серцево-судинні фактори ризику:
 - порадьте людині кинути палити;
 - лікуйте гіпертонію;
 - порадьте дієту для зниження ваги при ожирінні;
 - лікуйте діабет.

4

Проведіть оцінку потреб доглядачів



КЛІНІЧНА ПОРАДА

Визначте:

- хто є основними доглядачами?
- хто ще надає допомогу людині і яку саме допомогу?
- із чим важко впоратися?

Чи доглядачу важко впоратися або він/вона відчувають надмірне навантаження?

НІ

ТАК

» Дослідіть можливість надання таких психосоціальних втручань, як тимчасовий догляд для перепочинку доглядачів, активація мережі підтримки у спільноті та сімейна/індивідуальна терапія, якщо вони наявні.

Чи у доглядача пригнічений настрій?

НІ

ТАК

» Для оцінки наявності депресії у доглядача **перейдіть до » ДЕП.**
 » Спробуйте зменшити навантаження шляхом надання підтримки та психоосвіти. Консультування із застосуванням методики вирішення проблем чи когнітивно-поведінкової терапії.

Чи доглядач зіткнувся із втратою доходів та/або додатковими витратами через допомогу, яку потребує людина?

НІ

ТАК

» Дослідіть, які є варіанти фінансової підтримки на місцевому рівні, напр. з боку служби з питань інвалідності.

5

Чи у людини є БУДЬ-ЯКІ з наступних **ПОВЕДІНКОВИХ** або **ПСИХІЧНИХ** симптомів деменції?

Поведінкові симптоми, наприклад:

- » блукання
- » порушення поведінки вночі
- » ажитація
- » агресія

Психічні симптоми, наприклад:

- » галюцинації
- » маячні ідеї
- » тривога
- » неконтрольовані емоційні вибухи

ТАК

НІ

» Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ № 1**

» Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ № 2**

ЯКЩО Є БЕЗПОСЕРЕДНЯ ЗАГРОЗА СУЇЦИДУ, ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ ТА НАДАВАЙТЕ ВІДПОВІДНУ ДОПОМОГУ перед тим, як перейти до протоколу ведення. Перейдіть до » СУІ.

ЯКЩО У ЛЮДИНИ Є ІНШІ СУПУТНІ ПНПР-РОЗЛАДИ, ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ ТА НАДАВАЙТЕ ВІДПОВІДНУ ДОПОМОГУ перед тим, як перейти до протоколу ведення.



ДЕМ 2 » Ведення

ПРОТОКОЛ

1

Деменція - без поведінкових/психічних симптомів

- » Проведіть **психоосвіту** із особою та її доглядачами (2.1) 
- » Заохочуйте доглядачів проводити втручання для покращення когнітивного функціонування (2.4)
- » **Підвищуйте незалежність**, функціонування та мобільність людини (2.3)
- » **Надавайте підтримку доглядачам** (2.5)
- » Призначайте медикаментозне лікування лише в умовах, коли можна встановити діагноз хвороби Альцгеймера ТА є належна підтримка і супервізія з боку спеціаліста, а також доглядачі можуть забезпечити моніторинг побічних реакцій такого лікування (2.6)

ПРОТОКОЛ

2



Деменція - із поведінковими/психічними симптомами

Дотримуйтеся ПРОТОКОЛУ 1

+

- » Ведіть поведінкові та психічні симптоми (2.2)

Чи є безпосередня загроза особі або доглядачу:


- » Розгляньте можливість призначення антипсихотичних препаратів, якщо симптоми стійкі та є безпосередня загроза травмування (2.7) 
- » **Скеруйте до спеціаліста**, якщо він є 

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ

2.1 Психосоцвіта

- » Спитаєте у людини, стан якої оцінюється щодо наявності деменції, чи хоче вона знати свій діагноз і кому про нього слід повідомити.
 - Пояснюйте про хворобу людині так, щоб вона змогла зрозуміти та запам'ятати цю інформацію.
 - Надайте базову інформацію. (Не переобтяжуйте людину інформацією!)
- » Ключові повідомлення:
 - Деменція – це порушення у головному мозку, яке зазвичай із часом прогресує.
 - Хоча лікування для повного одужання не існує, можна багато зробити для того, щоб допомогти та підтримати особу та її родину.
 - Багатьом проблемам і порушенням поведінки можна дати раду, якщо вони виникатимуть. Можна багато зробити для того, щоб людині було комфортніше, а надання їй допомоги було меншим стресом для доглядачів.

2.2 Ведіть поведінкові та психічні симптоми

- » Визначте та лікуйте розлади фізичного здоров'я, які можуть впливати на поведінку. Під час оцінки фізичного стану перевірте, чи наявний у людини біль, інфекції тощо (Перейдіть до » ОПД). За потреби скеруйте людину до спеціаліста. 
- » З'ясуйте, які події (напр., здійснення покупок на великому ринку) або чинники (напр., виходити на вулицю одній/-ому) можуть передувати проблемній поведінці, викликати або посилювати її. По можливості змініть ці чинники.

- » Розгляньте можливість адаптації середовища, зокрема організації місць для сидіння, безпечних для прогулянок зон, розміщення вказівників (напр., «виходу немає» на дверях, які ведуть на вулицю, або встановлення вказівників до туалету).
- » Підтримуйте стратегії заспокоєння, утішення, відволікання. Запропонуйте людині зайнятися чимось, що приносить їй задоволення (напр., піти на прогулянку, послухати музику, поспілкуватися), особливо якщо людина відчуває неспокій.

2.3 Посилуйте функціонування в активностях повсякденного життя (АПЖ) та у житті спільноти

- » Для отримання детальнішої інформації про втручання, які посилюють функціонування в АПЖ, перейдіть до » ОПД.
- » Плануйте АПЖ таким чином, щоб максимально підтримувати незалежність, посилювати функціонування, допомагати адаптуватися та розвивати навички, а також мінімізувати потребу у зовнішній підтримці. Підтримуйте функціонування та участь у житті спільноти, залучаючи людей та їх доглядачів у планування та здійснення таких втручань. Допомагайте їм щодо встановлення зв'язку з наявними соціальними установами.
 - Надавайте поради з підтримки незалежних навичок користування туалетом, у тому числі заохочуйте вживати рідину та контролювати її об'єм. Якщо у людини спостерігається нетримання сечі, потрібно вивчити усі можливі причини та випробувати усі можливі способи лікування, перед тим як зробити висновок, що воно є постійним.
 - Домашнє середовище має бути безпечним задля зменшення ризику падіння та травмування.
 - Поінформуйте членів родини про те, що важливо, щоб вдома на підлозі було якомога менше речей, за які можна перечепитися, задля зменшення ризику падіння.

- Рекомендуйте певні адаптаційні налаштування вдома у людини. Може бути корисно додати поручні або пандуси. Вказівники найважливіших місць (напр., туалет, ванна, спальня) можуть допомогти людині не загубитися та не втратити орієнтацію вдома.
- Рекомендуйте фізичну активність та вправи для підтримки мобільності та зменшення ризику падіння.
- Порадьте, чим можна зайнятися для відпочинку (з урахуванням стадії та важкості деменції).
- Компенсуйте сенсорну недостатність (приміром, поганий зір або поганий слух) за допомогою належних приладів (напр., збільшувальне скло, слуховий апарат).
- Якщо можливо, скеруйте людину на терапію зайнятості.

2.4 Втручання з метою поліпшення когнітивних функцій

Заохочуйте доглядачів:

- » Регулярно надавати людині інформацію, яка допоможе їй орієнтуватися (напр., який сьогодні день, дата, час, імена людей).
- » Використовувати різні матеріали, такі як газети, радіо, телепередачі, родинні альбоми, предмети вжитку, для покращення комунікації, орієнтування людини у поточних подіях, стимулювання спогадів та надання людині можливості ділитися своїм досвідом та визнавати його цінність.
- » Говоріть простими короткими реченнями, щоб усна комунікація була зрозумілою. Намагайтеся мінімізувати сторонні шуми, такі як радіо, телевізор або інші розмови. Уважно слухайте те, що каже людина.
- » Усе спрощуйте, уникайте змін у звичному порядку життя, а також, наскільки це можливо, уникайте ситуацій, коли людина може опинитися у незнайомому або такому, що бентежить, місці.

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ (ПРОД.)

2.5 Підтримка доглядача

- » Проведіть оцінку впливу на доглядача та його потреби задля забезпечення необхідною підтримкою та ресурсами для їх сімейного життя, працевлаштування, соціальної діяльності та стану здоров'я (див. » ДЕМ 1).
- » Визнавайте, що догляд за людьми з деменцією може бути пов'язаний із сильним розчаруванням та викликати значний стрес. **Доглядачів слід заохочувати до того, щоб вони з повагою ставились до людини з деменцією, уникали ворожості до неї та недбалого ставлення.**
- » Заохочуйте доглядачів звертатися по допомогу, якщо в догляді за людиною, яку вони люблять, вони зіткнулись із труднощами чи виснаженням.
- » Надайте доглядачам інформацію про деменцію, беручи до уваги побажання самої особи з деменцією.
- » За необхідності забезпечте навчання та підтримку задля формування певних умінь, напр., як керувати складною поведінкою. Для того, щоб навчання було ефективнішим, стимулюйте активну участь у ньому, приміром, за допомогою рольової гри.
- » Розгляньте можливість надання практичної допомоги, якщо така доступна, напр., надання догляду вдома для перепочинку родичів. Інша родина або відповідна людина може надавати підтримку та доглядати за особою з деменцією, аби дати основному доглядачеві можливість відпочити або зайнятися іншими справами.
- » З'ясуйте, чи має людина право на соціальні пільги у зв'язку з інвалідністю або на іншу соціальну/фінансову підтримку (державну або недержавну).

ФАРМАКОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ


2.6 У випадку деменції без поведінкових/психічних симптомів

- » ❌ Не призначайте інгібітори холінестерази (напр., донепезил, галантамін та ривастигмін) або мемантин планово для усіх випадків деменції.
- » Розглядайте можливість призначення медикаментів лише в умовах, коли можна встановити діагноз хвороби Альцгеймера ТА наявна **відповідна підтримка і супервізія з боку спеціалістів**, а також є можливість моніторингу (побічних реакцій та відповіді на лікування) з боку доглядачів.

Якщо це можливо:

- » У випадку деменції внаслідок хвороби Альцгеймера, розгляньте можливість призначення інгібіторів холінестерази (напр., донепезилу, галантаміну, ривастигміну) АБО мемантину, та забезпечте **ПОСТІЙНИЙ МОНІТОРИНГ**.
- » У випадку судинної деменції розгляньте можливість призначення мемантину.

2.7 Антипсихотичні препарати у випадку поведінкових та/або психічних симптомів

- » Здійснюйте спочатку психосоціальні втручання. 
- » Якщо є безпосередня загроза особі або її доглядачу, розгляньте можливість призначення антипсихотичних препаратів. **Перейдіть до » ПСИ 2, Ведення** для отримання детальної інформації про антипсихотичні препарати.
- » Дотримуйтеся принципів:
 - «починай з малого, рухайся повільно» (стосується титрування дози препарату) та регулярно проводьте оцінку потреби у препараті (щонайменше раз на місяць);
 - використовуйте найнижчу ефективну дозу;
 - проводьте моніторинг на наявність екстрапірамідних симптомів (ЕПС).
- » ❌ Уникайте призначення галоперидолу внутрішньовенно.
- » ❌ Уникайте призначення діазепаму.



ДЕМ 3 » Подальший супровід



2


ПРОВОДЬТЕ ПЛАНОВЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Під час кожного візиту звертайте увагу та надавайте допомогу щодо наступного:

- » **Побічні реакції на медикаменти**
Якщо людина приймає антипсихотичні препарати, перевіряйте, чи немає у неї екстрапірамідних симптомів (Перейдіть до » ПСИ). Якщо вони є, відмініть препарат або зменште дозу.
- » **Коморбідні розлади фізичного здоров'я та ПНПР-розлади**
- » **Спроможність брати участь у активностях повсякденного життя та будь-які потреби у сфері догляду**
- » **Ризики, пов'язані з безпекою**, а також запропонуйте відповідні зміни у поведінці при прогресуванні хвороби (напр., обмеження керування автомобілем, приготування їжі тощо).
- » **Нові поведінкові або психічні симптоми**
- » **Симптоми депресії** (Перейдіть до » ДЕП) або **безпосередня загроза самоушкодження/суїциду** (Перейдіть до » СУІ).
- » **Потреби доглядачів**

3

ЗАБЕЗПЕЧТЕ ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ

- » **Продовжуйте підтримувати функціонування та проводити психосоціальну освітню роботу.**  Для детальнішої інформації див.: » ДЕМ 2.1–2.5 та » ОПД.

Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин

Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин включають у себе такі, що пов'язані зі вживанням алкоголю, наркотичних речовин, а також такі стани, як гостра інтоксикація, передозування та синдром відміни.

ГОСТРА ІНТОКСИКАЦІЯ – це транзиторний стан, який виникає внаслідок прийому психоактивної речовини та призводить до порушень свідомості, мислення, сприйняття, емоцій та поведінки.

ПЕРЕДОЗУВАННЯ – це вживання будь-якої психоактивної речовини у такій дозі, що виникають гострі побічні дії у фізичному або психічному стані людини.

СИНДРОМ ВІДМІНИ – це переживання певного комплексу неприємних симптомів після різкого припинення вживання психоактивної речовини або зменшення її дози; при цьому психоактивна речовина вживалась у великій дозі та тривалий час, що було достатнім для розвитку фізичної або психічної залежності від неї. Ознаки синдрому відміни по суті є протилежними тим симптомам, які спричиняє ця психоактивна речовина.

ШКІДЛИВЕ ВЖИВАННЯ – це таке вживання психоактивної речовини, що шкодить здоров'ю. Ця шкода може бути фізичною (напр., ураження печінки) або психічною (напр., епізоди депресивного розладу). Шкідливе вживання часто пов'язане із соціальними наслідками, наприклад проблемами у родині або на роботі.

ЗАЛЕЖНІСТЬ – це комплекс фізіологічних, поведінкових і когнітивних процесів, за яких вживання психоактивної речовини стає для цієї людини набагато пріоритетнішим, аніж інша поведінка, яка колись мала велике значення. Характеристикою залежності є сильний потяг до вживання психоактивної речовини та втрата контролю над її вживанням. Вона часто пов'язана із вживанням великих доз психоактивної речовини та наявністю синдрому відміни при припиненні її вживання.

ВПР » Короткий огляд



ОЦІНКА

» ОЦІНКА СТАНІВ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ НЕВІДКЛАДНОГО ВТРУЧАННЯ:

Чи є підозра на інтоксикацію або синдром відміни?

- Чи є людина седованою (перебуває під впливом седативних речовин)?
- Чи є людина занадто збудженою, тривожною чи ажитованою?
- Чи спостерігається у людини стан сплутаної свідомості?

» Чи вживає людина психоактивні речовини?

» Чи наявне шкідливе вживання?

» Чи є у людини залежність від психоактивних речовин?



ВЕДЕННЯ

» Протокол ведення

1. Шкідливе вживання
2. Залежність
3. Відміна алкоголю
4. Відміна опіоїдів
5. Підтримуюча терапія агоністами опіоїдів
6. Відміна бензодіазепінів

» Психосоціальні втручання

» Фармакологічні втручання



Подальший супровід

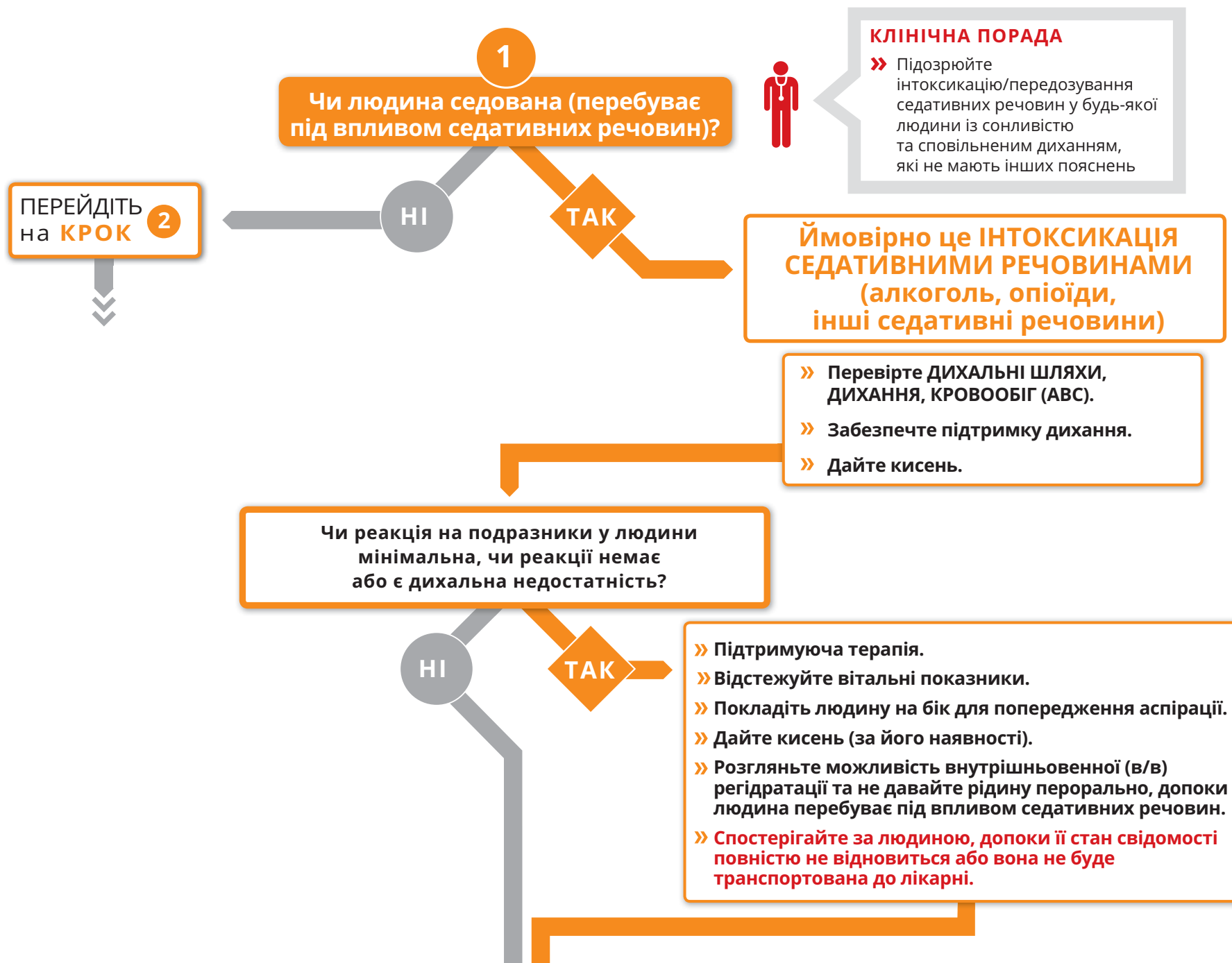


ВПР » НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ

Якщо немає невідкладного стану, переходьте до » ВПР 1, Оцінка.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ ПРИ РОЗЛАДАХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

- **Алкогольна інтоксикація:** запах алкоголю в повітрі, що видихається; нерозбірлива мова; нестримана поведінка; порушення свідомості, мислення, сприйняття, емоцій та поведінки
- **Передозування опіоїдів:** відсутність реакції або мінімальна реакція на подразники, низька частота дихання, точкові зіниці
- **Відміна алкоголю або інших седативних речовин:** тремор рук, спітніння, блювання, підвищені пульс та артеріальний тиск, ажитація, головний біль, нудота, тривога; судоми та сплутаність свідомості у важких випадках
- **Інтоксикація стимуляторами:** розширені зіниці; збудження; скачка думок; невпорядковане мислення; дивна поведінка; нещодавнє вживання психоактивних речовин; підвищені пульс і артеріальний тиск; агресивна, хаотична або насильницька поведінка
- **Делірій, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин:** сплутаність свідомості, галюцинації, скачка думок, тривога, ажитація, дезорієнтація, які зазвичай пов'язані з інтоксикацією стимуляторами або відміною алкоголю (або іншої седативної речовини)




» **Перевірте зіниці.**

Зіниці нормальні

Зіниці точкові

» **Передозування опіоїдів менш імовірне;** розгляньте можливість передозування алкоголю, інших седативних речовин або можливість інших пов'язаних із фізичним здоров'ям причин (напр., травма голови, інфекція або гіпоглікемія).

Ймовірно це ПЕРЕДОЗУВАННЯ ОПІОЇДІВ

- » **Введіть налоксон 0,4–2 мг в/в або внутрішньом'язово (в/м) або інтраназально або підшкірно.** 
- » **Продовжуйте підтримку дихання.**

Чи людина відреагувала на налоксон протягом 2 хвилин?


НІ

ТАК

» **ВВЕДІТЬ ДРУГУ ДОЗУ**

! **Спостерігайте за людиною, доки її стан свідомості повністю не відновиться або вона не буде транспортована до лікарні.**

» **Спостерігайте упродовж 1–2 годин та за потреби повторіть введення налоксону.**

! **Продовжуйте реанімацію та спостерігайте за особою, доки її стан свідомості повністю не відновиться або вона не буде транспортована до лікарні.** 

2

Чи людина гіперзбуджена,
тривожна або ажитована?

ТАК

НІ

ПЕРЕЙДІТЬ
на **КРОК** 3

ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ
ТА НАДАВАЙТЕ ДОПОМОГУ **А** - **Г**

А Людина нещодавно припинила регулярно вживати алкоголь або седативні речовини та зараз у неї присутні будь-які з наступних симптомів: тремор, спітніння, блювання, підвищені артеріальний тиск (АТ) та пульс, а також ажитація.

Ймовірно це
**ВІДМІНА АЛКОГОЛЮ,
БЕНЗОДІАЗЕПІВ
АБО ІНШИХ
СЕДАТИВНИХ
РЕЧОВИН**

» **ВЕДІТЬ СТАН ВІДМІНИ РЕЧОВИНИ**

- Якщо у людини є тремор, пітніння або зміни вітальних показників, дайте їй діазепам, 10–20 мг перорально, та, якщо можливо, скеруйте до лікарні або закладу, який надає послуги із детоксикації.
- Спостерігайте за ознаками синдрому відміни (тремор, пітніння, підвищені АТ і пульс) та, якщо вони зберігаються, повторіть надання препарату у тій самій дозі.
- **Виключно** у випадках синдрому відміни алкоголю: давайте тіамін, 100 мг/добу, упродовж 5 днів.



**НЕГАЙНО НАПРАВТЕ ЛЮДИНУ ДО ЛІКАРНІ,
якщо є такі симптоми:**



- інші серйозні проблеми зі здоров'ям, напр. печінкова енцефалопатія, шлунково-кишкова кровотеча або травма голови;
- судоми: спочатку дайте діазепам, 10–20 мг перорально, в/в або ректально;
- делірій: спочатку дайте діазепам, 10–20 мг перорально, в/в або ректально. Якщо симптоми серйозні і немає відповіді на діазепам, дайте антипсихотичний препарат, напр. галоперидол, 1–2,5 мг перорально або в/м. Продовжуйте лікувати інші ознаки синдрому відміни (тремор, спітніння, зміни вітальних показників) за допомогою діазепаму перорально, в/в або ректально.

Б

Особа нещодавно вжила стимулятори (кокаїн, стимулятори амфетамінового ряду (САР) або інші) та у неї присутні будь-які з наступних симптомів: розширені зіниці, тривога, ажитація, гіперзбудливий стан, скачка думок, підвищений пульс та артеріальний тиск.

**Ймовірно це
ГОСТРА
ІНТОКСИКАЦІЯ
СТИМУЛЯТОРАМИ**

- » Дайте діазепам, 5–10 мг перорально, в/в або ректально, титруючи дозу, допоки людина не заспокоїться і у неї не з'явиться легкий стан седації.
- » Якщо психотичні симптоми не полегшуються після надання діазепаму, розгляньте можливість призначення антипсихотичного препарату, напр. галоперидолу, 1–2,5 мг перорально або в/м. **Продовжуйте лікування, допоки симптоми не минуть. Якщо симптоми залишаються, перейдіть до » ПСИ.**
- » Для отримання інформації про ведення осіб із агресивною та/або збудженою поведінкою, **перейдіть до » ПСИ, Таблиця 5.**
- » **Якщо у людини є біль у грудях, тахіаритмія або неврологічні ознаки, ПЕРЕВЕДІТЬ ЇЇ У ЛІКАРНЮ. +**
- » Під час постінтоксикаційної фази стежте за тим, чи не з'явилися у людини суїцидальні думки чи дії. Якщо у неї є суїцидальні думки, перейдіть до » СУІ.

В

Особа нещодавно припинила вживати опіоїди та має будь-які з наступних ознак: розширені зіниці, біль у м'язах, коліки у животі, головний біль, нудота, блювання, діарея, сльозливість очей та нежить, тривога, неспокій.

**Ймовірно це
ГОСТРА
ВІДМІНА ОПІОЇДІВ**

- » **ВЕДІТЬ СТАН ВІДМІНИ ОПІОЇДІВ**
 - Метадон, 20 мг, із додатковою дозою 5–10 мг через 4 години за необхідності.
 - Бупренорфін, 4–8 мг, із додатковою дозою через 12 годин за необхідності.
 - Якщо метадон або бупренорфін недоступні, у гострій ситуації можна скористатися будь-яким препаратом групи опіоїдів, наприклад морфіну сульфат, 10–20 мг (початкова доза), та додатковою дозою 10 мг за потреби. Також розгляньте можливість призначення альфа-адреноміметиків, напр. клонідину або лофексидину.
- » Після стабілізації стану перейдіть до » ВПР 2

Г

ВИКЛЮЧІТЬ ІНШІ ПРИЧИНИ З БОКУ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ІНШІ ПРІОРИТЕТНІ ПНПР-РОЗЛАДИ

3

Чи у людини стан сплутаної свідомості?

ТАК

НІ

ПЕРЕЙДІТЬ до ВПР 1 Оцінка

Чи наявні будь-які розлади фізичного здоров'я, які можуть пояснити сплутаність свідомості, зокрема:

- травма голови
- гіпоглікемія
- пневмонія або інші інфекції
- печінкова енцефалопатія
- порушення мозкового кровообігу (ПМК)

НІ

ТАК

» Надайте допомогу щодо розладу фізичного здоров'я та скеруйте людину до лікарні. **+**

ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ ТА ВЕДІТЬ **A** - **B**

A

Людина припинила регулярно вживати алкоголь минулого тижня та зараз у неї: сплутаність свідомості, галюцинації, скачка думок, тривога, ажитація, дезорієнтація, зазвичай пов'язані або з інтоксикацією стимуляторами, або з відміною алкоголю (або іншої седативної речовини).

Ймовірно це **ДЕЛІРІЙ** ВНАСЛІДОК ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ АБО СЕДАТИВНИХ РЕЧОВИН

- » Якщо у особи є також інші ознаки відміни алкоголю або седативних речовин (тремор, пітіння, зміни вітальних показників),
 - за потреби лікуйте діазепамом, 10-20 мг перорально.
 - **ПЕРЕВЕДІТЬ ДО ЛІКАРНІ. **+****
- » Ведіть делірій за допомогою антипсихотичних препаратів, таких як галоперидол, 1-2,5 мг перорально або в/м.

Б

Людина інтенсивно вживала алкоголь упродовж останніх кількох днів ТА у неї наявні будь-які з таких ознак:

- ністагм (мимовільні швидкі повторювані рухи очей);
- офтальмоплегія (слабкість/параліч одного або більше м'язів, які контролюють рух очей);
- атаксія (нескоординовані рухи).

Ймовірно це ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ ВЕРНІКЕ

- » Лікуйте за допомогою тіаміну, 100–500 мг 2–3 рази/добу в/в або в/м, упродовж 3–5 днів.
- » **ПЕРЕВЕДІТЬ ДО ЛІКАРНІ. +**

В

Особа вживала стимулятори упродовж останніх кількох днів:

Розширені зіниці, збудження, скачка думок, хаотичне мислення, дивна поведінка, нещодавнє вживання психоактивних речовин, підвищені пульс і артеріальний тиск, агресивна, хаотична або насильницька поведінка.

Ймовірно це ІНТОКСИКАЦІЯ СТИМУЛЯТОРАМИ АБО ГАЛЮЦИНОГЕНАМИ

- » Лікуйте за допомогою діазепаму, 5–10 мг перорально, в/в або ректально, допоки пацієнт не буде у стані легкої седації.
- » Якщо психотичні симптоми **не полегшуються у відповідь на введення діазепаму, розгляньте можливість призначення антипсихотичного препарату, напр. галоперидолу, 1–2,5 мг перорально або в/м.**
- » Якщо психотичні симптоми **зберігаються, перейдіть до » ПСИ.**



КЛІНІЧНА ПОРАДА

- » Після надання невідкладної допомоги **ПЕРЕЙДІТЬ до » ВПР 1 Оцінка та » ВПР 2 Протоколи ведення з 1 по 6,** відповідно до потреби.



ВПР 1 » Оцінка

ПОШИРЕНІ ПРОЯВИ РОЗЛАДІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

- *Перебування під впливом алкоголю або іншої речовини (напр., запах алкоголю, нерозбірлива мова, седація, хаотична поведінка)*
- *Ознаки нещодавнього вживання наркотиків (свіжі сліди ін'єкцій, інфекційні ураження шкіри)*
- *Ознаки та симптоми безпосередніх поведінкових ефектів, ознаки синдрому відміни або тривалого вживання психоактивної речовини (див. Додаток 1)*
- *Погіршення соціального функціонування (напр., труднощі на роботі або вдома, неохайний зовнішній вигляд)*
- *Ознаки хронічного захворювання печінки (патологічні показники ферментів печінки), жовтяничні (жовті) шкіра та очі, пальпаторно відчутний та чутливий край печінки (на початку розвитку ураження печінки), асцит (здутий живіт, наповнений рідиною), павукоподібний неvus (павукоподібні кровоносні судини, видимі на поверхні шкіри), а також змінений психічний статус (печінкова енцефалопатія)*
- *Проблеми із утриманням рівноваги, ходою, координацією рухів, ністагм*
- *Випадково виявлені: макроцитарна анемія, низький рівень тромбоцитів, знижений середній об'єм еритроцитів*
- *Невідкладні стани, пов'язані із синдромом відміни речовини, передозуванням або інтоксикацією. Людина може бути у стані седації, занадто збудженою, ажитованою, тривожною або перебувати у сплутаному стані*
- **Люди із розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин, можуть не говорити про те, що у них є проблеми зі вживанням таких речовин. Звертайте увагу на:**
 - повторювані вимоги про призначення лікарських засобів, що містять психоактивні речовини, зокрема анальгетиків
 - травми
 - інфекції, пов'язані із вживанням наркотиків внутрішньовенно (ВІЛ/СНІД, гепатит С)

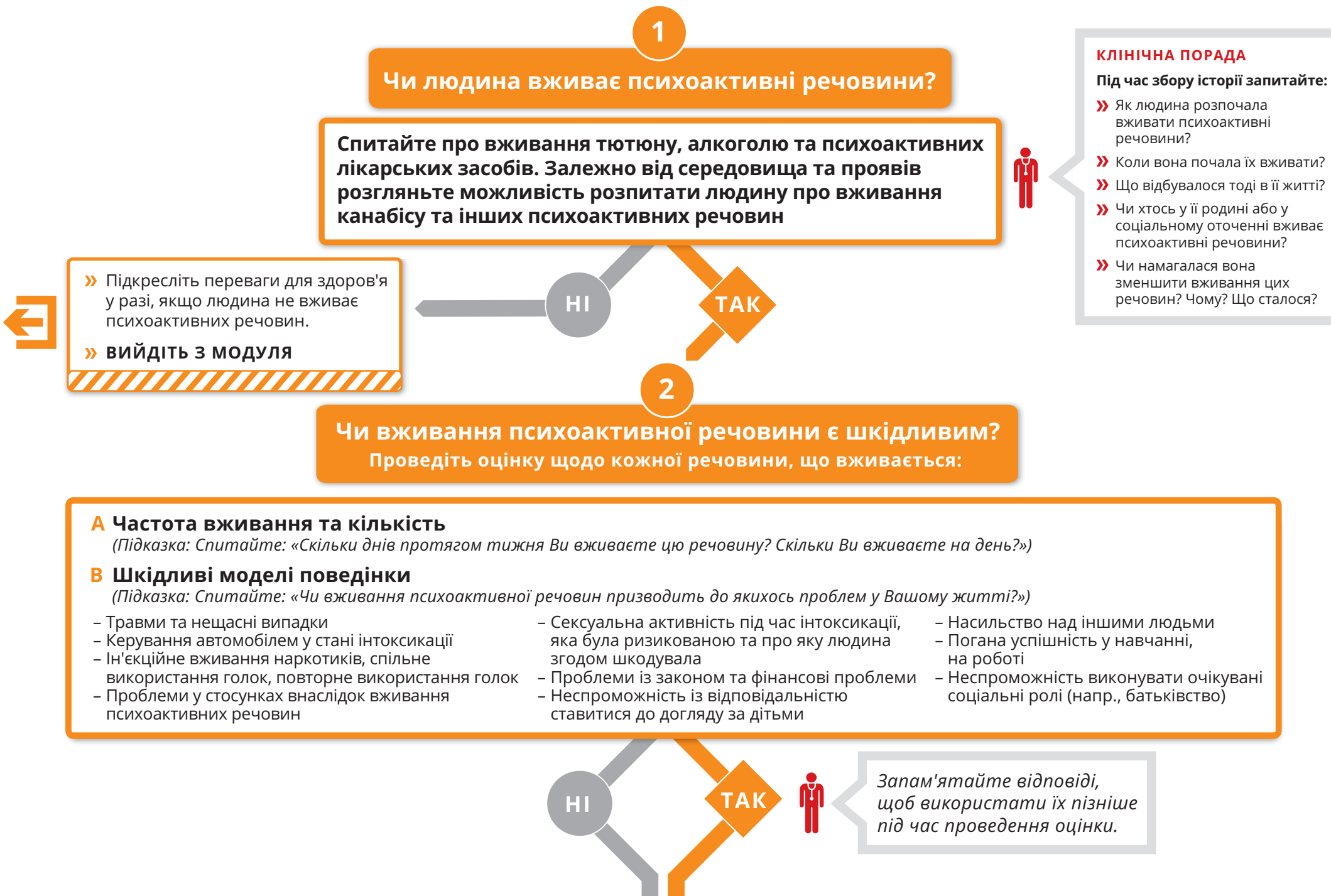


КЛІНІЧНА ПОРАДА

- » Уникайте стереотипних підходів! У всіх людей, які звертаються до закладів охорони здоров'я, слід питати про вживання ними тютюну та алкоголю

ДОДАТОК 1: ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ: ГОСТРІ ЗМІНИ ПОВЕДІНКИ, СИМПТОМИ ВІДМІНИ ТА НАСЛІДКИ ДОВГОТРИВАЛОГО ВЖИВАННЯ

	БЕЗПОСЕРЕДНІ ПОВЕДІНКОВІ ЕФЕКТИ	ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ ВІДМІНИ	ОЗНАКИ ТРИВАЛОГО ВЖИВАННЯ
Алкоголь	Запах алкоголю у повітрі, що видихається, нерозбірлива мова, розгальмована поведінка, ажитація, блювання, невпевнена хода	Тремор, дрижання, нудота/блювання, підвищені пульс та артеріальний тиск, судоми, ажитація, сплутаність свідомості, галюцинації Може бути небезпечним для життя	Зниження об'єму мозку, зменшення когнітивного потенціалу, порушення суджень, втрата рівноваги, фіброз печінки, гастрит, анемія, підвищений ризик певних типів раку, а також низка інших проблем із фізичним здоров'ям
Бензодіазепіни	Нерозбірлива мова, розгальмована поведінка, невпевнена хода	Тривога, безсоння, тремор, дрижання, нудота/блювання, підвищені пульс та артеріальний тиск, судоми, ажитація, сплутаність свідомості, галюцинації Може бути небезпечним для життя	Порушення пам'яті, підвищений ризик падіння у старшому віці, ризик фатального передозування седативних речовин
Опіоїди	Точкові зіниці, сонливість та засинання, знижена обізнаність, повільна мова	Розширені зіниці, тривога, нудота/блювання/діарея, коліки у животі, біль у м'язах, головний біль, слізливість очей і нежить, позіхання, «гусяча шкіра» (волосся на руках стоїть сторч), підвищені пульс і артеріальний тиск	Закреп, ризик фатального передозування седативних речовин, гіпогонадизм, адаптації щодо винагороди, навчання та реакції на стрес
Тютюн	Збудження, підвищена увага, концентрація та пам'ять; зниження тривоги та апетиту; подібний до стимуляторів ефект	Дратівливість, ворожість, тривога, дисфорія, пригнічений настрій, підвищений пульс, підвищений апетит	Хвороби легенів (у курців тютюну), серцево-судинні захворювання, ризик раку та інші наслідки для здоров'я
Кокаїн, стимулятори метамфетамінового та амфетамінового ряду	Розширені зіниці, підвищений артеріальний тиск та пульс, збудження, ейфорія, гіперактивність, прискорена мова, скачка думок, хаотичне мислення, параноя, агресивна, хаотична або насильницька поведінка	Утома, підвищений апетит, пригніченість, гнівливий настрій Стежте за наявністю у людини суїцидальних думок	Гіпертонія, підвищений ризик порушень мозкового кровообігу (ПМК), аритмії, хвороби серця, тривога, депресія
Кат	Настороженість, ейфорія та легке збудження	Сонливість, пригнічений настрій, дратівливість	Особи, які вживають кат, зазвичай проводять значну частину дня, жуючи його; закрепи, ризик психічних порушень, таких як психоз
Канабіс	Нормальні зіниці, почервоніла кон'юнктива, сповільнене реагування, ейфорія, релаксація	Пригнічений або лабільний настрій, тривога, дратівливість, порушення сну (але може й не бути ніяких чітко виражених ознак)	Підвищений ризик проблем із психічним здоров'ям, у тому числі тривоги, параної та психозу, брак мотивації, труднощі з концентрацією, підвищений ризик вазоспазму, який може призвести до інфаркту міокарда та інсульту
Трамадол	Опіоїдний ефект (седація, ейфорія тощо), після якого з'являється стимулюючий ефект (збудження, судоми у разі прийому великих доз)	В основному ознаки відміни опіоїдів, але також деякі симптоми відміни інгібіторів зворотного захоплення серотоніну і норепінефрину (C133CH): пригнічений настрій, сонливість	Залежність від опіоїдів, ризик судом, порушення сну
Летючі розчинники	Непритомність, дезорієнтація, ейфорія, запаморочення, піднесений настрій, галюцинації, маячні ідеї, порушення координації, порушення зору, седація	Підвищена схильність до судом	Зниження когнітивних функцій та деменція, периферійна невропатія, інші неврологічні ускладнення, підвищений ризик аритмії, які призводять до раптової смерті
Галюциногени	Підвищені пульс, артеріальний тиск, температура тіла; знижений апетит, нудота, блювання, порушення координації, розширення зіниць, галюцинації	Немає надійних даних	Гострі або хронічні психотичні епізоди, флешбеки або тривале повторне переживання впливу речовини після припинення її вживання
МДМА	Підвищена впевненість у собі, емпатичність, розуміння, відчуття близькості, потяг до спілкування, ейфорія, енергійність	Нудота, ригідність м'язів, головний біль, втрата апетиту, розпливчастість зору, сухість у роті, безсоння, депресія, тривога, втома, труднощі з концентрацією уваги	Ознаки нейротоксичності, що призводять до поведінкових та фізіологічних наслідків, депресія



3

Чи є ЗАЛЕЖНІСТЬ від речовини?

Стосовно кожної речовини, що вживається, запитайте про такі ознаки залежності:

- високі дози або *часте вживання психоактивної речовини*;
- **сильний потяг** або непереборне бажання до вживання психоактивної речовини;
- труднощі із **саморегуляцією** щодо вживання цієї речовини, незважаючи на ризики та шкідливі наслідки;
- підвищення **толерантності** та поява симптомів **відміни** при припиненні вживання

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Моделі вживання психоактивних речовин, які вказують на залежність, можуть бути такими:

Тютюн: кілька разів на день, часто починається зранку.

Алкоголь: більше 6 стандартних доз за раз, щоденне вживання.

Лікарські засоби, призначені за медичними показами: прийом вищої дози, аніж було призначено, та обман заради отримання призначення.

Канабіс: принаймні 1 грам канабісу на добу.

НІ

ТАК

» Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ 2**

! **ЯКЩО Є БЕЗПОСЕРЕДНЯ ЗАГРОЗА СУЇЦИДУ, ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ ТА НАДАЙТЕ НЕОБХІДНУ ДОПОМОГУ, а далі повертайтеся до Протоколу (Перейдіть до » СУІ)**

Чи вживання речовини є шкідливим?

Див. відповідь у Кроці 2 вище.

НІ

ТАК

» Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ 1**

! **ЯКЩО Є БЕЗПОСЕРЕДНЯ ЗАГРОЗА СУЇЦИДУ, ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ ТА НАДАЙТЕ НЕОБХІДНУ ДОПОМОГУ, а далі повертайтеся до Протоколу (Перейдіть до » СУІ)**

» Проведіть психоосвіту про ризики вживання щодо кожної речовини, що вживається.

» **ВИЙДІТЬ З МОДУЛЯ**



ВПР 2 » Ведення

ПРОТОКОЛ

1

Шкідливе вживання

- » Проведіть психоосвіту та наголосіть на тому, що вживання психоактивних речовин/його рівень шкодить здоров'ю.
- » Дослідіть, яка мотивація лежить в основі вживання людиною психоактивних речовин. Проведіть **мотиваційне інтерв'ю**.
(Див.: **КОРОТКІ ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ – МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'Ю (2.2)**).
- » Порадьте людині повністю припинити вживання речовини або вживати в такій дозі, яка не буде шкідливою, якщо така існує. Висловіть свою готовність підтримати людину в цьому. Спитайте у неї, чи вона готова здійснити такі зміни.
- » Дослідіть **СТРАТЕГІЇ ЗМЕНШЕННЯ АБО ПРИПИНЕННЯ ВЖИВАННЯ (2.3)** та **СТРАТЕГІЇ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ (2.5)**.
- » Обговоріть потреби щодо харчування, житла, працевлаштування.
- » Надавайте подальший супровід
- » Якщо це підліток або жінка дітородного віку, вагітна або жінка, яка годує грудьми, див.: **ОСОБЛИВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ**.

ПРОТОКОЛ

2

Залежність



ЯКЩО У ЛЮДИНИ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ОПІОЇДІВ:

- » Підтримувальна терапія є загалом більш ефективною, ніж детоксикація.
- » Оцініть ступінь тяжкості залежності та за необхідності надайте або скеруйте людину для надання підтримувальної терапії агоністами опіоїдів, також відомої як замісна підтримувальна терапія агоністами опіоїдів (ЗПТ), після детоксикації. Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ 5 (Замісна підтримувальна терапія агоністами опіоїдів)**.
- » У решті випадків організуйте планову детоксикацію, якщо це потрібно. Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ 4 (Відміна опіоїдів)**.

ЯКЩО У ЛЮДИНИ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД БЕНЗОДІАЗЕПІНІВ:

- » Раптове припинення вживання може призвести до судом і делірію. Розгляньте можливість поступового зменшення дози бензодіазепінів під наглядом або більш швидке її зниження в умовах стаціонару. Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ 6 (Відміна бензодіазепінів)**.

ЯКЩО У ЛЮДИНИ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД АЛКОГОЛЮ:

- » Раптове припинення вживання алкоголю може призвести до судом і делірію; проте якщо людина хоче припинити вживати алкоголь, допоможіть їй із цим. Визначте відповідне місце для припинення вживання алкоголю та за необхідності організуйте детоксикацію в умовах стаціонару. Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ 3 (Відміна алкоголю)**.
- » Порадьте приймати тіамін у дозі 100 мг/добу перорально. 
- » Розгляньте можливість фармакологічного втручання для профілактики рецидиву алкогольної залежності із застосуванням акампросату, налтрексону і дисульфіраму. Також можна призначати баклофен, але через седативний ефект і ризик зловживання його краще застосовувати у спеціалізованих закладах. За допомогою цих медикаментів можна досягти ефективною відповіді у вигляді зниження кількості та частоти вживання алкоголю, якщо не повної тверезості. Перейдіть до **Таблиці 1**. 

У ВИПАДКУ УСІХ ІНШИХ РЕЧОВИН:

- » Порадьте людині повністю припинити вживати речовину та висловіть свою готовність її підтримати у цьому. Спитайте у неї, чи вона готова зробити це.
- » Дослідіть **СТРАТЕГІЇ, СПРЯМОВАНІ НА ЗНИЖЕННЯ АБО ПРИПИНЕННЯ ВЖИВАННЯ**, та **СТРАТЕГІЇ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ**.
- » Розгляньте можливість скерування людини до груп підтримки «рівний рівному» або реабілітаційної/із забезпеченням проживання терапевтичної спільноти (якщо такі наявні).
- » Обговоріть потреби у сфері харчування, житла, працевлаштування.
- » Проведіть оцінку на наявність та надайте допомогу з приводу будь-якого коморбідного фізичного або психічного розладу, в ідеалі – через 2–3 тижні перебування у стані тверезості, оскільки деякі проблеми вирішуються після встановлення тверезості.


У ВСІХ ВИПАДКАХ:

- » Проводьте психоосвіту. 
- » За потреби організуйте доступ до послуги детоксикації або лікування у стаціонарних умовах, якщо вони наявні. Лікуйте симптоми відміни відповідним за необхідності.
- » Проведіть коротке втручання із застосуванням мотиваційного інтерв'ю для заохочення людини активно брати участь у лікуванні її залежності від психоактивних речовин.
- » Розгляньте можливість надання тривалішого психосоціального лікування особам із поточними проблемами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин, якщо немає відповіді на початкові короточасні втручання. Науково обґрунтовані методи психологічної допомоги при розладах, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, включають у себе структуровані індивідуальні та групові програми тривалістю 6–12 тижнів або більше та використовують такі методи, як когнітивно-поведінкова терапія, терапія посилення мотивації (Motivational Enhancement Therapy), терапія управління кризовими станами (Contingency Management Therapy), зміцнення спільноти та сімейна терапія. Науково обґрунтовані підходи соціальної підтримки включають у себе підтримку щодо працевлаштування та вирішення питань із житлом. 

ПРОТОКОЛ

3

Стан відміни алкоголю

- » Облаштуйте людину у максимально тихому приміщенні, із відсутністю зовнішніх подразників; воно має бути добре освітленим вдень і досить освітленим вночі, щоб людина не впала, якщо прокинеться уночі.
- » Забезпечте належний рівень прийому рідини та переконайтеся у тому, що потреби в електролітах (калій та магній) задовільнені.
- » **ЛІКУЙТЕ ЗНЕВОДНЕННЯ:** підтримуйте належну гідратацію, у тому числі в/в, якщо це необхідно, та заохочуйте людину пити рідину. Обов'язково давайте людині тіамін перед тим, як дати глюкозу, аби не спровокувати розвиток енцефалопатії Верніке.
- » **Фармакологічні втручання:**  Якщо необхідно, лікуйте симптоми відміни алкоголю. У випадку планової детоксикації попереджайте симптоми відміни за допомогою діазепаму. Доза та тривалість лікування діазепамом залежить від ступеня тяжкості синдрому відміни.
 - Призначте діазепам у початковій дозі, яка може досягати 40 мг/добу (10 мг за 4 прийоми протягом доби або по 20 мг двічі на добу), упродовж 3–7 днів перорально. Поступово зменшуйте дозу та/або частоту прийому, як тільки симптоми почнуть ослаблюватися. Часто моніторте стан людини, оскільки кожна людина по-різному реагує на цей препарат.
 - У **лікарні** діазепам можна надавати частіше (щогодинно) та застосовувати вищі добові дози, до 120 мг/добу упродовж перших 3 днів перорально, якщо така необхідність виявляється під час частих оглядів людини та оцінки її симптомів відміни і психічного стану.
 - У випадку людей із **порушенням метаболізму печінки** (напр., осіб з ознаками ураження печінки або людей літнього віку) призначайте одну низьку початкову дозу – 5–10 мг перорально, оскільки бензодіазепіни можуть мати триваліший час дії у таких людей. У якості альтернативи можна використовувати бензодіазепіни з коротшим терміном дії: **замість діазепаму призначити оксазепам. Див. Таблицю 1.**
 - **⚠ УВАГА!** **Розпочинайте лікування бензодіазепінами або підвищуйте їхню дозу з обережністю, оскільки вони можуть пригнічувати дихання. З обережністю** призначайте їх людям із хворобами дихальних органів та/або печінковою енцефалопатією.

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ВЕРНІКЕ

- » Особи, які тривалий час інтенсивно споживали алкоголь, мають ризик розвитку **енцефалопатії Верніке** – синдрому дефіциту тіаміну, який характеризується сплутаністю свідомості, ністагмом, офтальмоплегією (порушеннями рухів очей) та атаксією (нескоординованими рухами).
- » **Для профілактики цього синдрому всім особам із хронічними вживанням алкоголю слід призначати тіамін, 100 мг/добу перорально. Обов'язково давайте людині тіамін перед тим, як вводити глюкозу, аби не спровокувати енцефалопатію Верніке.**

КЛІНІЧНА ПОРАДА

У випадку планового припинення вживання алкоголю проведіть оцінку ризику важкого перебігу синдрому відміни.

Задайте такі запитання:

- » Чи у минулому були важкі симптоми відміни, у тому числі – із судомами та делірієм?
- » Чи є інші серйозні фізичні або психічні проблеми?
- » Чи серйозні ознаки відміни розвиваються в межах 6 годин після останнього вживання алкоголю?
- » Чи спроби припинити вживання в амбулаторних умовах не вдавалися в минулому?
- » Чи людина є бездомною або у неї немає ніякої соціальної підтримки?

Якщо ризики є високими, краще організувати детоксикацію у лікарні, ніж в амбулаторних умовах.





КЛІНІЧНА ПОРАДА: Загальні принципи, які можна застосовувати до ведення будь-якого стану відміни:

- » Підтримуйте гідратацію.
- » Ведіть окремі симптоми відміни, коли вони з'являються, тобто лікуйте нудоту протиблювотними препаратами, біль – простими знеболювальними, а безсоння – легкими седативними препаратами.
- » Дозволяйте людині покидати заклад охорони здоров'я, якщо вона цього бажає.
- » Продовжуйте лікування та надавайте підтримку після проведення детоксикації.
- » Після завершення періоду інтоксикації, під час синдрому відміни або після нього можуть з'явитися симптоми депресії; окрім того, депресія у людини могла існувати до інтоксикації. Будьте уважні щодо ризиків суїциду.
- » Пропонуйте усім особам продовження лікування, підтримку та моніторинг після успішної детоксикації незалежно від того, де вона проводилася.

ПРОТОКОЛ

4

Стан відміни опіоїдів

- » **⚠ З ОБЕРЕЖНІСТЮ** рекомендовано ініціювати відміну опіоїдів, особливо якщо людина вживала їх ін'єкційно. Якщо прийнято рішення розпочати відміну речовини, поінформуйте людину про те, чого їй слід очікувати, зокрема про симптоми та їхню тривалість. Наприклад, відміна призводить до нижчої толерантності до опіоїдів. Це означає, що у разі якщо людина повернеться до вживання наркотиків у звичній дозі, у неї підвищується ризик передозування. З огляду на такі ризики найкраще здійснювати відміну речовини тоді, коли заплановано включення людини у реабілітаційну програму із забезпеченням проживання або іншої програми психосоціальної підтримки. Окрім того, людині можна запропонувати участь у замісній підтримувальній терапії метадонном або бупренорфіном; див.: підрозділ про замісну підтримувальну терапію агоністами опіоїдів (див.: Протокол 5) та оберіть один із наступних фармакологічних варіантів лікування.
- » **Бупренорфін:** призначається під язик, від 4 до 16 мг/добу, упродовж 3–14 днів для ведення стану відміни. Перед початком лікування бупренорфіном важливо почекати появи ознак і симптомів відміни опіоїдів – принаймні 8 годин після останньої дози героїну та 24–48 годин після останньої дози метадону; в іншому випадку є ризик того, що сам бупренорфін прискорить синдром відміни. Окрему допомогу потрібно надати людям, які приймають інші седативні препарати.
- » **Метадон:** призначається перорально, у початковій дозі 15–20 мг, її можна підвищувати за необхідності до 30 мг/добу. Після цього потрібно поступово знижувати дозу, до повного виведення препарату, протягом 3–10 днів. Подібно до бупренорфіну, особливу увагу потрібно приділити людям, які приймають інші седативні препарати.
- » **Клонідин або лофексидин:** якщо замісна підтримувальна терапія агоністами опіоїдів недоступна, можна використати клонідин або лофексидин для ведення деяких симптомів відміни опіоїдів, зокрема гіперактивації. Їх призначають у дозі від 0,1 до 0,15 мг 3 рази/добу перорально; доза розраховується відповідно до ваги тіла. Результатом їх прийому може бути запаморочення і седація. Ретельно контролюйте артеріальний тиск. Також потрібно лікувати інші симптоми відміни: нудоту – протиблювотними препаратами, біль – знеболювальними, а безсоння – легкими седативними препаратами.
- » **Морфіну сульфат:** початкова доза – 10–20 мг, за потреби можна додати ще 10 мг. Седація та пригнічення дихання, які можуть бути небезпечними для життя. Тривале застосування може призвести до залежності. Для отримання більш детальної інформації перейдіть до **Таблиці 1**.

ПРОТОКОЛ

5


Замісна підтримувальна терапія агоністами опіоїдів (ЗПТ)

- » Замісна підтримувальна терапія агоністами опіоїдів потребує наявності сформованої та врегульованої національної програми. Вона являє собою призначення агоністів опіоїдів тривалої дії (або часткових агоністів), таких як метадон або бупренорфін, на постійній щоденній основі під наглядом. Є багато наукових доказів того, що підтримувальна терапія метадоном чи бупренорфіном ефективно зменшує вживання заборонених наркотиків, поширення ВІЛ, смертності та злочинності, а також призводить до поліпшення стану фізичного і психічного здоров'я, а також соціального функціонування.
- » **Моніторинг:** Медикаментами, які використовуються для підтримувальної терапії агоністами опіоїдів, часто зловживають та відхиляються від їх прийому, тому програмам слід використовувати різні методи зменшення ризику відхилення від прийому, у тому числі шляхом прийому їх під наглядом.
- » Для отримання більш детальної інформації див. **Таблицю 1**.

ПРОТОКОЛ

6

Стан відміни бензодіазепінів

- » Відміну бензодіазепінів можна здійснити методом переходу на бензодіазепіни тривалої дії та поступового зменшення дози з повним її виведенням упродовж 8–12 тижнів у поєднанні із психосоціальною підтримкою. Швидше виведення його можливе тільки у випадку, якщо людина перебуває у закладі охорони здоров'я – у стаціонарі або відділенні для детоксикації.
- » Якщо розвинувся важкий неконтрольований синдром відміни опіоїдів (або він був спричинений раптовим чи незапланованим припиненням вживання бензодіазепінів), проконсультуйтеся зі спеціалістом або з іншим доступним консультантом негайно щодо початку терапії високими дозами бензодіазепінів та подальшої госпіталізації людини. Будьте обережними із видачею бензодіазепінів незнайомим пацієнтам для прийому без нагляду. 

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ

2.1 Психосоціалізація

- » Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин, часто піддаються ефективному лікуванню, і люди можуть та почуваються краще.
- » Обговорення теми вживання психоактивних речовин може викликати у багатьох людей збентеження та почуття сорому. Завжди говоріть з людьми про вживання психоактивних речовин без осуду. Якщо люди відчуватимуть, що їх осуджують, вони можуть стати менш відкритими до розмови із Вами. Намагайтеся не демонструвати здивування щодо їх відповідей.
- » Переконайтеся, що говоріть із ними про те, що припинити або зменшити небезпечне або шкідливе вживання алкоголю можливо, та заохочуйте людей повернутися до Вас у разі, якщо вони захочуть продовжити цю розмову.
- » Зменшення або припинення вживання психоактивних речовин людиною буде більш успішним у разі, якщо це її особисте рішення.

2.2 Мотиваційне інтерв'ю (короткострокове втручання)

- » Короткострокові втручання з використанням мотиваційного інтерв'ю – це підхід, який дозволяє обговорити вживання психоактивних речовин із людиною, не осуджуючи її. Він заохочує людину до обмірковування її особистого вибору щодо вживання психоактивних речовин. Мотиваційне інтерв'ю можна використовувати як елемент короткої зустрічі для роботи з ризиками або шкідливим вживанням психоактивних речовин. Його також можна використовувати у рамках більш довгострокової дискусії, яка триватиме кілька сесій, під час яких обговорюватимуться моделі залежної поведінки людини; це називається терапією посилення мотивації (Motivational Enhancement Therapy).

Під час такої дискусії важливо використовувати усі елементи процесу: виражати емпатію, формувати атмосферу довіри та водночас відзначати протиріччя у тому, що каже людина, і розкривати помилкові переконання. Уникайте сперечання з людиною. Вона має відчувати, що медичний працівник тут для того, щоб допомогти їй, а не критикувати. Якщо людина зараз не може погодитись припинити шкідливе вживання психоактивних речовин, обговоріть із нею, в чому причина, а не примушуйте її говорити те, що, на її думку, від неї очікують.

» Техніки проведення більш поглиблених дискусій:

1. Надайте людині **зворотний зв'язок** про ризики, пов'язані із саме її особливою моделлю вживання психоактивних речовин, незалежно від того, чи це є або не є ШКІДЛИВИМ ВЖИВАННЯМ/ЗАЛЕЖНІСТЮ, а також про окремі види шкоди, яких людина зазнає сама або спричиняє іншим.
2. Заохочуйте людину **брати на себе відповідальність** за вибір щодо вживання психоактивних речовин, а також за вибір, звертатися чи ні за допомогою. Робіть це, ставлячи запитання про те, наскільки непокоїть її вживання психоактивних речовин.
3. Розпитайте людину про **причини вживання психоактивних речовин** (зокрема, це може бути відповіддю на інші питання, пов'язані із психічним здоров'ям або конкретними стресогенними чинниками), а також про те, які, на її думку, є переваги вживання психоактивних речовин для неї, навіть якщо вони є короткостроковими.
4. Розпитайте людину про її власне сприйняття позитивних і негативних **наслідків вживання нею психоактивних речовин** та, за необхідності, розкрийте переоцінювані твердження щодо переваг та недооцінювання ризиків/шкоди.
5. Розпитайте людину про її **власні цілі** і те, допомагає вживання психоактивних речовин їх досягти чи заважає.

6. Розбудуйте **дискусію** з людиною, спираючись на її твердження про вживання нею психоактивних речовин, його причини і наслідки, а також спираючись на її особисті цілі, дозволяючи виявити явні суперечності між наслідками вживання психоактивних речовин і цілями, про які говорить людина.

7. **Обговоріть, які є варіанти змін**, обираючи реалістичні цілі, та спробуйте розробити план дій, із яким ви обидва погодитеся.

8. **Підтримайте людину у втіленні цих змін**, говорячи з нею про Вашу впевненість у тому, що вона зможе привнести позитивні зміни у своє життя, надаючи їй інформацію про необхідні подальші кроки, якщо потрібно (подальший огляд, детоксикація, психосоціальна підтримка), а також надаючи людині матеріали, які вона зможе почитати вдома, якщо такі є в наявності.

» **Приклади питань, які можна задавати.** Не осуджуючи людину, дізнайтеся про її власні думки про вживання нею психоактивних речовин, задаючи такі питання:

1. Причини вживання психоактивних речовин. (Спитайте: «Чи Ви колись думали про те, чому Ви вживаєте [речовину]?»)
2. Які, на її думку, переваги вживання. (Спитайте: «Що Вам дає [речовина]? Чи вона спричиняє Вам будь-які проблеми?»)
3. Яка, на її думку, поточна та потенційна шкода від вживання нею психоактивних речовин. (Спитайте: «Чи вживання [речовини] заподіяло Вам будь-яку шкоду? На Вашу думку, вона може заподіяти Вам шкоду у майбутньому?»)
4. Що є найважливішим для особи. (Спитайте: «Що для Вас є найважливішим у житті?»)

2.3 Стратегії зменшення та припинення вживання психоактивних речовин

Кроки для зменшення або припинення вживання будь-якої психоактивної речовини: якщо людина зацікавлена в тому, щоб зменшити вживання психоактивних речовин, обговоріть із нею такі кроки:

- » виявіть фактори, які провокують вживання, та способи їх уникнення. Наприклад, відвідування барів, де люди вживають алкоголь, або місць, де людина зазвичай отримувала наркотики тощо;
- » виявіть емоційні сигнали, що передують вживанню, та способи впоратися з ними (напр., проблеми у стосунках, труднощі на роботі тощо);
- » заохочуйте людину не зберігати речовину вдома.

2.4 Групи взаємодопомоги

- » **Групи взаємодопомоги**, наприклад «Анонімні алкоголіки», «Анонімні наркомани» або «Розумне одужання» (Smart Recovery), можуть бути корисним місцем, куди можна скерувати людину із розладом, пов'язаним зі вживанням психоактивних речовин. Вони надають інформацію, структуровану діяльність та підтримку за принципом «рівний – рівному» у неосудливому середовищі. Дізнайтеся, які групи взаємодопомоги є у цьому регіоні.

2.5 Стратегії попередження шкоди від вживання наркотичних речовин і лікування пов'язаних із ним станів

- » Заохочуйте людину до менш ризикованих моделей поведінки.
 - Порадьте не сідати за кермо у стані сп'яніння.
 - Якщо людина вживає опіоїди, надайте членам її родини налоксон для внутрішньом'язового або інтраназального введення, який вони можуть зберігати у себе і використати у випадку передозування, очікуючи на допомогу або по дорозі до лікарні.

Якщо людина вживає ін'єкційні наркотики:

- » поінформуйте людину про ризики внутрішньовенного вживання наркотиків, зокрема вищий ризик заразитися такими інфекціями, як ВІЛ/СНІД, гепатити В і С, шкірними інфекціями, які можуть спричинити сепсис, ендокардит, спинальні абсцеси, менінгіт і навіть смерть;
- » беручи до уваги те, що людина може не припинити вживати ін'єкційні наркотики просто зараз, надайте їй інформацію про менш ризиковані техніки ін'єкцій. Підкресліть, що важливо використовувати стерильні голки та шприци під час кожної ін'єкції і ніколи ні з ким не ділитися засобами для ін'єкції;
- » надайте інформацію про те, як отримати доступ до програм обміну шприців і голки, де вони є, та про інші джерела стерильного інструментарію для ін'єкцій;
- » заохочуйте і пропонуйте як мінімум раз на рік проходити тестування на вірусні інфекції, які передаються з кров'ю, у тому числі – на ВІЛ/СНІД та гепатити В і С;
 - заохочуйте робити щеплення від гепатиту В;
 - забезпечте доступність презервативів;
 - забезпечте доступність лікування для людей із ВІЛ/СНІДом і гепатитом.

Лікування коморбідних захворювань:

- » здійснюйте скринінг на туберкульоз у людей із розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин, частіше, ніж для загальної популяції;
- » розгляньте можливість провести обстеження на наявність хвороб, які передаються статевим шляхом, і забезпечити відповідне лікування.

2.6 Підтримка доглядачів

Підтримка родини і доглядачів:

- » обговоріть із членами родини та/або доглядачами вплив розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, на інших членів родини, у тому числі дітей;

- » надайте інформацію та проведіть психоосвіту про розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин;
- » запропонуйте провести оцінку їх особистих, соціальних потреб, а також потреб у сфері психічного здоров'я. Запропонуйте лікування будь-яких пріоритетних психічних розладів;
- » поінформуйте їх про групи підтримки для родин і доглядачів (якщо такі існують) та інші соціальні служби, а також допоможіть їм отримати до них доступ.

КЛІНІЧНА ПОРАДА:

ВІЛ/ТУБЕРКУЛЬОЗ/ГЕПАТИТ І ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

- » У людей, які вживають ін'єкційні наркотики, вищий ризик ВІЛ/СНІДу і гепатиту, особливо якщо вони не користуються стерильними засобами для ін'єкцій або практикують незахищений секс в обмін на наркотики; у разі інфікування у них гірший прогноз. ВІЛ/СНІД також підвищує ризик туберкульозу, при цьому активний туберкульоз є основною причиною смерті людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. У людей, які інтенсивно вживають алкоголь і наркотики, також підвищений ризик туберкульозу. Тому частим станом є поєднання вживання наркотиків, особливо героїну в/в, і туберкульозу, ВІЛ/СНІДу та гепатиту одночасно.
- » Служби, які надають допомогу людям, які вживають наркотики та алкоголь, мають регулярно проводити тестування осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, на ВІЛ/СНІД та гепатити, а також пам'ятати високу ймовірність туберкульозу у людей із кашлем, підвищеною температурою, пітінням уночі або втратою ваги.
- » Лікування ВІЛ/СНІДу та туберкульозу вимагає щоденного прийому препаратів, причому кожен окремий день є важливим. Лікування під безпосереднім спостереженням може покращити прихильність до лікування. Якщо людина також залежна від опіоїдів, лікування метадоном або бупренорфіном під щоденним спостереженням, в одному й тому ж місці і в той самий час буде продовжувати підтримувати прихильність до лікування.
- » Лікування гепатиту може здійснюватись щоденно або щотижня. Пацієнтам із гепатитом В або С слід порадити повністю відмовитися від вживання алкоголю.



Особливі групи населення

ПІДЛІТКИ

Як проводити оцінку стану у підлітків?

- » Поясніть, що обговорення питань здоров'я є конфіденційним. Також розкажіть, у яких ситуаціях інформацію буде надано батькам або іншим піклувальникам.
- » Спитайте, що ще відбувається у житті підлітка. З'ясуйте, що є найбільш важливим зараз для нього. Пам'ятайте, що підлітки можуть бути неспроможні повністю висловити те, що їх турбує.
- » Відкриті запитання можуть бути корисними для отримання інформації про такі сфери життя: дім, освіта та зайнятість, харчування, діяльність, наркотики та алкоголь, сексуальна активність, безпека, а також суїцид/депресія. Приділіть достатню кількість часу для обговорення. Також проведіть оцінку на наявність інших пріоритетних психічних розладів. Якщо Ви виявили пріоритетний розлад, див.: **» ДПП.**

Психосвіта для підлітків

- » Надайте підліткові та його батькам інформацію про вплив алкоголю та інших речовин на стан здоров'я та соціальне функціонування.
- » Заохочуйте зміни в оточенні підлітка і його діяльності замість того, щоб розглядати його поведінку як «проблему». Заохочуйте його до участі у шкільній діяльності, діяльності на роботі або інших видів зайнятості, за якими він зазвичай проводить час. Заохочуйте його до участі у груповій діяльності, яка є безпечною та допомагає підліткові розвивати свої навички та робити внесок у життя своєї спільноти. Важливо, щоб підліток займався справами, які є цікавими для нього.
- » Заохочуйте батьків / піклувальників дізнаватися про те, з ким підліток проводить час, де, чим займається, коли буде вдома, та очікувати від нього відповідального ставлення до своєї діяльності.

Жінки дітородного віку, вагітні або які годують грудьми

Вживання алкоголю

- » Порадьте жінкам, які **вагітні** або планують вагітність, **повністю уникати вживання алкоголю.**
- » Поінформуйте їх про те, що вживання навіть невеликих доз алкоголю на ранніх етапах вагітності може зашкодити розвитку плоду, а більші дози алкоголю можуть призвести до важких порушень розвитку (фетальний алкогольний синдром).
- » Порадьте жінкам, які **годуєть грудьми, повністю уникати вживання алкоголю.**
- » Ураховуючи переваги виключно грудного вигодовування (особливо у період до 6 місяців), у випадках, якщо матері продовжують вживати алкоголь, слід порадити їм обмежити обсяг його вживання та мінімізувати вміст алкоголю у грудному молоці. Наприклад, годувати дитину грудьми до вживання алкоголю, а після вживання не годувати, доки рівень алкоголю у крові не впаде до нуля (приблизно 2 години на кожну стандартну дозу алкоголю, тобто якщо жінка випила дві дози алкоголю, то вона не повинна годувати протягом 4 годин), або використовувати зціджене грудне молоко.

УВАГА



Усім матерям зі шкідливою моделлю вживання психоактивних речовин та з малими дітьми слід пропонувати усі наявні соціальні послуги, у тому числі додаткові післяпологові візити, навчання навичкам батьківства та догляд за дітьми під час медичних консультацій.



Вживання наркотичних речовин

- » Розпитайте жінку про її менструальний цикл та поінформуйте її, що вживання психоактивних речовин може порушувати його, іноді створюючи помилкове враження, що вагітність неможлива.
- » Обговоріть шкідливий вплив заборонених наркотичних речовин на розвиток плоду та забезпечте жінці доступ до надійних протизаплідних методів.
- » Порадьте **вагітній** жінці **припинити вживати усі заборонені наркотичні речовини** та підтримайте її у цьому. Вагітним жінкам із залежністю від опіоїдів слід порадити приймати агоніст опіоїдних рецепторів, такий як метадон.
- » Проводьте огляд дітей, матері яких мають розлади, пов'язані зі вживанням наркотичних речовин, на наявність симптомів відміни (це також відомо під назвою «неонатальний абстинентний синдром»). Неонатальний абстинентний синдром, спричинений вживанням матері опіоїдів, слід лікувати низькими дозами опіоїдів (напр., морфіном) або барбітуратами. Для отримання більш детальної інформації див. «Настанови з виявлення та ведення вживання психоактивних речовин і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, під час вагітності» (Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy), доступних за посиланням: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf.
- » Порадьте **матерям, які годують грудьми, не вживати жодної забороненої наркотичної речовини** та підтримайте їх у цьому.
- » Порадьте матерям із розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин, виключно грудне вигодовування дитини, принаймні протягом перших 6 місяців, за виключенням випадків, коли спеціаліст рекомендує не годувати грудьми.

ФАРМАКОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ

ТАБЛИЦЯ 1: Лікарські засоби

Клас/показання	Лікарський засіб	Дозування	Побічні реакції	Протипоказання / застереження
БЕНЗОДІАЗЕПІНИ Для лікування відміни алкоголю, інтоксикації стимуляторами та психозу	Діазепам	10–20 мг у випадку помітних ознак відміни алкоголю або інтоксикації стимуляторами, кожні 2 години, допоки ознаки відміни алкоголю/інтоксикації стимуляторами не зникнуть або у людини не настане легка седація. Нижчі дози (до 10 мг 4 рази на добу) у випадку ведення відміни алкоголю в амбулаторних умовах.	Седація та пригнічення дихання, які можуть бути небезпечними для життя. Тривале вживання може призвести до залежності.	 Не вводьте особам, які знаходяться у стані седації. Обережно комбінуйте з іншими седативними препаратами. Пацієнтам не слід сидати за кермо. Тривалість ефекту може бути довшою у людей зі значними ураженнями печінки. Контролюйте дозування для мінімізації ризику: відхилення від лікування (напр., продаж медикаменту комусь іншому).
АНТАГОНІСТИ ОPIOЇДІВ Для лікування передозування опіоїдів	Налоксон	0,4–2 мг в/в, в/м, підшкірно або інтраназально. За потреби повторіть дозу.	Результатом може бути відчуття дискомфорту або симптоми відміни.	
ВІТАМІНИ Для профілактики або лікування енцефалопатії Верніке	Тіамін (вітамін В1)	100 мг на добу перорально, упродовж 5 днів, для профілактики енцефалопатії Верніке. 100–500 мг в/в або в/м 2–3 рази/добу, упродовж 3–5 днів, для лікування енцефалопатії Верніке.		
АГОНІСТИ ОPIOЇДІВ Для лікування відміни опіоїдів та залежності від них	Метадон	Відміна опіоїдів: початкова доза метадону – 20 мг, із додатковою дозою 5–10 мг через 4 години, якщо необхідно. Замісна підтримувальна терапія агоністами опіоїдів: початкова доза – 10–20 мг, додаткова доза – 10 мг за потреби, далі – підвищення дози на 5–10 мг кожні декілька днів за потреби, допоки у людини не минають симптоми відміни опіоїдів і вона не перестає вживати заборонені наркотичні речовини. Підтримуйте лікування в такій дозі, допоки людина не висловить готовність припинити замісну підтримувальну терапію агоністами опіоїдів.	Седація, сплутаність свідомості, нудота, блювання, закріп, можливі гормональні зміни, зменшення сексуального потягу, зміни на ЕКГ (подовжений інтервал QT або брадикардія), гіпотензія, пригнічення дихання.	З обережністю призначайте пацієнтам із серцевими або респіраторними захворюваннями.
	Бупренорфін	Початкова доза – 4–8 мг, далі – підвищення на 4–8 мг щодня за потреби, допоки у людини не минають симптоми відміни опіоїдів і вона не перестає вживати заборонені наркотичні речовини. Підтримуйте лікування в такій дозі, допоки людина не висловить готовність припинити підтримувальну терапію агоністами опіоїдів.	Седація, запаморочення, атаксія, нудота, блювання, закріп, пригнічення дихання.	– З обережністю призначайте пацієнтам із застійною серцевою недостатністю, респіраторними захворюваннями або ураженнями печінки. – Можливе зловживання. – Різде припинення лікування може викликати симптоми відміни.
	Морфіну сульфат	Початкова доза – 10–20 мг, за потреби – додаткова доза, 10 мг.	Седація та пригнічення дихання, які можуть бути небезпечними для життя. Тривале вживання може призвести до залежності.	 Не вводьте особам, які знаходяться у стані седації. Обережно комбінуйте з іншими седативними препаратами. Особі не слід сидати за кермо. Контролюйте дозування для мінімізації ризику відхилення від лікування (та передачі іншим особам). Якщо є така можливість, призначайте амбулаторним пацієнтам опіоїди тривалої дії, напр., метадон, бупренорфін, один раз на добу.

Клас/показання	Лікарський засіб	Дозування	Побічні реакції	Протипоказання / застереження
АЛЬФА-АДРЕНОМІМЕТИКИ Для лікування відміни опіоїдів	Клонідин	Розпочніть з 0,1 мг 2–3 рази на добу. Для лікування симптомів відміни підвищуйте дозу за умови доброї переносимості до максимум 1 мг на добу, розподіленого на декілька прийомів.	Седація, запаморочення, непритомність, головний біль, нудота/блювота, сухість у роті, закріп, сексуальна дисфункція, депресія, ажитація, низький артеріальний тиск, тахікардія, синусова брадикардія та AV-блокада.	З обережністю призначайте пацієнтам із захворюваннями серця, печінки та церебро-васкулярними розладами. У випадку ураження нирок призначайте нижчі дози. Пам'ятайте про можливість зловживання. Уважно контролюйте вітальні показники. ✗ НЕ припиняйте лікування раптово, оскільки відміна може спровокувати гіпертензію. Уникайте призначення вагітним жінкам і жінкам, які годують грудьми. 
	Лофексідін	Розпочніть з 0,4–0,6 мг двічі на день. За потреби підвищуйте на 0,4–0,8 мг на добу. Максимальна доза за 1 прийом: 0,8 мг. Максимальна добова доза: 2,4 мг (за 2–4 прийоми).	Седація, запаморочення, низький артеріальний тиск, зміни на ЕКГ (подовжений інтервал QT та синусова брадикардія).	З обережністю призначайте пацієнтам із захворюваннями серця, нирок та церебро-васкулярними розладами. Уникайте призначення пацієнтам із синдромом подовженого інтервалу QT, метаболічними розладами або якщо вони приймають інші медикаменти, які подовжують інтервал QT. Прискіпливо контролюйте вітальні показники. ✗ НЕ припиняйте лікування раптово, оскільки відміна може спровокувати гіпертензію.
МЕДИКАМЕНТИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВУ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ Для зменшення потягу до вживання алкоголю	Акампросат	Розпочніть з 2 таблеток по 333 мг перорально 3 рази на добу упродовж 12 місяців. Якщо вага людини менше 60 кг, призначайте 2 таблетки 2 рази на добу перорально, упродовж 12 місяців.	Діарея, метеоризм, нудота/блювання, біль у животі, депресія, тривога, суїцидальність, свербіж. Нечасто може розвинутися макулопапульозний висип, рідко – бульозна шкірна реакція.	За ураження нирок середнього ступеня тяжкості призначайте нижчу дозу, 333 мг перорально 3 рази на добу. ✗ ПРОТИПОКАЗАНИЙ у випадках важких уражень печінки та нирок.
	Налтрексон	Розпочніть з 50 мг на добу упродовж 6–12 місяців. У випадках опіоїдної залежності переконайтеся у тому, що людина не вживала опіоїди протягом останніх 7 днів (наприклад, шляхом введення дози налоксону).	Седація, запаморочення, нудота/блювання, біль у животі, безсоння, тривога, зниження енергії, біль у суглобах і м'язах. Проводьте моніторинг функції печінки через ризик гепатотоксичності.	Ризик ФАТАЛЬНОГО ПЕРЕДОЗУВАННЯ у пацієнтів, які вживали опіоїди більше, ніж через 24 години після останньої дози налтрексону, через швидке зниження антагоністичної дії. ✗ НЕ призначайте пацієнтам з печінковою недостатністю або гострим гепатитом.
	Дисульфірам	Розпочніть з 200–400 мг на добу.	Дрімота, запаморочення, головний біль, почервоніння, спітніння, сухість у роті, нудота/блювання, тремор, неприємний запах від тіла, сексуальна дисфункція. Нечасто – психотичні реакції, алергічний дерматит, периферичний неврит або пошкодження клітин печінки. Важка реакція може привести до сплутаності свідомості, серцево-судинного колапсу та смерті.	Трициклічні антидепресанти (ТЦА), інгібітори моноаміноксидази (ІМАО), антипсихотичні препарати, судинорозширюючі препарати, альфа- або бета-адреноміметики посилюють взаємодію дисульфіраму з алкоголем. Підвищена чутливість до алкоголю зберігається упродовж 6–14 днів після прийому дисульфіраму, навіть у невеликих дозах. ✗ НЕ приймайте одночасно з алкоголем, оскільки реакції можуть бути небезпечними для життя або фатальними. ✗ НЕ призначайте вагітним жінкам і жінкам, які годують грудьми.  ✗ ПРОТИПОКАЗАНО людям із гіпертонією, захворюваннями серця, печінки, нирок або наявністю в минулому церебро-васкулярних атак, психозу, імпульсивності або із ризиком суїциду.



ВПР 3» Подальший супровід

1

ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ СТАНУ



РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЧАСТОТИ ЗУСТРІЧЕЙ

- » **Шкідливе вживання:** проведіть наступну зустріч через 1 місяць. Проводьте повторні консультації за потреби після цього.
- » **Залежність:** проводьте зустрічі кілька разів на тиждень упродовж перших двох тижнів, а потім щотижнево упродовж першого місяця. Після покращення стану зменшуйте кількість зустрічей до 1 разу на місяць, потім – за потреби.

Під час кожного візиту проводьте оцінку:

- » кількість та частота вживання психоактивних речовин, стан психічного та фізичного здоров'я, фактори ризику і захисні чинники (напр., стосунки, житло, працевлаштування тощо);
- » спитайте про чинники, які призвели до вживання психоактивних речовин, та наслідки вживання цих речовин

ПОТОЧНЕ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

- » Розробіть стратегії зменшення шкоди
- » Лікуйте проблеми з фізичним здоров'ям
- » Розробіть стратегії зменшення вживання
- » Якщо клієнт згоден, організуйте детоксикацію або замісну підтримувальну терапію
- » Проводьте часті огляди та відвідуйте людину вдома

НЕЩОДАВНЄ ПРИПИНЕННЯ ВЖИВАННЯ АБО ПЕРЕХІД НА НЕШКІДЛИВЕ ВЖИВАННЯ

- » Розгляньте можливість проведення дослідження сечі для підтвердження того, що людина не вживає речовину
- » Надавайте позитивний зворотний зв'язок для заохочення людини до того, щоб продовжувати не вживати речовини або продовжувати нешкідливе вживання
- » Лікуйте інші проблеми фізичного здоров'я
- » Розгляньте можливість призначення медикаментів для профілактики рецидиву у випадках алкогольної та опіоїдної залежності
- » Розгляньте можливість психосоціальних видів лікування для профілактики рецидиву, а також направлення до груп взаємопідтримки
- » Підтримуйте фактори, які знижують ризик рецидиву, такі як ведення домогосподарства та працевлаштування

ТРИВАЛА ПЕРЕРВА У ВЖИВАННІ АБО НЕШКІДЛИВЕ ВЖИВАННЯ

- » Розгляньте можливість час від часу робити дослідження сечі для підтвердження того, що людина не вживає речовину
- » Надавайте позитивний зворотний зв'язок
- » Підтримуйте фактори, які знижують ризик рецидиву, такі як ведення домогосподарства та працевлаштування
- » Лікуйте інші проблеми фізичного здоров'я
- » Заохочуйте до участі у групах взаємопідтримки
- » Повторні огляди потрібні рідше

ДОДАТОК 2. ОЗНАКИ ХРОНІЧНОГО ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН ТА МОЖЛИВІ ВАРІАНТИ ОБСТЕЖЕННЯ

ОЗНАКИ ХРОНІЧНОГО ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ

- » **Ураження печінки:** перевіряйте наявність жовтушних (жовтих) шкіри та очей, пальпаторно відчутного та чутливого краю печінки (на початку хвороби печінки), асцит (здутий живіт, наповнений рідиною), павукоподібного невусу (павукоподібні кров'яні судини, видимі на поверхні шкіри), а також зміненого психічного стану (печінкова енцефалопатія).
- » **Ураження мозочку:** перевіряйте наявність проблеми з утриманням рівноваги, ходи, координацією рухів, а також наявність ністагму.
- » **Можливі обстеження:**
 - ферменти печінки: підвищені рівні ферментів печінки та аміаку вказують на ураження печінки;
 - розгорнутий аналіз крові: перевіряйте наявність макроцитарної анемії та низького рівня тромбоцитів.

ОЗНАКИ ХРОНІЧНОГО ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН

- » Труднощі у догляді за собою, поганий стан зубів, паразитарні інфекції шкіри (воші або короста) та неправильне харчування.
- » Ознаки ін'єкцій: подивіться на сліди ін'єкцій на руках або ногах – як старі, так і нові. Запитайте у людини, куди вона робить ін'єкції, та огляньте ці місця, щоб упевнитися, що там немає ознак місцевої інфекції.
- » Загальні ускладнення стану фізичного здоров'я внаслідок ін'єкційного вживання наркотиків: люди, які вживають ін'єкційні наркотики, мають більший ризик заразитися такими інфекціями, як ВІЛ/СНІД, гепатити В і С та туберкульоз. Вони також мають високий ризик інфекцій шкіри у місцях введення ін'єкцій. У деяких випадках така інфекція може поширюватись із кров'ю та призвести до сепсису, ендокардиту, спинальних абсцесів, менингіту і навіть смерті.
- » **Можливі обстеження:**
 - аналіз сечі на наркотичні речовини слід провести у невідкладних випадках, коли є підозра на інтоксикацію, відміну або передозування, особливо тоді, коли людина не може пояснити, що вона вживала;
 - якщо людина вживала ін'єкційні наркотики, запропонуйте їй пройти серологічне тестування на вірусні інфекції, які передаються із кров'ю: ВІЛ/СНІД, гепатити В і С тощо;
 - якщо у людини був незахищений секс, запропонуйте їй пройти обстеження на інфекції, які передаються статевим шляхом, зокрема ВІЛ, сифіліс, хламідіоз, гонорею та вірус папіломи людини (ВПЛ);
 - проведіть тест на туберкульоз, аналіз мокротиння та рентген грудної клітки у разі підозри на туберкульоз. Шукайте такі ознаки та симптоми, як хронічний продуктивний кашель, підвищена температура, озноб та втрата ваги.

Самоушкодження/суїцид

Суїцид – це умисний акт убивства себе. Самоушкодження – ширший термін, який означає навмисне самоотруєння або нанесення собі травм, які можуть мати фатальні наміри чи результат або не мати їх. Будь-яку особу віком від 10 років, у якої хоч один із наступних станів, слід запитати про думки або плани про самоушкодження упродовж останнього місяця, а також про акти самоушкодження упродовж останнього року:

- » Будь-який із пріоритетних ПНПР-розладів.
Див.: Головний алгоритм (» ГА)
- » Хронічний біль
- » Гострий емоційний дистрес

Проводьте оцінку на наявність думок, планів або дій із самоушкодження під час ініціального обстеження та час від часу в подальшому (за потреби). Звертайте увагу на психічний стан людини та наявність емоційного дистресу.



КЛІНІЧНА ПОРАДА:

Проводьте оцінку на наявність думок, планів або дій із самоушкодження під час ініціального обстеження та час від часу в подальшому (за потреби). Звертайте увагу на психічний стан людини та наявність емоційного дистресу.

суї » Короткий огляд



ОЦІНКА

- » Проведіть оцінку того, чи людина вчинила серйозне з медичної точки зору самоушкодження
- » Проведіть оцінку щодо безпосередньої загрози самоушкодження/суїциду
- » Проведіть оцінку щодо наявності у людини будь-якого з пріоритетних ПНПР-розладів
- » Проведіть оцінку щодо наявності хронічного болю
- » Проведіть оцінку важкості емоційних симптомів



ВЕДЕННЯ

- » **Протокол ведення**
 1. Самоушкодження, серйозне з медичної точки зору
 2. Безпосередня загроза самоушкодження/суїциду
 3. Ризик самоушкодження/суїциду
- » **Загальне ведення та психосоціальні втручання**



Подальший супровід



СУІ 1 » Оцінка

ПРОВЕДІТЬ ОЦІНКУ НА НАЯВНІСТЬ САМОУШКОДЖЕННЯ/СУІЦИДУ, ЯКЩО ЛЮДИНА МАЄ ОДНУ З ТАКИХ ОЗНАК:

- *Виражене відчуття безнадії та відчаю, поточні думки/плани/дії із самоушкодження/суїциду або наявність їх у минулому, акт самоушкодження з ознаками отруєння/інтоксикації, кровотечі із ран, нанесених самому собі, втратою свідомості та/або надмірною сонливістю, АБО*
- *будь-які з пріоритетних ПНПР-станів, хронічний біль або надзвичайно сильний емоційний дистрес*

1

Чи вчинила людина серйозне з медичної точки зору самоушкодження?

Проведіть оцінку на наявність доказів самоушкодження та/або ознак/симптомів, які потребують негайного медичного втручання:

- ознаки отруєння чи інтоксикації
- втрата свідомості
- кровотеча із нанесених собі ран
- надмірна сонливість

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Якщо стан людини стабільний з медичної точки зору, надавайте допомогу, яка необхідна



НІ

ТАК

Необхідне ведення серйозного з медичної точки зору самоушкодження.

» **Перейдіть до ПРОТОКОЛУ 1.**

» **Поверніться до КРОКУ 2**, як тільки стан людини стабілізовано.



2

Чи є безпосередня загроза самоушкодження/суїциду?

Спитайте у особи та її родичів/піклувальників про наявність **БУДЬ-ЧОГО** із наступного:

- *поточні* думки або план щодо самоушкодження/суїциду;
- думки або план щодо самоушкодження протягом останнього місяця або відповідні дії протягом останнього року *у людини, у якої в цей момент надзвичайна ажитація, насильницькі тенденції, стан сильного дистресу або яка не хоче спілкуватися*

НІ

ТАК

**ЙМОВІРНО,
Є БЕЗПОСЕРЕДНЯ ЗАГРОЗА
САМОУШКОДЖЕННЯ/СУІЦИДУ**

» Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ 2**, надавайте відповідну допомогу, а потім перейдіть на **КРОК 3** для продовження

Чи у людини були за останній місяць думки або план стосовно самоушкодження або відповідні дії упродовж останнього року?

НІ

ТАК

Безпосередньої загрози самоушкодження/суїциду немає, але ризик може залишатися.

» Перейдіть до **ПРОТОКОЛУ 3**, надавайте відповідну допомогу, а потім перейдіть на **КРОК 3** для продовження

Самоушкодження/суїцид є малоімовірним

3

Чи є у людини супутні ПНПР-розлади?

- Депресія
- Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин
- Дитячі та підліткові психічні і поведінкові розлади
- Психози
- Епілепсія



» Ведіть ці супутні розлади.
Перейдіть до відповідного модуля.

ТАК

НІ

4

Чи є у людини хронічний біль?

» Надавайте допомогу при больовому синдромі та лікуйте відповідні розлади з боку фізичного здоров'я.

ТАК

НІ

5

Чи є у людини емоційні симптоми такого ступеня тяжкості, що потребують клінічного ведення?

- труднощі з виконанням звичайної роботи, з навчанням, підтриманням домашньої або соціальної діяльності
- повторюване самолікування від емоційного дистресу або неояснених симптомів з боку фізичного здоров'я
- явний дистрес або повторювані звернення за допомогою



» Ведіть емоційні симптоми.
» Перейдіть до » ІНШ

ТАК

НІ

» Перейдіть до **СУІ 3**
(Подальший супровід)



СУІ 2 » Ведення

ПРОТОКОЛ

1

Серйозне з медичної точки зору самоушкодження

- » **У всіх випадках:** розмістіть людину у безпечному та підтримуючому середовищі в закладі охорони здоров'я.
- » ❌ НЕ ЗАЛИШАЙТЕ людину наодинці.
- » Надайте медичну допомогу щодо травми або отруєння. Якщо це гостра інтоксикація пестицидами, дотримуйтесь «Ведення інтоксикації пестицидами». (2.1)
- » Якщо потрібна госпіталізація, продовжуйте уважно спостерігати за станом людини для попередження суїциду.
- » Надавайте допомогу людині із самоушкодженням. (2.2)
- » Пропонуйте та активуйте психосоціальну підтримку. (2.3)
- » Запропонуйте підтримку доглядачам. (2.4) 👤
- » Проконсультуйтеся зі спеціалістом із психічного здоров'я, якщо він доступний. 👤
- » Регулярно підтримуйте контакт і надавайте **Подальший супровід**. 🔄

ПРОТОКОЛ

2

Безпосередня загроза самоушкодження/суїциду

- » Видаліть засоби самоушкодження/суїциду.
- » Організуйте безпечне та підтримуюче середовище; якщо можливо, запропонуйте людині окрему тиху кімнату, де вона може перебувати, очікуючи на лікування.
- » ❌ НЕ ЗАЛИШАЙТЕ людину наодинці.
- » Наставляйте медичних працівників або членів родини у процесі надання допомоги, та призначте когось із них відповідальним за забезпечення постійної безпеки людини.
- » Звертайте увагу на психічний стан людини та рівень емоційного дистресу.
- » Проведіть психоосвіту з особою та її доглядачами. (2.5) 👤
- » Пропонуйте та активуйте психосоціальну підтримку. (2.3) 👤
- » Запропонуйте підтримку доглядачам. (2.4)
- » Проконсультуйтеся зі спеціалістом із психічного здоров'я, якщо він доступний. 👤
- » Регулярно підтримуйте контакт і надавайте **Подальший супровід**. 🔄

ПРОТОКОЛ

3

Ризик самоушкодження/суїциду

- » Пропонуйте та активуйте психосоціальну підтримку. (2.3) 👤
- » Проконсультуйтеся зі спеціалістом із психічного здоров'я, якщо він доступний. 👤
- » Регулярно підтримуйте контакт і надавайте **Подальший супровід**. 🔄

2.1 Ведення інтоксикації пестицидами

» Якщо у закладі охорони здоров'я є мінімальний об'єм умінь та ресурсів, лікуйте людину, використовуючи документ ВООЗ «Клінічне ведення гострої інтоксикації пестицидами» (Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication) (http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en).


В іншому випадку негайно переведіть людину до закладу охорони здоров'я, де є наступні ресурси:

- знання та уміння проводити реанімаційні заходи та здійснювати клінічне обстеження у випадку отруєння пестицидами;
 - знання та уміння працювати з дихальними шляхами, зокрема, проводити інтубацію та підтримувати дихання людини до підключення апарату штучної вентиляції легень;
 - атропін та засоби для його внутрішньовенного введення, якщо з'являються ознаки холінергічної інтоксикації;
 - діазепам та засоби для його внутрішньовенного введення, якщо у людини розвиваються судоми;
- » Розгляньте можливість надати активоване вугілля, якщо людина у свідомості, надає інформовану згоду та після отруєння минуло не більше години.
- » Примусове блювання не рекомендується.
- » ❌ Не слід давати рідину перорально.

2.2 Надання допомоги людині із самошкодженням

» Розмістіть людину у безпечному та підтримуючому середовищі в закладі охорони здоров'я (❌ не залишайте її на самоті). Якщо людині потрібно почекати, щоб отримати лікування, запропонуйте їй середовище, яке мінімізує дистрес; якщо можливо – в окремій тихій кімнаті з постійним наглядом та контактом із призначеним медичним працівником або членом родини для забезпечення постійної безпеки особи.

» Усуньте доступ до засобів самошкодження.

» Проконсультуйтеся зі спеціалістом із психічного здоров'я, якщо він доступний. 

» Мобілізуйте родину, друзів та інших зацікавлених осіб або ресурси, які є у спільноті, для спостереження за станом людини та надання їй підтримки протягом періоду, коли є безпосередня загроза (див.: «Пропонуйте та активуйте психосоціальну підтримку») (2.3)

» Ставтеся до людей, які здійснили самошкодження, з такою самою турботою, повагою та конфіденційністю, як і до всіх інших людей, а також будьте чутливими до того емоційного дистресу, який пов'язаний із самошкодженням.

» Залучайте доглядачів, якщо людина хоче отримувати їхню підтримку під час обстеження та лікування; якщо це можливо, психосоціальне обстеження має включати інтерв'ю віч-на-віч між особою та медичним працівником для вивчення особистих проблем.

» Надавайте емоційну підтримку доглядачам, якщо вони її потребують. (2.4)

» Забезпечте безперервну допомогу.

» Госпіталізація у непсихіатричні відділення лікарень загального профілю з метою профілактики самошкодження не рекомендується. Проте якщо госпіталізація у лікарню загального профілю (непсихіатричну) є необхідною для ведення медичних наслідків самошкодження, ретельно спостерігайте за станом людини для профілактики подальшого самошкодження у лікарні.

» У випадку призначення лікарських засобів:

- дивіться відповідні модулі Керівництва mhGAP для отримання інформації про фармакологічні втручання для ведення супутніх розладів;
- призначайте найбільш безпечні препарати на випадок навмисного їх передозування;
- призначайте препарати короткими курсами (напр., на один тиждень за один раз).

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ

2.3 Пропонуйте та активуйте психосоціальну підтримку

» Запропонуйте людині підтримку

- Дослідіть причини та способи залишатись живим/-ою.
- Зосередьте увагу на сильних сторонах людини шляхом заохочення до обговорення того, як вона вирішувала проблеми раніше.
- Розгляньте можливість терапії вирішення проблем для допомоги людям, у яких були випадки самоушкодження упродовж минулого року, якщо є достатньо людських ресурсів. Перейдіть до «**Основні принципи допомоги та клінічної практики**» » ОПД

» Активуйте психосоціальну підтримку

- Мобілізуйте родину, друзів, інших зацікавлених осіб, а також інші наявні ресурси для забезпечення ретельного спостереження за людиною, допоки є ризик самоушкодження/суїциду.
- Порадьте людині та її доглядачам обмежити доступ до засобів, за допомогою яких можна здійснити самоушкодження/суїцид (напр., отруйні речовини, призначені лікарські засоби, зброя тощо), коли у людини є думки або план щодо самоушкодження/суїциду.
- Оптимізуйте соціальну підтримку з наявних ресурсів у спільноті. Вони можуть включати неформальні ресурси (родичів, друзів, знайомих, колег і релігійних лідерів) або формальні ресурси у спільноті, якщо такі наявні (напр., кризовий центр та місцеві центри психічного здоров'я).

2.4 Підтримка доглядачів

- » Поінформуйте доглядачів та членів родини, що розпитування про суїцид часто може допомогти людині відчувати полегшення, зменшують рівень тривоги, дають людині відчуття, що її краще розуміють.
- » Доглядачі та члени родини людей з ризиком самоушкодження часто переживають значний стрес. Надавайте їм емоційну підтримку, якщо вона їм потрібна.
- » Поінформуйте доглядачів про те, що навіть якщо вони почуваються розчарованими стосовно людини, їм слід уникати ворожого ставлення та жорсткої критики на адресу вразливої людини із ризиком самоушкодження/суїциду.

2.5 Психосвіта

» Ключові повідомлення для особи та її доглядачів

- Якщо у людини є думки про самоушкодження/суїцид, їй негайно треба звернутися за допомогою до члена родини, якому вона довіряє, друга або медичного працівника.
- Говорити про суїцид нормально. Розмови про суїцид не провокують суїцид.
- Суїциди можна попереджати.
- Наявність епізоду самоушкодження/суїциду є ознакою важкого емоційного дистресу. Людина не бачить альтернативи або рішення. Саме тому важливо негайно надати людині підтримку для подолання її емоційних проблем і стресогенних чинників.
- Засоби, за допомогою яких можна здійснити самоушкодження (напр., зброя та медикаменти), слід прибрати з дому.
- Соціальна мережа, яка включає родину та інших людей, є важливою для надання соціальної підтримки.



СУІ 3 » Подальший супровід



Інші важливі скарги на стан психічного здоров'я

Метою цього модуля є надання базових рекомендацій із ведення низки скарг на стан психічного здоров'я, не охоплених в інших розділах. Деякі з цих скарг схожі на депресію, але при докладнішому вивченні виявляється, що вони відрізняються від усіх інших розладів, наведених у цьому керівництві.

Інші скарги на стан психічного здоров'я вважаються важливими, якщо вони порушують повсякденне функціонування або людина звертається через них по допомогу. Інші скарги на стан психічного здоров'я можуть бути пов'язані зі стресом.

- » Цей модуль не слід застосовувати стосовно людей, стан яких відповідає критеріям інших пріоритетних розладів mhGAP (за винятком самоушкодження).
- » Цей модуль слід застосовувати тільки після того, як однозначно виключено депресію.
- » Цей модуль слід використовувати для надання допомоги дорослим. Якщо йдеться про дитину або підлітка, **перейдіть до » ДПП.**

ІНШ » Короткий огляд



ОЦІНКА

- » Виключіть причини з боку фізичного здоров'я, які б могли повністю пояснити симптоми, про які повідомляє людина
- » Виключіть депресію або інші ПНПР-розлади
- » Визначте, чи людина звертається по допомогу задля полегшення симптомів або має значні труднощі у повсякденному функціонуванні
- » З'ясуйте, чи людина зазнала впливу сильних стресогенних чинників
- » Визначте, чи є безпосередня загроза самошкодження/суїциду



ВЕДЕННЯ

» Протоколи ведення

1. Інші важливі скарги на стан психічного здоров'я
2. Інші важливі скарги на стан психічного здоров'я у людей, які зазнали впливу сильних стресогенних чинників



Подальший супровід



ІНШ 1 » Оцінка

ПОШИРЕНІ ПРОЯВИ ІНШИХ ВАЖЛИВИХ СКАРГ НА СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

- Почуття надзвичайної втоми, пригніченості, дратівливості, тривоги або стресу.
- Скарги на стан фізичного здоров'я, які не можуть бути пояснені з медичної точки зору (напр., симптоми зі сфери фізичного здоров'я, у яких немає відомої фізичної причини, яка б повністю їх пояснювала).

1

Чи є якась фізична причина, яка повністю пояснює симптоми,
про які повідомляє людина?

» Лікуйте усі виявлені фізичні причини,
а потім перевірте, чи залишилися
симптоми.

ТАК

НІ

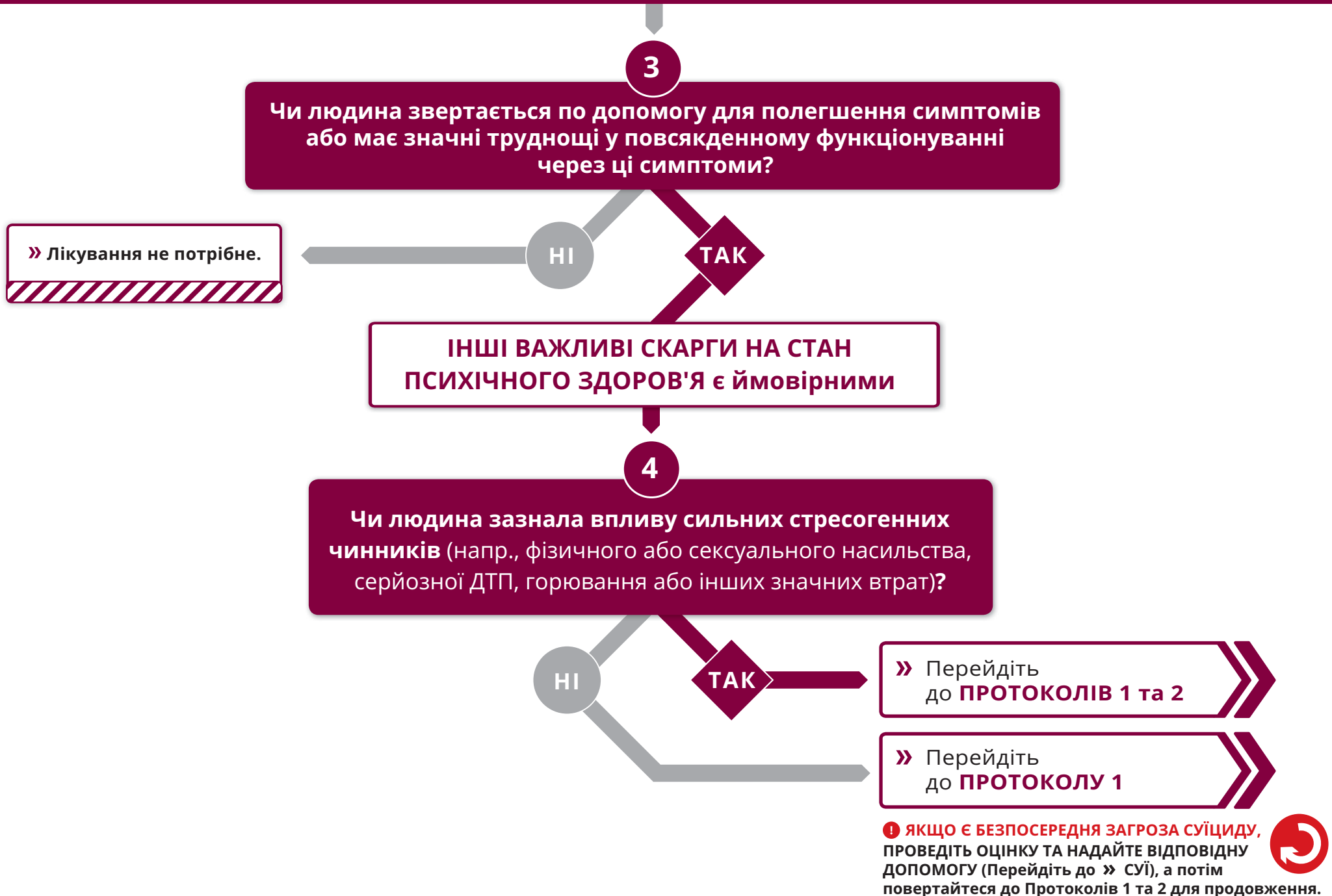
2

Чи це депресія або інший ПНПР-розлад
із представлених у цьому керівництві?

» Перейдіть
до відповідного модуля.

ТАК

НІ





ІНШ 2 » Ведення

ПРОТОКОЛ

1

ІНШІ ВАЖЛИВІ СКАРГИ НА СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

- » ❌ **НЕ призначайте протитривожних препаратів або антидепресантів** (за винятком ситуацій, коли це порадив спеціаліст).
- » ❌ **НЕ призначайте ін'єкції вітамінів або інші неефективні види лікування.**
- » **У всіх випадках працюйте над зниженням рівня стресу і посилюйте соціальну підтримку відповідно до Основних принципів допомоги та клінічної практики (ОПД).**
 - Працюйте з поточними психосоціальними стресорами.
 - Посилюйте системи підтримки.
 - Навчайте методик управління стресом, напр. релаксаційних вправ (див.: **Додаток 1** наприкінці модуля).
- » **У разі якщо з боку фізичного стану не було виявлено розладу, який би повністю пояснював наявні симптоми, визнайте реальність цих симптомів та надайте можливі їх пояснення.**
 - Уникайте призначення додаткових лабораторних або інших обстежень, за винятком ситуацій, коли для цього є чіткі медичні показання, напр. зміни у вітальних показниках.
 - Якщо додаткові обстеження проводитимуться в будь-якому разі, знижуйте нереалістичні очікування, пояснюючи особі, що очікуваний результат найімовірніше буде нормальним.
- Поінформуйте особу про те, що жодного серйозного захворювання не було виявлено. Обговоріть нормальні клінічні показники та результати лабораторних обстежень.
- Якщо людина наполягає на подальших обстеженнях, скажіть їй, що проведення непотрібних обстежень може бути шкідливим, оскільки вони можуть спричинити зайве хвилювання та побічні реакції.
- Визнайте, що симптоми не є уявними і що в будь-якому випадку людині потрібна допомога щодо них, тому що вони призводять до значного дистресу.
- Попросіть людину надати їй **власне пояснення** причини цих симптомів і запитайте, що її непокоїть. Це може дати Вам підказку про джерело дистресу, допомогти сформулювати довірчі відносини із людиною та підвищити її прихильність до лікування.
- Поясніть, що емоційні переживання/стрес часто характеризуються тілесними відчуттями, наприклад болем у животі, напруженням м'язів тощо. Розпитайте людину та обговоріть можливий зв'язок між її емоціями/стресом та симптомами, на які вона скаржиться.
- Заохочуйте її продовжувати займатися повсякденними справами або поступово повертатися до них.
- Пам'ятайте про застосування практики зниження стресу та посилення соціальної підтримки. Перейдіть до » **ОПД**.

ПРОТОКОЛ

2


ІНШІ ВАЖЛИВІ СКАРГИ НА СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ЛЮДЕЙ,
ЯКІ ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ СИЛЬНИХ СТРЕСОГЕННИХ ЧИННИКІВ

(напр., фізичного або сексуального насильства, серйозної ДТП, горювання або інших значних втрат)

- » У всіх випадках, незалежно від того, є у людини емоційні, фізичні або поведінкові проблеми після впливу сильних стресогенних чинників чи ні, надавайте їй підтримку відповідно до ПРОТОКОЛУ 1. Уважно слухайте.
- » ❌ НЕ примушуйте людину розповідати про подію.
- » Надайте допомогу із вирішення соціальних проблем людини.
 - Спитайте у людини, які у неї потреби та що її непокоїть.
 - Допоможіть людині задовольнити базові потреби, отримати доступ до послуг і встановити контакт із родиною та іншими системами соціальної підтримки.
 - Захистіть людину від (подальшої) шкоди (за потреби).
 - Заохочуйте людину повернутися до попередньої, звичної діяльності, напр. у школі, на роботі, вдома та у соціумі, якщо це можливо та прийнято у рамках цієї культури.
- » У випадку будь-якої значної втрати поясніть, що:
 - сумувати через значну втрату нормально. Можна сумувати через втрату людини, місця, власності або втрати здоров'я та добробуту. Горе впливає на стан і психічного, і фізичного здоров'я;
 - люди можуть сумувати по-різному. Одні люди проявляють сильні емоції, інші – ні. Плач не означає, що людина слабка. Люди, які не плачуть, можуть відчувати емоційний біль так само глибоко, але виражають його інакше;
 - у переважній більшості випадків відчуття горя зменшується з часом. Людина може думати, що сум, туга або біль, які вона відчуває, ніколи не зникнуть, але зазвичай ці почуття поволі слабшають. Іноді людина може добре почуватися якийсь час, а потім щось нагадує їй про втрату – і вона знову відчувається так само погано, як і з самого початку. Немає правильного або неправильного способу горювання. Іноді людина може почуватися дуже засмученою, в інший час – заціпенілою, а іноді може бути здатна отримувати задоволення від життя. Такі переживання з часом стають менш інтенсивними та виникають не так часто.
- » У випадку втрати близької людини обговоріть та підтримайте прийняті у цій культурі церемонії та/або процес трауру.
 - Запитайте, чи відбулися або заплановані належні траурні церемонії/ритуали. Якщо ні, поговоріть про те, що стало на заваді та як з цим впоратися.
- » Якщо підозрюєте пролонговану реакцію горя, проконсультуйтеся зі спеціалістом щодо подальшої оцінки та ведення.
 - В особі може бути пролонгована реакція горя, якщо симптоми включають у себе значні труднощі з повсякденним функціонуванням **упродовж принаймні 6 місяців**, особа сильно поглинена померлою людиною або дуже тужить за нею, що супроводжується інтенсивним емоційним болем.

» У випадку реакції на нещодавні потенційно травматичні події поясніть, що:

- у людей часто виникають реакції після таких подій. Реакції можуть бути дуже різними у різних людей та змінюватися із часом;
- вони можуть включати фізичні симптоми, наприклад серцебиття, різні види болю, проблеми зі шлунком, головний біль, емоційні та поведінкові симптоми, такі як порушення сну, сум, тривога, дратівливість та агресія;
- такі почуття можуть посилитися або поновитися, якщо людині щось нагадає про стресову подію або вона зіткнеться з новими стресорами;
- у більшості випадків симптоми, ймовірно, зменшаться з часом, особливо якщо людина відпочине, отримає соціальну підтримку та працюватиме над зниженням рівня стресу. Перейдіть до » ОПД. Перейдіть до **Додатка 1**;

» Якщо Ви підозрюєте посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), проконсультуйтеся зі спеціалістом щодо подальшої оцінки та ведення. 

- Після потенційно травматичної події у людини може розвинути ПТСР, якщо у неї з'являються такі симптоми, як значні труднощі з повсякденним функціонуванням **упродовж принаймні 1 місяця**, повторні жакливі сновидіння, флешбеки або спогади про ці події, які вриваються у пам'ять та супроводжуються інтенсивним страхом або жахом; навмисне уникання нагадувань про цю подію; надмірне занепокоєння та підвищена настороженість до небезпеки або сильна реакція на гучні звуки або неочікувані рухи.

ІНШ 3 » Подальший супровід



ДОДАТОК 1: ІНСТРУКЦІЯ ДО ТЕХНІКИ РЕЛАКСАЦІЇ

» Поясніть, що Ви будете робити.

«Я хочу навчити Вас дихати таким способом, який допоможе Вам розслабити тіло та розум. Вам доведеться трохи потренуватися, аби відчути усі переваги цієї техніки дихання. Причина, чому ця техніка зосереджена на диханні, полягає у тому, що коли ми переживаємо стрес, – наше дихання стає швидким та неглибоким, а це посилює в нас відчуття напруги. Для того, щоб почати розслабитися, Вам потрібно розпочати змінювати Ваше дихання. Перед початком вправи ми розслабимо тіло».

» Почніть проводити вправу на релаксацію повільно та продемонструйте дихальну техніку.

«Легенько потрусіть руками та ногами і розслабте їх. Дозвольте їм вільно звисати. Відведіть назад плечі та обережно нахиліть голову в один бік, потім в інший. А зараз покладіть одну руку на живіт, а іншу – на груди. Уявіть собі, що у Вас у животі є повітряна куля, і коли Ви робите вдих, Ви надуваєте її, тому живіт збільшується. А коли видихаєте, повітря виходить із кульки, тому Ваш живіт стає пласким. Подивіться, як я це роблю. Спочатку я роблю видих, щоб усе повітря вийшло з живота». Продемонструйте дихання «животом»; спробуйте показувати виразно, як живіт випинається та як стає пласким.

» Зосередьтеся на техніках дихання.

«Спробуйте подихати «животом» разом зі мною. Пам'ятайте, ми починаємо з повного видиху, поки не вийде усе повітря, а потім робимо вдих. Якщо зможете, вдихайте через ніс, а видихайте через рот. Другий крок – це сповільнення темпу Вашого дихання. Вдихайте упродовж трьох секунд, затримайте дихання на 2 секунди, а потім видихайте протягом трьох секунд. Я порахую з Вами. Можете заплющити очі, а можете не заплющувати. Повільно робіть вдих – 1, 2, 3. Затримайте дихання – 1, 2. А тепер видихайте – 1, 2, 3». Повторюйте цю дихальну вправу приблизно одну хвилину, одну хвилину відпочиньте і повторіть увесь цикл ще двічі.

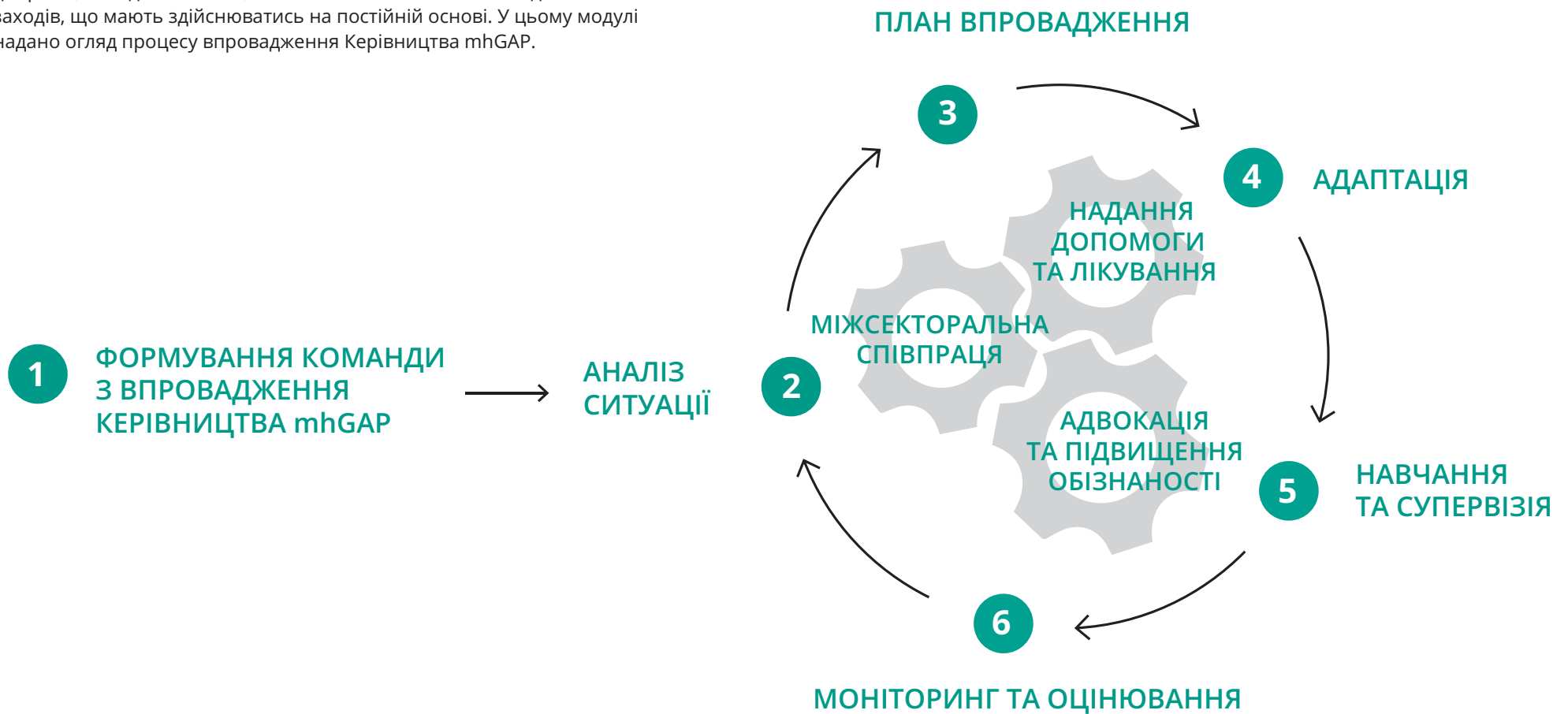
» Заохочуйте людей робити її самостійно.

«Спробуйте робити це самі впродовж однієї хвилини. Цю вправу Ви можете робити самостійно».

ВПРОВАДЖЕННЯ КЕРІВНИЦТВА mhGAP

Процес впровадження Керівництва mhGAP

Особам, відповідальним за планування програм, рекомендується вжити низку заходів для впровадження цього Керівництва у закладах охорони здоров'я загального профілю. Їх можна відобразити у вигляді діаграми, наведеної нижче, яка включає кілька ключових дій та заходів, що мають здійснюватись на постійній основі. У цьому модулі надано огляд процесу впровадження Керівництва mhGAP.



1 Формування команди з впровадження Керівництва mhGAP

- » З огляду на географічний регіон/територію, яку потрібно охопити, може виникнути необхідність створити одну або більше команд.
- » Чітко пропишіть мету та технічне завдання для команд з впровадження, а також підготуйте робочий план для кожного учасника команд/-и. Одна із ключових функцій команд – спостерігати за процесом впровадження.
- » Скористайтеся органом, який вже існує, замість створення нового. Наприклад, комітетом з питань охорони здоров'я або дорадчою групою у громаді. Іноді існує декілька груп. У такому разі об'єднання цих груп або створення нової групи, яка включить у себе учасників усіх цих груп, може бути рішенням.
- » Команда з впровадження має включати у себе принаймні одного представника кожного з наступних секторів: громадянське суспільство і користувачі послуг, політики, поточні та потенційні організації, які надають фінансову підтримку, або донори, програмні менеджери, надавачі послуг та особи, відповідальні за комунікацію.
- » Формуйте менші робочі групи або оперативні групи, які займатимуться окремими завданнями, напр. оперативну групу з впровадження навчання або з впровадження заходів з адвокації та просвіти. Завжди чітко окреслюйте функції оперативної групи та роль кожного з її учасників.

2 Аналіз ситуації

Основною метою аналізу ситуації є підготовка інформації про ресурси та потреби щодо ПНПР-розладів, необхідні для планування, адаптації та впровадження Керівництва. Цей процес включає аналіз наявної інформації, напр. ознайомлення з характеристикою країни в Атласі з психічного здоров'я ВООЗ (WHO Mental Health Atlas Country Profile), звітом за Інструментом ВООЗ для оцінки систем охорони психічного здоров'я (WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems (AIMS)), іншими проведеними дослідженнями, а також інтерв'ю та групові обговорення з різними зацікавленими сторонами з метою відповіді на такі запитання:

- » Яку оцінку потреб і ресурсів слід провести передусім? Що вже відомо?
- » Яка існує державна політика стосовно психічного здоров'я? Які є професійні людські ресурси у країні/регіоні та організації, які надають послуги з охорони психічного здоров'я?
- » Які існують системи переконань та поведінкові моделі пошуку допомоги у сфері психічного здоров'я у країні/регіоні?
- » Які існують потенційні перешкоди впровадженню Керівництва mhGAP, наприклад стигма та дискримінація людей із ПНПР-розладами, державні пріоритети у сфері охорони здоров'я, які витісняють ПНПР-розлади, тощо?

3 План впровадження Керівництва mhGAP

На основі аналізу ситуації розробіть план впровадження Керівництва mhGAP, який відповідатиме на такі запитання:

ДЕ

- » Де впроваджуватиметься Керівництво mhGAP (напр., у закладах, районах, містах)?

КОЛИ

- » Коли впроваджуватиметься кожен захід Керівництва mhGAP (напр., розклад адаптації, тренінгу тренерів, навчання надавачів послуг, супервізії та заходи з адвокації)?

ЯКІ

- » Які ресурси наявні та які потрібні для впровадження Керівництва mhGAP, у тому числі фінансові та людські ресурси, інфраструктура (напр., заклади, постачання медикаментів)?

ХТО

- » Хто проходитиме навчання і які знання та уміння в них вже є (напр., знання та уміння, які вже є у медсестер та лікарів, які працюють на рівні первинної медичної допомоги (ПМД))? Хто буде відповідальним за виконання кожного заходу (напр., хто проводитиме навчання та супервізію)?

ЯК

- » Як можна покращити комунікацію та шляхи скеровування між різними рівнями системи, запроваджуючи водночас нову послугу?
- » Як можна збирати дані про заходи з впровадження Керівництва mhGAP та інтегрувати їх в індикатори інформаційної системи охорони здоров'я?

4 Адаптація

Адаптація Керівництва mhGAP – це процес прийняття рішень про зміни, які потрібно здійснити в Керівництві mhGAP, відповідних навчальних матеріалах, інструментах моніторингу і оцінювання (MiO), а також в інших інструментах, які є доречними у конкретному контексті країни або району, та їх внесення.

Мета адаптації Керівництва mhGAP:

Зробити можливим впровадження Керівництва, зокрема компонентів оцінки та ведення, через місцеву систему охорони здоров'я.

- » Забезпечити прийнятність керівництва для місцевого соціокультурного контексту.
- » Вживати місцеву термінологію для покращення комунікації з отримувачами послуг і родичами/доглядачами.
- » Уточнити шляхи скеровування між різними службами.
- » За необхідності узгодити матеріали з відповідними національними настановами та політикою у сфері лікування.
- » Сформувані підґрунтя для розвитку відповідних навчальних програм та інструментів.
- » Забезпечити, що індикатори MiO узгоджуються з державними інформаційними системами охорони здоров'я.

Метод адаптації Керівництва mhGAP:

- » Організуйте семінар із групою різних зацікавлених сторін для проведення контекстуалізації та адаптації Керівництва mhGAP, навчальних матеріалів, інструментів MiO та інших інструментів.
- » Залучіть експертів, які представляють різні дисципліни (напр., психіатрію, терапію залежностей, неврологію, педіатрію, соціальну роботу та психологію), людей, які представляють різні рівні надання медичної допомоги (напр., спеціалісти у сфері громадського здоров'я, працівники первинної медичної допомоги, фахівці сімейної медицини, медичні сестри, фармацевти, спеціалісти у сфері інформаційної системи охорони здоров'я), користувачів послуг і політиків.
- » Застосовуйте аналіз ситуації, проведений у регіонах, де впроваджуватиметься Керівництво mhGAP.
- » Забезпечте узгодження процесу адаптації з національними документами (напр., національною політикою у сфері охорони здоров'я, законодавством та планом, клінічними протоколами та настановами, які використовуються у загальній медицині/закладах первинної медичної допомоги, а також національним переліком основних лікарських засобів).

5 Навчання і супервізія з Керівництва mhGAP

Важливим аспектом впровадження Керівництва mhGAP є навчання медичних працівників, які працюють у неспеціалізованих закладах, як фахівців первинного контакту, які будуть проводити втручання; разом зі створенням механізмів забезпечення для них постійної підтримки та супервізії. Хоча керівництво буде впроваджуватися в основному медичними працівниками, які не є спеціалістами у сфері психічного здоров'я, цей процес потребуватиме скоординованих дій з боку спеціалістів у цій сфері, а також експертів у сфері громадського здоров'я для забезпечення оптимального його впровадження.

Метою тренінгу з використання Керівництва mhGAP є формування у медичних працівників, які не є спеціалістами у сфері психічного здоров'я, знань та умінь, необхідних для обстеження та ведення людей із пріоритетними ПНПР-розладами. Тривалість тренінгу залежить від проведеної адаптації Керівництва mhGAP, а також від тих знань та умінь, які уже є у медичних працівників. Зазвичай для проведення цього тренінгу потрібно кілька повних робочих днів, і він може проводитися за реальної присутності учасників або шляхом електронної освіти – залежно від можливостей.

Структура тренінгу дає змогу планувати каскадне навчання за двома рівнями: провідний фасилітатор навчає «тренерів», які у свою чергу проводять навчання для медичних працівників, які безпосередньо працюють із пацієнтами.

Навчання тренерів із Керівництва mhGAP:

Завдання тренінгу – забезпечити тренерів необхідними навичками та надати їм впевненості у своїй спроможності навчати медичних працівників, які не є спеціалістами у сфері психічного здоров'я, а також бути для них консультантом.

Тренери/супервізори із Керівництва mhGAP повинні:

- » бути спеціалістами у сфері лікування ПНПР-розладів (психіатром, психіатричною медсестрою, неврологом тощо), лікарем або медсестрою, що пройшли навчання з ведення ПНПР-розладів за допомогою Керівництва mhGAP, та мати відповідний досвід, та/або бути супервізорами у рамках існуючої системи охорони здоров'я;
- » мати клінічні навички та досвід у сфері психічного здоров'я та/або ведення ПНПР-розладів;
- » мати навички та досвід у сфері організації допомоги щодо ПНПР-розладів, зокрема ведення документації, організації подальшого спостереження та скерування до інших служб;
- » бути хорошими фасилітаторами та мати добрі навички розв'язання проблем;
- » бути доступними для надання підтримки та супервізії, зокрема проведення регулярних супервізійних візитів.

Програма тренінгу

Очікується, що тренери у майбутньому проведуть навчальні курси із Керівництва mhGAP та надаватимуть підтримку та супервізії медичним працівникам. Окрім навчання із проведення обстеження та ведення людей із ПНПР-розладами згідно з Керівництвом mhGAP, вони також дізнаються про методи навчання, підготовку навчального плану, методи супервізії та забезпечення якості.

Підтримка та супервізія із Керівництва mhGAP:

Учасники навчального курсу із Керівництва mhGAP зазвичай є медичними працівниками, які працюють у клініках/лікарнях первинної або вторинної медичної допомоги та не є спеціалістами у сфері психічного здоров'я. Вони потребуватимуть постійної допомоги, аби перенести усе те, що вони вивчили під час тренінгу, у свою клінічну практику. Супервізія вважається частиною безперервного процесу навчання, необхідного для підготовки компетентних надавачів послуг із Керівництва mhGAP. Метою підтримки та супервізії є не тільки допомога медичним працівникам, що навчаються, у наданні кращих послуг з охорони психічного здоров'я (клінічна супервізія), а й підтримка у робочому середовищі, пов'язаному із впровадженням Керівництва mhGAP (адміністративна та програмна супервізія).

Конкретні цілі підтримки та супервізії:

- » допомогти у перенесенні знань та умінь із тренінгу з Керівництва mhGAP у клінічну практику;
- » забезпечити належне проведення втручань у сфері охорони психічного здоров'я, які відповідають вимогам Керівництва mhGAP, та надати підтримку щодо навичок, які потребують подальшого розвитку;
- » виявити проблеми у веденні складних клінічних ситуацій, з якими стикаються навчені із Керівництва mhGAP медичні працівники, та допомогти з їх вирішенням;
- » допомогти вмотивувати медичних працівників, які не є спеціалістами у сфері психічного здоров'я, надавати якісну допомогу людям із ПНПР-розладами;
- » забезпечити встановлення процедур ведення необхідної документації, адміністративних процедур щодо ПНПР-розладів, зокрема скерувань та подальшого ведення; а також упевнитися в тому, що їх інтегровано у поточні системи у місцевих закладах охорони здоров'я;

- » упевнитися, що налагоджено постачання медикаментів, медичного обладнання та інших систем підтримки для впровадження Керівництва mhGAP;
- » демонструвати ставлення із повагою та без осудження, а також етичний підхід у лікуванні, який підтримує та захищає права людей із ПНПР-розладами; та заохотити до цього медичних працівників, навчених із Керівництва mhGAP;
- » надати підтримку медичним працівникам, які відчувають стрес.

6 МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНЮВАННЯ

Моніторинг та оцінювання (МіО) може надати інформацію про те, чи призводить програма до якихось змін і для кого ці зміни відбуваються; МіО може виявити ті аспекти програми, які досягають поставленої мети, а також ті, які потребують корекції. Інформація, отримана завдяки МіО, може продемонструвати особам, які впроваджують програму, та її спонсорам, що їхні інвестиції приносять результат. МіО надає критично важливу інформацію, яка дає змогу навчатися на основі минулого досвіду, покращувати надання послуг, планувати, розподіляти ресурси та демонструвати результати у рамках відповідальності перед ключовими зацікавленими особами. Фраза «те, що вимірюється, – виконується» підсумовує важливість моніторингу та оцінювання під час планування та впровадження програми.

МіО включає у себе планування, координацію, збір, аналіз та використання даних, отриманих з національного, районного та місцевого рівнів, у тому числі закладів охорони здоров'я і фасилітаторів Керівництва mhGAP, навчених медичних працівників та супервізорів; отже, буде дуже корисним, якщо команда з впровадження Керівництва mhGAP призначить координатора з питань МіО або субгрупу для планування та ведення цієї діяльності.

Деякими прикладами індикаторів, які можна використовувати для моніторингу впровадження Керівництва mhGAP, є: індикатори на рівні закладу – кількість навчених із Керівництва mhGAP медичних працівників, кількість візитів для надання підтримки та супервізії до кожного закладу, який впроваджує Керівництво mhGAP; індикатори на рівні системи – кількість закладів, які використовують Керівництво mhGAP для обстеження та ведення осіб із ПНПР-розладами, кількість закладів із безперервним постачанням основних лікарських засобів для лікування ПНПР-розладів.

Переконайтеся в тому, що ці індикатори включені до національної інформаційної системи з охорони здоров'я. Збір даних з використанням індикаторів допоможе у проведенні моніторингу Керівництва mhGAP. Вони також допоможуть кожні два роки звітувати про психічне здоров'я у країні для Атласу психічного здоров'я ВООЗ, для відстеження прогресу у впровадженні Комплексного плану дій в галузі психічного здоров'я на період 2013-2020 років.

Оцініть процес впровадження Керівництва mhGAP, виявіть успіхи, а також сфери, які потребують покращення, та оновіть Аналіз ситуації.

Окрім шістьох дій, описаних вище, існує ще три безперервних види діяльності, які є невід'ємним елементом впровадження Керівництва mhGAP. Вони описані у підрозділах нижче.

А. НАДАННЯ ДОПОМОГИ ТА ЛІКУВАННЯ

Керівництво mhGAP рекомендує низку фармакологічних і психологічних втручань, які надаються медичними працівниками, які не є спеціалістами у сфері психічного здоров'я. Наприклад, проведення терапії із вирішення проблем (Problem Solving Therapy, PST) та міжособистісної терапії (Interpersonal Therapy, IPT) у випадку депресії у дорослих. ВООЗ розробила психологічні втручання у спрощених формах. Це втручання, які можна широко впроваджувати, а їх надання потребує менш інтенсивного використання ресурсів спеціалістів. Це означає, що втручання було модифіковано таким чином, щоб його надання потребувало меншої кількості ресурсів порівняно з традиційними психологічними втручаннями, а також аби люди, які мають освіту у сфері охорони психічного здоров'я, так і люди, які її не мають, могли ефективно надавати низькоінтенсивні варіанти терапії з вирішення проблем та міжособистісної терапії, за умови, що вони пройшли належне навчання та працюють під супервізією. Прикладами посібників ВООЗ із психологічних втручань для широкого впровадження, які є частиною пакета mhGAP, вбачаються: посібник ВООЗ «Управління проблемами плюс (УП+)» (Problem Management Therapy PM+), посібник ВООЗ «Міжособистісна терапія» (Interpersonal Therapy, IPT), посібник ВООЗ про материнську депресію «Здорове мислення» (Thinking Healthy), а також навчальний посібник ВООЗ «Навчання з виховання» (Caregiver skills training, CST).

Основні лікарські засоби можна використовувати для лікування симптомів ПНПР-розладів, для скорочення перебути багатьох розладів, зменшення непрацездатності та попередження рецидивів. Основні лікарські засоби є частиною Типового списку основних лікарських засобів ВООЗ. Доступ до основних лікарських засобів є елементом «права на [найвищий досяжний стандарт] здоров'я».

Існує чотири основні групи медикаментів, які спрямовані саме на пріоритетні ПНПР-розлади, про які йдеться у цьому Керівництві:

- » антипсихотичні препарати для лікування психотичних розладів;
- » лікарські засоби, які використовуються при розладах настрою (депресивному або біполярному);
- » антиконвульсанти/протиепілептичні лікарські засоби;
- » медикаменти, які використовуються для ведення станів відміни психоактивних речовин, інтоксикації або залежності.

Досвід багатьох країн демонструє, що можливо досягти покращення у постачанні та використанні медикаментів. Доступ населення до основних лікарських засобів визначається: (i) раціональним вибором медикаментів; (ii) доступними цінами; (iii) забезпеченням сталого фінансування; а також (iv) наявністю надійних систем охорони здоров'я та постачання.

В. АДВОКАЦІЯ ТА ПІДВИЩЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ

Адвокація у сфері психічного здоров'я обмірковано та стратегічно використовує інформацію з метою впливу на інших людей заради здійснення змін. Вона включає підвищення уваги до потреб і прав людей із психічними розладами та населення в цілому. Адвокація відрізняється від освіти. Освіта інформує та допомагає сформулювати розуміння проблеми. Адвокація спрямована на те, щоб переконати. Це робиться за допомогою запитів і закликів ужити певних заходів. Одним із базових принципів є те, що адвокація ефективна тільки тоді, коли цільову аудиторію просять щось зробити. Мобілізація людей означає запрошення їх до того, щоб стати частиною рішення.

Приклади заходів із адвокації

Адвокаційні заходи, спрямовані на широкий загал

- » Залучайте та мобілізуйте людей із ПНПР-розладами та їхніх доглядачів до адвокаційної діяльності. Забезпечте, щоб спільнота мала прямий і позитивний соціальний контакт із людьми з ПНПР-розладами.
- » Використовуйте ЗМІ для підвищення обізнаності про проблеми у сфері психічного здоров'я, напр. шляхом публічних звернень, статей у журналах, оголошень у центрах охорони здоров'я, водночас підкреслюючи необхідність відповідальної подачі інформації, особливо коли йдеться про суїцид.
- » Проводьте просвітницьку роботу щодо проблем психічного здоров'я у громадських місцях (напр., у школах, центрах охорони здоров'я).
- » Проводьте відкриті заходи та лекції на теми, пов'язані із психічним здоров'ям.

Адвокаційні заходи, спрямовані на медичних працівників, зокрема спеціалістів у сфері психічного здоров'я

- » Поширюйте розуміння важливості надання допомоги у спільноті, участі у житті спільноти, прав людей із ПНПР-розладами.
- » Забезпечуйте належне навчання та підтримку медичним працівникам: спеціалістам у сфері психічного здоров'я та фахівцям загальної медичної практики.

С. ПОБУДОВА МЕРЕЖ ТА МІЖСЕКТОРАЛЬНА СПІВПРАЦЯ

Впровадження Керівництва mhGAP вимагає співпраці між різними секторами та зацікавленими сторонами, зокрема:

- » **спеціалізовані та неспеціалізовані медичні послуги та медичні працівники:** напр., психологи, медичні працівники, які працюють у спільноті, соціальні працівники, надавачі амбулаторних і стаціонарних медичних послуг, працівники виїзних служб;
- » **користувачі послуг:** напр., групи або окремі особи, які мають подібні стани, члени родини з подібним станом або які доглядають за людьми із подібними станами (після отримання згоди усіх залучених осіб);
- » **родина та друзі:** виявіть види соціальної активності, якими раніше займалася людина, яка, за умови відновлення, надасть їй пряму чи опосередковану психологічну та соціальну підтримку (напр., родинні зустрічі, прогулянки із друзями, відвідування сусідів, соціальні заходи на роботі, спорт і заходи у спільноті), та заохочуйте людину до відновлення цієї активності;
- » **неформальна підтримка у громаді:** напр., духовні гуртки, оцадні групи, рекреаційні групи, жіночі групи, групи підтримки молоді, групи з культури, групи самопомоги, телефонні служби допомоги;
- » **освіта та працевлаштування:** напр., школи, освітні програми, програми, спрямовані на створення джерела доходу, або програми, які надають професійну підготовку. Зокрема, програми профілактики суїцидів у шкільному середовищі, які включають підвищення обізнаності із психічного здоров'я та тренінги навичок, спрямовані на зменшення кількості суїцидальних спроб та смертей через суїциди серед учнів-підлітків;
- » **неурядові організації:** напр., юридична допомога, служби захисту дітей, програми із гендерно обумовленого насильства або програми психосоціальної підтримки;
- » **державні служби та пільги:** напр., громадська судова система, служба у справах дітей, пенсійна служба, служба з питань інвалідності, пільги на користування транспортом.

Для сприяння ефективної співпраці між усіма цими групами важливо:

- » Переконайтеся, що у кожного члена команди із впровадження Керівництва mhGAP є **чітко визначені роль та функції**.
- » **Отримавши інформацію із ситуаційного аналізу та, постійно оновлюючи її відповідно до змін які відбуваються, підготуйте перелік ресурсних організацій і пільг**, аби допомогти медичним працівникам загальної практики налагоджувати корисні контакти для людей із пріоритетними за mhGAP розладами, їхніх доглядачів та інших членів родини.

ГЛОСАРІЙ

ТЕРМІН	ВИЗНАЧЕННЯ
Автономія	Усвідомлена спроможність контролювати, справлятися із труднощами та особисто приймати рішення у власному щоденному житті згідно зі своїми правилами та уподобаннями.
Агранулоцитоз	Захворювання крові, за якого відсутні гранулоцити (тип білих клітин крові). Це гострий розлад, який включає у себе важку та небезпечну лейкопенію, також відомий як вторинний, індукований медикаментами агранулоцитоз.
Ажитація	Виражена непосидливість та надмірна рухова активність, яка супроводжується тривогою.
Акатизія	Суб'єктивний стан непосидливості, який часто супроводжується помітними надмірними рухами (напр., нервові рухи ніг, переступання з ноги на ногу, ходіння туди-сюди, неспроможність сидіти або стояти спокійно).
Акінезія	Відсутність або зниження свідомо керованих рухів. Стан, пов'язаний із хворобою Паркінсона, при якому людині складно розпочати рухи або переключитися з одного виду рухів на інший.
Активності повсякденного життя (Activities of daily living, ADLs)	Концепція функціонування «активності повсякденного життя» – це базова діяльність, необхідна для незалежного життя, у тому числі харчування, купання, користування туалетом. У межах цієї концепції існує кілька інструментів для визначення спроможності людини виконувати той чи інший вид діяльності з допомогою або без неї.
Антихолінергічні побічні реакції	Антихолінергічні препарати блокують дію ацетилхоліну на мускаринові рецептори. Антихолінергічні побічні реакції включають у себе сухість у роті, затруднене сечовипускання, серцебиття та синусову тахікардію.
Апластична анемія	Хвороба, яка характеризується неспроможністю стовбурових клітин крові виробляти нові зрілі клітини. Також ознакою цієї хвороби є низький рівень еритроцитів, лейкоцитів і тромбоцитів. Ця хвороба може проявлятися блідістю, втомлюваністю, запамороченням, підвищеним ризиком інфекцій, підвищеним утворенням гематом і кровотеч.
Атаксія	Розлад м'язової координації. У людей з атаксією виникають проблеми з координацією через ураження частин нервової системи, які контролюють рухи та баланс. Атаксія може уражати пальці, руки, ноги, тіло, мову та рухи очей.
Блукання	Люди з деменцією відчувають потребу ходити, та в деяких випадках вони йдуть із дому. Через проблеми з орієнтацією вони можуть загубитися.

ТЕРМІН	ВИЗНАЧЕННЯ
Відволікання (distractibility)	Труднощі з концентрацією та зосередженням на завданні; увага легко відволікається під впливом зовнішніх стимулів.
Вогнищеві дефіцити	Неврологічні ознаки, які є помітними явищами з боку тіла або реакціями, які дають змогу припустити, що у людини є локалізовані, відносно обмежені ураження нервової системи.
Галюцинація	Хибне сприйняття реальності: людина бачить, чує речі, яких немає, відчуває їх на дотик чи запах.
Гіперактивація (Hyperarousal)	Інтенсивний та тривалий вегетативний розряд, який супроводжується станом «застиглої» пильності та настороженості щодо подразників навколишнього середовища. Такі реакції найчастіше спостерігаються під час посттравматичних стресових розладів і часто пов'язані зі вживанням психоактивних речовин або станом їх відміни.
Гнівливість, гнівливий настрій	Стан настрою, у якому людина легко дратується, у неї легко проковується злість, що не відповідає обставинам.
Горювання	Процес втрати, горя та відновлення, зазвичай пов'язаний зі смертю.
Дезорганізована поведінка	Поведінка, включаючи позу, ходу та іншу діяльність, яка є непередбачуваною і не є цілеспрямованою (напр., крик на незнайомих на вулиці).
Дезорганізоване / непорядковане мислення	Порушення процесу асоціативного мислення, яке зазвичай проявляється у мові, коли людина раптово переходить з однієї теми на іншу, яка не пов'язана або мінімально пов'язана з першою. Людина не подає жодних ознак того, що вона розуміє незв'язність або нелогічність свого мислення.
Делірій	Транзиторний мінливий психічний стан, який характеризується порушенням уваги (зниженням спроможності скерувувати, зосереджувати, утримувати та переключати увагу) та усвідомлення (напр., зниження орієнтації у навколишньому середовищі); який швидко розвивається та має тенденцію до коливань упродовж дня. Його також супроводжують інші порушення сприйняття, пам'яті, мислення, емоцій або психомоторних функцій. Він може бути результатом гострих органічних розладів, наприклад інфекцій, прийому медикаментів, метаболічних розладів, інтоксикації психоактивними речовинами або їх відміною.
Детоксикація	Процес, через який особа позбавляється впливу психоактивної речовини. Також цей термін позначає клінічну процедуру – процес відміни, який проводиться безпечно та ефективно задля мінімізації симптомів відміни речовини.

ТЕРМІН

ВИЗНАЧЕННЯ

Дефіцит вітаміну К у новонароджених	Брак вітаміну К може призвести до важкої кровотечі у немовлят зазвичай одразу після народження, але іноді вона може статися упродовж 6 місяців після народження. Кровотеча може бути шлунково-кишковою, внутрішньочерепною або відбуватися у шкірі або слизових оболонках. Однією з причин є прийом матір'ю протиепілептичних лікарських засобів.
Дистонія	Тривалі м'язові скорочення або мимовільні рухи, які можуть призвести до нерухомих патологічних поз. Див.: пізня дискінезія .
Догляд для перепочинку (Respite care)	Тимчасове надання допомоги у закладах охорони здоров'я людині, яка зазвичай повинна отримувати допомогу вдома.
Еклампсія	Будь-який стан у вагітних жінок, який характеризується судомними нападами або конвульсіями, які вперше виникають під час вагітності. Цей стан часто характеризується гіпертонією, що була спровокована вагітністю; конвульсіями; судомними нападами; тривогою; болем у епігастрії; сильним головним болем; розпливчастістю зору; протеїнурією та едемою, які можуть розвинути під час вагітності, пологів та у післяпологовий період.
Екстрапірамідні побічні реакції / симптоми (ЕПС)	Патології у м'язових рухах, найчастіше спричинені антипсихотичними препаратами. Вони включають у себе тремор м'язів, здерев'янілість, спазми та/або акатизію.
Епілептичний статус	Безперервна клінічна та/або електрографічна судомна активність, яка триває 5 або більше хвилин, або повторювані судомні напади без періоду відновлення (повернення до початкового стану) між судомами; може бути конвульсивним або неконвульсивним.
Злоякісний нейролептичний синдром (ЗНС)	Нечастий, але небезпечний для життя розлад, спричинений антипсихотичними препаратами, який характеризується гарячкою, делірієм, м'язовою ригідністю та високим кров'яним тиском.
Змінений психічний статус	Змінений стан свідомості або психічний стан, близький до знепритомнення, який часто викликається прийомом психоактивних речовин або іншими психічними чи неврологічними станами. Прикладами можуть бути сплутана свідомість та дезорієнтація. Див.: делірій та стан сплутаної свідомості .
Ідіосинкратична реакція	Індивідуальна, непередбачувана, незалежна від дози препарату реакція на будь-яку речовину: сонливість або ейфорія, почервоніння, карпопедальні спазми, апное тощо.
Інвалідність (Disability)	Будь-які обмеження або недостатність (які є результатом порушення) здатності виконувати діяльність у спосіб або в межах діапазону, який вважається нормальним для людини. Термін «інвалідність (Disability)» передає наслідки порушення з точки зору функціональності та діяльності для людини.

ТЕРМІН

ВИЗНАЧЕННЯ

Інсульт	Див.: Порушення мозкового кровообігу (ПМК) .
Інформована згода	Процес, коли медичний працівник надає відповідну інформацію особі, яка далі може зробити добровільний вибір – погодитись на лікування або відмовитися від нього. Інформована згода включає у себе обговорення таких елементів: суть рішення/процедури; обґрунтовані альтернативи запропонованому втручання; можливі ризики, переваги та елементи невизначеності, пов'язані з кожним альтернативним варіантом лікування; оцінка розуміння людини, а також схвалення втручання людиною.
Когнітивні	Психічні процеси, пов'язані з мисленням. Вони включають у себе міркування, запам'ятовування, судження, вирішення проблем і планування.
Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)	Психологічний метод лікування, у якому поєднуються когнітивні компоненти (спрямовані на зміни у мисленні, наприклад, шляхом виявлення та опрацювання нереалістичних негативних думок) та поведінкові компоненти (спрямовані на зміни поведінки, наприклад, допомагаючи людині більше займатися діяльністю, яка приносить задоволення).
Коморбідний, коморбідність	Описує захворювання або розлади, які існують одночасно.
Конвульсія, конвульсивні рухи	Клінічні або субклінічні порушення функції кори мозку внаслідок раптового, патологічного, надмірного та дезорганізованого розряду клітин головного мозку (див.: судомний напад). Клінічна картина включає у себе патологічні рухові, сенсорні та психічні прояви.
Консультавання із вирішення проблем (Problem-solving counselling)	Метод психологічного лікування, який включає у себе систематичне використання техніки виявлення проблем і їх вирішення упродовж кількох сесій.
Конфіденційність	Приватність у контексті привілейованого спілкування (наприклад, під час консультації між пацієнтом та лікарем), а також захищеної медичної документації.
Макулопапульозний висип	Висип, який складається із макул (пласкі, не відчутні на дотик, окреслені ділянки шкіри або елементи зміненого кольору (напр., веснянки)) та папул (маленькі точкові елементи, що видаються на шкірі, часто у формі горбка та менші за 5 мм у діаметрі).
Маячення	Стойке переконання, яке суперечить наявним доказам. Його неможливо змінити за допомогою раціональних аргументів, також воно не підтримується іншими представниками культури або субкультури, до якої належить особа (напр., це переконання не є елементом релігійної віри).
Менінгіальне подразнення	Подразнення шарів оболонки головного та спинного мозку, зазвичай спричинене інфекцією.

ТЕРМІН

ВИЗНАЧЕННЯ

Менінгіт	Захворювання менінгеальної оболонки (мембрана, яка укриває головний та спинний мозок), зазвичай спричинене інфекцією бактеріальної, вірусної, грибової або паразитарної природи.
Міастенія гравіс	Розлад нервово-м'язової передачі, який характеризується виснажливістю та слабкістю черепних і скелетних м'язів. Клінічні прояви включають у себе мінливу диплопію та птоз, а також втомлюваність та слабкість м'язів обличчя, проксимальних кінцівок, бульбарної групи, дихальних м'язів.
Міжособистісна терапія (МОТ)	Вид психологічного лікування, який зосереджується на зв'язку між депресивними симптомами та міжособистісними проблемами, особливо пов'язаними з горем, суперечками, змінами у житті та соціальною ізоляцією. Також відома під назвою «міжособистісна психотерапія».
М'язове посмикування	Див.: конвульсія .
Навчання із навичок батьківства	Група тренінгових програм, метою яких є зміна поведінки батьків та посилення їх упевненості у засвоєнні ефективних стратегій виховання. Включає у себе навчання батьків емоційній комунікації та позитивним навичкам взаємодії між батьками та дітьми, а також методам позитивного підкріплення для покращення поведінки та функціонування дитини/підлітка.
Напади	Розмовний термін на позначення конвульсій. Див.: конвульсія .
Напади люті (Temper tantrum)	Емоційні вибухи дитини або людини у стані емоційного дистресу.
Народне цілительство	Система способів лікування, що базується на знаннях корінних народів у різних культурах щодо зцілення.
Нейроінфекція	Інфекція, яка уражає головний та/або спинний мозок.
Неонатальний абстинентний синдром	Внутрішньоутробне піддавання впливу наркотичних речовин може призвести до неонатального синдрому відміни. Симптоми відміни зазвичай є неврологічними та перешкоджають нормальному автономному функціонуванню. Клінічні прояви відміни речовини є різними та залежать від кількох чинників, напр., тип і доза вживаної речовини, швидкість метаболізму та виділення речовини у матері і дитини.
Нерозбірлива мова	Мова із нерозбірливою вимовою.
Опозиційна поведінка	Нарочито зухвала, неслухняна, провокаційна або озлоблена поведінка, яка може проявлятися переважно стійким злобним або дратівливим настроєм, що часто супроводжується важкими спалахами люті або схильністю до суперечок.

ТЕРМІН

ВИЗНАЧЕННЯ

Ортостатична гіпотензія	Раптове падіння артеріального тиску, яке може статися, якщо людина раптово міняє позу (з пози лежачи у позу сидячи або стоячи), і зазвичай призводить до головокружіння або запаморочення. Не є небезпечною для життя.
Ощадна група	Ощадна діяльність, у якій бідні люди можуть швидко накопичувати велику суму грошей, об'єднавши свої заощадження у загальний фонд, що може потім використовуватись групою або членом групи, для ефективного інвестування.
Павукоподібний невус	Сукупність дрібних червоних кров'яних судин, видимих під шкірою, які зазвичай з'являються під час вагітності або як симптом певних хвороб (напр., цирозу або acne rosacea).
Печінкова енцефалопатія	Патологічний психічний стан, який включає в себе сонливість, плутанині свідомості або кому, спричинені дисфункцією печінки.
Підвищений настрій	Позитивний настрій, який зазвичай характеризується підвищеною енергійністю та самооцінкою, які можуть бути неспівмірні з обставинами життя людини.
Пізня дискінезія	Це форма дистонії, характеристикою якої є викручування та стійке спазмування м'язів в області голови, шиї та іноді спини. Вона може не проходити після припинення прийому антипсихотичних препаратів.
Подовження QT	Потенційний спричинений медикаментом побічний ефект реполяризації міокарда шлуночків, що характеризується подовженим інтервалом QT на електрокардіограмі (ЕКГ), який може призвести до виникнення симптоматичних шлуночкових аритмій та підвищеного ризику раптової серцевої смерті.
Політерапія	Призначення більше ніж одного медикаменту одночасно для лікування одного розладу.
Порушення мозкового кровообігу (ПМК)	Раптове порушення мозкової функції, пов'язане із судинним розладом, в основному з тромбозом, крововиливом або емболією. Див.: інсульт .
Порфірія	Група розладів, основною характеристикою яких є періодичні нейровісцеральні прояви, ураження шкіри або поєднання одного й іншого. Клінічні ознаки хвороби зазвичай проявляються у дорослому віці, але від деяких видів порфірії страждають і діти. Пряма або непряма нейротоксичність може спричинити неврологічні прояви.
Приватність	Стан, за якого особа не відчуває несанкціонованого вторгнення. Наприклад, приватність особи в активностях повсякденного життя (зокрема, у клієнтів закладів із тривалого перебування) або конфіденційні медичні записи.

ТЕРМІН**ВИЗНАЧЕННЯ**

Пригнічення дихання	Неадекватно сповільнена частота дихання, що призводить до недостатнього рівня кисню. До поширених причин можна віднести травми мозку та інтоксикацію (наприклад, через бензодіазепіни).
Псевдодеменція	Розлад, що нагадує деменцію, але не обумовлений органічною хворобою мозку та потенційно піддається лікуванню; може проявлятися симптомами депресії у деяких людей старшого віку.
Психоосвіта	Процес навчання людей із ПНПР-розладами та їх доглядачів / членів сім'ї про природу хвороби, включаючи її ймовірні причини, прогресування, наслідки, прогноз, лікування та альтернативи.
Реакція гіперчутливості	Небажаний ефект фармацевтичних препаратів (у тому числі – активних діючих та допоміжних речовин), який клінічно нагадує алергію. Вона належить до небажаних реакцій типу «В» на медикаменти, які ВООЗ визначає як дозо-незалежну, непередбачувану, шкідливу та незаплановану відповідь на вживання медикаменту у дозі, яка зазвичай призначається людям. Вона включає багато різних клінічних фенотипів із різним початком і ступенем важкості.
Рецидив	Повернення до вживання алкоголю або інших психоактивних речовин після періоду невживання, яке часто супроводжується відновленням симптомів залежності. Цей термін також використовується для позначення повернення симптомів ПНПР-розладу після періоду покращення.
Ригідність	Опір пасивним рухам кінцівок різного спектра. Є симптомом паркінсонізму.
Розгальмована поведінка, розгальмованість	Відсутність обмежень, яка проявляється нехтуванням соціальними правилами, імпульсивністю та слабким оцінюванням ризиків. Це може впливати на сприйняття людини, а також рухову, емоційну і когнітивну сфери її функціонування.
Розлади спектра аутизму	Загальний термін, який включає у себе такі стани, як аутизм, дитячий дезінтеграційний розлад та синдром Аспергера.
Рослинні препарати	Низка препаратів народної медицини, ефективність більшості з яких була емпірично відкрита сотні років тому та які є частками рослин або вироблені з них. У багатьох культурах знання про ефективність рослинних препаратів ретельно зберігається та передається усно від одного покоління до іншого.
Самоушкодження	Навмисне самоотруєння або нанесення собі травм, які можуть мати фатальні наслідки чи результат або не мати їх.

ТЕРМІН**ВИЗНАЧЕННЯ**

Свербіж	Інтенсивне відчуття, яке викликає бажання потерти або подряпати шкіру для полегшення.
Серотоніновий синдром	Характеризується надлишком серотоніну у центральній нервовій системі, пов'язаний із прийомом різних препаратів, зокрема селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). Серотоніновий синдром може призвести до ригідності м'язів, міоклонії, ажитації, сплутаності свідомості, гіпертермії, гіперрефлексії, а також порушенням діяльності вегетативної нервової системи із ризиком розвитку низького тиску у периферичних судинах, судом, коми, рабдоміолізу та/або дисемінованим внутрішньосудинним згортанням крові (ДВЗ-синдром).
Синдром Стивенса-Джонсона	Небезпечний для життя стан шкіри, який характеризується болісним відшаруванням шкіри, утворенням виразок, пухирів і струпів на слизових оболонках (рота, губ, горла, язика, очей та геніталій) та іноді супроводжується гарячкою. Найчастіше є тяжкою реакцією на лікарські препарати, особливо на протиепілептичні препарати.
Сімейна терапія	Метод консультування, який складається з кількох (зазвичай більше шести) запланованих сесій протягом декількох місяців. Він має надаватися окремим родинам або групам родин, а також має включати особу, яка живе із психічним розладом, якщо це можливо. Він має функції підтримки та освіти або лікування. Він часто включає у себе техніки вирішення проблем або управління кризою, які відбуваються у форматі перемовин із консультантом.
Скачка думок	Швидкий тип мислення із переходом від однієї ідеї до наступної, причому ці ідеї не мають прямого зв'язку між собою. Цей стан часто пов'язаний із манією або іншими психічними розладами.
Соціальна мережа	Поняття, запропоноване аналітичною соціологією, що описує характеристики соціальних зв'язків між людьми як способу розуміння їхньої поведінки замість зосередження на характеристиках індивідів.
Соціальне відчуження	Неспроможність людини брати участь у заходах, відповідних її віку, або взаємодіяти зі своїми однолітками або членами родини.
Спинальний абсцес	Стан, який розвивається у спинальному каналі та який спричиняється бактеріальною, вірусною або грибовою інфекцією. Цей стан характеризується накопиченням у спинальному каналі вогнищ гнійного ексудату. Цей стан може проявлятися гарячкою, болями у спині та неврологічними дефіцитами. Інфекція поширюється через кров.

ТЕРМІН

ВИЗНАЧЕННЯ

Сплутаність, стан сплутаної свідомості

Стан порушеної свідомості, пов'язаний із гострим або хронічним церебральним органічним розладом. Його клінічними характеристиками є дезорієнтація, сповільненість психічних процесів зі слабким зв'язком між ідеями, апатія, брак ініціативи, втома та брак уваги. За легких станів сплутаної свідомості під час обстеження можна отримати раціональні відповіді та побачити раціональну поведінку, але при важчих ступенях цей розлад робить людину неспроможною підтримувати контакт із навколишнім середовищем.

Стигма

Позначення, яке встановлює відмінність між стигматизованою людиною та іншими, через приписування негативних характеристик цій особі. Стигма, пов'язана із психічними розладами, часто призводить до соціального виключення та дискримінації, а також до додаткового тягаря для постраждалої людини.

Судомний напад

Епізод мозкового порушення, який виникає через розлад функції кори головного мозку, що призводить до раптових, патологічних, надмірних і дезорганізованих розрядів клітин головного мозку. Клінічні прояви включають патологічні рухові, сенсорні та психічні ознаки.

Суїцидальні думки/мислення

Думки, ідеї або нав'язливі думки про можливість покінчити з собою, починаючи від думок про те, що було б краще померти, до розробки детального плану.

Терапія зайнятості (Occupational therapy)

Терапія, розроблена з метою надання допомоги особам для покращення їх незалежності у повсякденному житті шляхом реабілітації, вправ і використання допоміжних приладів. Окрім того, у рамках цієї терапії пропонується діяльність для сприяння зростанню, самореалізації та підвищення самооцінки.

Терапія посилення мотивації (Motivational Enhancement Therapy)

Структурована терапія (триває 4 або менше сесій), покликана надати допомогу людям із розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин. Вона включає у себе підхід, спрямований на мотивацію до змін з використанням технік мотиваційного інтерв'ю, а саме – залучення людини до розмови про вживання нею психоактивних речовин, зокрема про те, що, на її думку, є перевагами, а що шкодить, спираючись на власні цінності людини, уникаючи суперечок із нею у разі, якщо є опір, та заохочуючи людину самостійно вирішувати, якою може бути її мета.

Терапія управління кризовими станами (Contingency Management Therapy)

Структурований метод винагородження певних бажаних моделей поведінки, наприклад відвідування лікування та уникання шкідливого вживання психоактивних речовин. Із часом винагороди за бажану поведінку зменшуються, оскільки формуються природні винагороди.

ТЕРМІН

ВИЗНАЧЕННЯ

Токсичний епідермальний некроліз

Небезпечно для життя відшаровування шкіри, яке зазвичай спричиняється реакцією на медикаменти або інфекцію. Подібне до синдрому Стівенса-Джонсона, але є важчим.

Транзиторна ішемічна атака (TIA)

Транзиторний епізод гострої вогнищевої неврологічної дисфункції, спричиненої вогнищевою ішемією головного мозку або сітківки без проявів гострого інфаркту у відповідній частині мозку. Симптоми мають повністю минути упродовж 24 годин.

Тремор

Тремтіння або дрижання частини тіла, зазвичай пальців, яке є мимовільним.

Тренінг із релаксації

Включає в себе навчання таких технік, як дихальні вправи, для досягнення релаксації.

Тромбоцитопенія

Патологічно низький рівень тромбоцитів у крові. Ця хвороба може проявлятися збільшенням кількості синців або появою кровотеч. Підтверджується виявленням зменшеної кількості тромбоцитів в аналізі крові.

Феохромоцитома

Нейроендокринна пухлина мозкової речовини наднирників, що спричиняє симптоми (в основному головний біль, серцебиття та надмірне пітіння) та ознаки (в основному гіпертензія, схуднення та діабет), які є результатом впливу адреналіну та норадреналіну на альфа- та бета-адренергічні рецептори.

Фетальний алкогольний синдром

Синдром патології розвитку, спричинений тим, що матір вживала алкоголь під час вагітності. Він характеризується пренатальним та/або постнатальним дефіцитом розвитку та унікальним поєднанням невеликих аномалій обличчя, які проявляються незалежно від етнічної приналежності, виявляється на момент народження та не зменшується з віком. Постраждалі діти мають важку патологію центральної нервової системи, зокрема: мікроцефалію, когнітивні та поведінкові порушення (інтелектуальні порушення, загальний дефіцит когнітивних функцій, навчання та мови, виконавчих функцій, візуально-просторового мислення, пам'яті та уваги).

Хвороба Альцгеймера

Первинно дегенеративна хвороба мозку, переважно невідомої етіології, яка має характерні нейропатологічні та нейрохімічні особливості. Цей розлад зазвичай починається непомітно та розвивається повільно, але неухильно протягом декількох років.

Психічні, неврологічні розлади та розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин (ПНПР-розлади), є надзвичайно поширеними та формують великий тягар захворювань та непрацездатності в усьому світі. Для подолання прогалини між наявними ресурсами та значною потребою у відповідних послугах Всесвітня організація охорони здоров'я започаткувала Програму дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (Mental Health Gap Action Programme, mhGAP).

Метою mhGAP є поширення допомоги та послуг, які є науково обгрунтованими для профілактики та ведення пріоритетних ПНПР-розладів. Керівництво mhGAP версії 1.0 для ведення ПНПР-розладів у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я було розроблено у 2010 році як простий інструмент, який уможлиблює інтегроване ведення пріоритетних ПНПР-розладів за допомогою протоколів для прийняття клінічних рішень.

Запроваджене більш ніж у 90 країнах світу, Керівництво mhGAP версії 1.0 мало широкий успіх. Ми раді представити Керівництво mhGAP версії 2.0 з оновленнями, які включають у себе науково обгрунтовані рекомендації, є зручнішими у використанні, а також містять нові розділи, які дадуть змогу розширити його застосування як медичними працівниками, так і програмними менеджерами.

Ми сподіваємось, що це Керівництво й надалі буде дорожньою картою для надання допомоги та послуг людям із ПНПР-розладами в усьому світі та дасть змогу наблизитися до цілі загального охоплення послугами з охорони здоров'я.

Керівництво mhGAP версії 2.0 містить такі розділи:

- » **Основні принципи допомоги та клінічної практики**
- » **Головний алгоритм**
- » **Депресія**
- » **Психози**
- » **Епілепсія**
- » **Дитячі та підліткові психічні і поведінкові розлади**
- » **Деменція**
- » **Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин**
- » **Самоушкодження/суїцид**
- » **Інші важливі скарги на стан психічного здоров'я**
- » **Впровадження Керівництва mhGAP**



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

Європейське регіональне бюро ВООЗ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) – це спеціалізоване агентство Організації Об'єднаних Націй, яке було створене 1948 року, і чия головна функція полягає у вирішенні міжнародних проблем охорони здоров'я і охорони здоров'я населення. Європейське регіональне бюро ВООЗ є одним із шести регіональних бюро в різних частинах земної кулі, кожне з яких має свою власну програму діяльності, спрямовану на вирішення конкретних проблем охорони здоров'я країн, якими регіональне бюро ВООЗ опікується.

Країни-члени:

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

Всесвітня організація охорони здоров'я Європейське регіональне бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Ел. адреса: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int

