НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

****

Том XXIII
№ 1-2
2017
Москва – Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков;
Главный редактор профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров;
доктор медицинских наук С.А. Алтынбеков; кандидат медицинских наук Н.А. Негай; кандидат медицинских наук Т.В. Пак; О.С. Применко (ответственный секретарь); профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических наук Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; доктор медицинских наук А.Ю. Толстикова; кандидат медицинских наук А.А. Кусаинов; кандидат медицинских наук Г.А. Садвакасова

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н.А. Бохан (Томск); профессор М.Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М.Х. Гонопольский (Хайфа); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Л.А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук М.К. Телеуов (Астана)

**Регистрационное свидетельство № 8864-Ж от 14.12.2007 г.
выдано Министерством культуры и информации
Республики Казахстан
Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 от 10.01.2001 г. выдано
Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций**

**Журнал основан в 1995 году
Периодичность: ежеквартально**

Подписной индекс журнала в АО «Казпочта» – 74753

**Адрес редакции: 140001, Республика Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93
E-mail: neovitae@mail.ru**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

И ЭКОЛОГИИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная Психотерапевтическая Лига

РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

Том XXIII
№ 1-2
2017 год

выходит
4 раза в год

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 августа 2017 года № 575
О реализации мер по развитию службы охраны психического здоровья на 2017-2018 годы 5-8

ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Всемирная организация здравоохранения, Агентство ООН по делам беженцев
Руководство по гуманитарной помощи Программы действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP-HIG): лечение психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ, в чрезвычайных гуманитарных ситуациях 9-63

НАРКОЛОГИЯ

Асадуллин А.Р., Анцыборов А.В., Ахметова Э.А.
Психоактивные эффекты и токсические реакции, связанные с употреблением мефедрона и метилона. Обзор литературы. 64-71

Резюме 72

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY

I ECOLOGII

FOUNDERS:

Professional Psychotherapeutic League

RSE on REU «Republican Scientific and Practical Center of Mental Health»

Volume XXIII
№ 1-2
2017

Published 4 times in a year

TABLE OF CONTENTS

NORMATIVE LEGAL ACTS

The order of the Ministry of Health of Kazakhstan Republic of 1 August 2017 № 575
On implementation of measures in the development of the mental health service in 2017-2018 5-8

PROGRAM MATERIALS

World Health Organization, The UN Refugee Agency
The WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies 9-63

NARCOLOGY

Asadullin A.R., Antsyborov A.V., Akhmetova E.A.
Psychoactive effects and toxic reactions, after the use of mephedrone and methylol. Literature review. 64-71

Summary 72

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

ПРИКАЗ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 1 АВГУСТА 2017 ГОДА № 575 О РЕАЛИЗАЦИИ МЕР ПО РАЗВИТИЮ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НА 2017-2018 ГОДЫ

В целях развития службы охраны психического здоровья Республики Казахстан в 2017-2018 годах **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемую Дорожную карту по развитию службы охраны психического здоровья Республики Казахстан на 2017-2018 годы (далее – Дорожная карта).
2. Республиканскому государственному предприятию на праве хозяйственного ведения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» представлять в Министерство здравоохранения Республики Казахстан ежегодно до 20 декабря 2017-2018 годов сводную информацию о реализации Дорожной карты.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Актаеву Л.М.
4. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

Министр **Е. Биртанов**

Утверждена приказом
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «1» августа 2017 г. № 575

Дорожная карта по развитию службы охраны психического здоровья Республики Казахстан на 2017-2018 годы

№	Наименование мероприятия	Форма завершения	Срок исполнения	Ответственные исполнители
1	2	3	4	5
1. Формирование пациентоориентированной службы охраны психического здоровья				
1.1. Интеграция службы психического здоровья с амбулаторно-поликлиническими организациями				
1.	Провести обучение врачей наркологической службы вопросам психиатрии и врачей психиатрической службы вопросам наркологии	Информация в МЗ РК	август – декабрь 2017 г.	РНПЦПЗ (по согласованию) Медицинские ВУЗы (по согласованию)
2.	Обеспечить открытие первичных центров психического здоровья (далее – ПЦПЗ) на уровне городских амбулаторно-поликлинических организаций	Приказ УЗ	август 2017 г. – декабрь 2018 г.	УЗ областей, гг. Алматы, Астана (по согласованию)
3.	Обеспечить передачу амбулаторно-поликлинической психиатрической и наркологической служб в штат городских поликлиник	Приказ УЗ	январь 2018 г.	УЗ областей, гг. Алматы, Астана (по согласованию)
4.	Провести реструктуризацию порядка динамического наблюдения психиатрических и наркологических больных	Приказ МЗ	январь 2018 г.	МЗ РК (ДОМП) РЦРЗ (по согласованию) РНПЦПЗ (по согласованию)
5.	Создать информационно-аналитические, мониторинговые центры при территориальных Центрах психического здоровья	Приказ УЗ	январь 2018 г.	УЗ областей, гг. Алматы, Астана (по согласованию)
6.	Провести обучение врачей общей практики (далее – ВОП) вопросам профилактики, диагностики и лечения пограничных психических расстройств легкой и средней тяжести, основам конфликтологии	Информация в МЗ РК	в течение 2017-2018 гг.	УЗ областей, гг. Алматы, Астана (по согласованию) РНПЦПЗ Медицинские ВУЗы (по согласованию)

№	Наименование мероприятия	Форма завершения	Срок исполнения	Ответственные исполнители
1	2	3	4	5
7.	Предусмотреть в компетенциях ВОП вопросы по профилактике, диагностике и лечению лиц с пограничными психическими и поведенческими расстройствами	Приказ МЗ (Стандарт организации помощи в области психического здоровья населению РК)	январь 2018 г.	МЗ РК (ДОМП, ДПЧР) РЦРЗ (по согласованию) РНПЦПЗ (по согласованию)
8.	Разработать и утвердить следующие протоколы диагностики и лечения: 1) «Органические, включая симптоматические, психические расстройства (неврозоподобный уровень)»; 2) «Невротические, связанные со стрессом соматоформные расстройства»; 3) «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами».	Решение экспертного совета РЦРЗ	IV кв. 2018 г.	РЦРЗ (по согласованию), МЗ РК (ДОМП), РНПЦПЗ
9.	Разработать методические рекомендации для медицинских работников ПМСП по профилактике, раннему выявлению лиц с психическими и поведенческими расстройствами	Методические рекомендации	декабрь 2018 г.	РНПЦПЗ (по согласованию), РЦРЗ (по согласованию)
10.	Осуществить выезды в регионы по мониторингу процесса интеграции службы психического здоровья с амбулаторно-поликлиническими организациями	Информация в МЗ РК	март – ноябрь 2018 г.	РНПЦПЗ (по согласованию)
1.2. Объединение юридических лиц – региональных психиатрических и наркологических организаций				
11.	Провести разъяснительную работу для местных исполнительных органов (совещания, селектор на уровне МЗ, вынесение вопроса на НКС), медицинской общественности (встречи, собрания, общественные слушания, конференции), населения (СМИ, общественные слушания)	Информация в МЗ РК	июль – декабрь 2017 г.	МЗ РК (ДОМП) МЗ РК (УСО ПС) РНПЦПЗ (по согласованию)
12.	Разработать проект алгоритма мероприятий по объединению региональных психиатрических и наркологических организаций	Алгоритм	август 2017 г.	РНПЦПЗ (по согласованию) МЗ РК (ДГЗА)
13.	Обеспечить слияние психиатрических и наркологических организаций областей, гг. Астаны, Алматы	Постановление акимата	декабрь 2017 г.	Акиматы областей, гг. Алматы, Астаны (по согласованию)
14.	Рассмотреть вопрос о передислокации созданных ЦПЗ с созданием реабилитационной инфраструктуры (для наркологических и психиатрических больных) в экологически благоприятном районе на окраине города либо в пригороде, путем применения механизмов государственного частного партнерства	Аналитическая справка	2018 г.	Акиматы областей, гг. Алматы, Астаны (по согласованию)
15.	Обеспечить включение в План проведения заседаний коллегии Министерства вопроса о ходе реализации Дорожной карты по развитию службы охраны психического здоровья Республики Казахстан на 2017-2018 годы	План на 2018 год	декабрь 2017 г.	МЗ РК (ДОМП)
1.3. Внедрение института клинических психологов в системе здравоохранения				
16.	Обеспечить повышение потенциала специалистов психиатрического профиля по клинической психологии	Информация в МЗ РК	2017-2018 годы	РНПЦПЗ (по согласованию)
17.	Разработать программу магистратуры по клинической психологии	Программа	май 2018 г.	МЗ РК (ДНЧР) РНПЦПЗ (по согласованию) Медицинские, немедицинские ВУЗы (по согласованию)
18.	Открыть магистратуру по клинической психологии в медицинских ВУЗах	Информация в МЗ РК	июль 2018 г.	Медицинские, немедицинские ВУЗы (по согласованию)

№	Наименование мероприятия	Форма завершения	Срок исполнения	Ответственные исполнители
1	2	3	4	5
1.4. Финансирование медицинских услуг в области психического здоровья				
19.	Подготовить анализ действующих тарифов на оказание психиатрических и наркологических услуг, оказываемых в рамках ГОБМП за 2016 год	Аналитическая информация	август 2017 г.	РНПЦПЗ (по согласованию)
20.	Определить методику формирования тарифов на оказание психиатрических и наркологических услуг, оказываемых в рамках ГОБМП с 1 января 2018 года	Приказ МЗ	август 2017 г.	РЦРЗ (по согласованию) МЗ РК (ДФ) РНПЦПЗ (по согласованию)
21.	Утвердить тарифы на оказание психиатрических и наркологических услуг, оказываемых в рамках ГОБМП с 01 января 2018 года	Приказ МЗ	август 2017 г.	РЦРЗ (по согласованию) МЗ РК (ДФ) РНПЦПЗ
22.	Обеспечить сбор данных о фактических расходах за оказание амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи	Аналитическая информация	ноябрь 2017 г.	РНПЦПЗ (по согласованию)
23.	Разработать методику возмещения затрат за оказание амбулаторно-поликлинической, стационарной и стационарозамещающей помощи на уровне ПЦПЗ, Центров психического здоровья и РНПЦПЗ	Приказ МЗ	декабрь 2017 г.	РЦРЗ (по согласованию) МЗ РК (ДФ) РНПЦПЗ (по согласованию)
24.	Утвердить тарифы за оказание амбулаторно-поликлинической, стационарной и стационарозамещающей помощи на уровне ПЦПЗ, Центров психического здоровья и РНПЦПЗ	Приказ МЗ	март 2018 г.	РЦРЗ (по согласованию) МЗ РК (ДФ) РНПЦПЗ (по согласованию)
25.	Определить порядок возмещения затрат ПЦПЗ, Центрам психического здоровья и РНПЦПЗ	Приказ МЗ	март 2018 г.	МЗ РК (ДФ) РНПЦПЗ (по согласованию)
2. Деятельность Предприятия на основе международных стандартов				
2.1. Повышение эффективности деятельности РНПЦПЗ				
26.	Внедрить систему ключевых показателей эффективности (KPI) в деятельность РНПЦПЗ	Приказ РНПЦПЗ	октябрь 2017 г.	РНПЦПЗ (по согласованию)
27.	Осуществить переход деятельности РНПЦПЗ по принципу проектного менеджмента (клинической, научной, организационной)	Структура, приказ РНПЦПЗ	октябрь 2017 г.	РНПЦПЗ (по согласованию)
28.	Внедрить инструменты риск-менеджмента и оптимизации расходов в деятельность РНПЦПЗ	Отчёт	июнь 2018 г.	РНПЦПЗ (по согласованию)
29.	Организовать процесс привлечения финансовых средств (фандрейзинг) в деятельности РНПЦПЗ	Отчёт	сентябрь 2018 г.	РНПЦПЗ (по согласованию)
2.2. Создание научно-образовательного центра центрально-азиатского региона в сфере психического здоровья				
30.	Подготовить национальных и региональных тренеров по вопросам психического здоровья	Отчёт	декабрь 2018 г.	РНПЦПЗ (по согласованию)
31.	Обеспечить коммерциализацию научной продукции	Отчёт	декабрь 2018 г.	РНПЦПЗ (по согласованию)

Расшифровка аббревиатур и сокращений:

МЗ РК – Министерство здравоохранения Республики Казахстан

КОМУ – Комитет оплаты медицинских услуг

ДОМП – Департамент организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан

ДНЧР – Департамент науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения Республики Казахстан

ДЭФ – Департамент экономики и финансов Министерства здравоохранения Республики Казахстан

ДГЗА – Департамент государственных закупок и активов Министерства здравоохранения Республики Казахстан

УСО ПС – Управление по связям с общественностью – Пресс-служба Министерства здравоохранения Республики Казахстан

РЦРЗ – Республиканский центр развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан

РНПЦПЗ – Республиканский научно-практический центр психического здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан

УЗ – управление здравоохранения

ВУЗ – высшее учебное заведение

Медицинские ВУЗы – Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Казахский национальный медицинский университет им. С. Асфендиярова», Акционерное общество «Медицинский университет Астана», Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Государственный медицинский университет г. Семей», Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Карагандинский государственный медицинский университет», Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова».

ФСМС – Фонд социального медицинского страхования

АПО – амбулаторная поликлиническая организация

ЦПЗ – центр психического здоровья

ПЦПЗ – первичный центр психического здоровья

ЦВАД – центр временной адаптации и детоксикации

KPI – ключевые показатели эффективности

НКС – национальный координационный совет по охране здоровья граждан

ВОП – врач общей практики

СМИ – средства массовой информации

г. – год

гг. – годы.

ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ISBN 978 92 4 454892 9

Лечение психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ, в чрезвычайных гуманитарных ситуациях

РУКОВОДСТВО ПО ГУМАНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРОГРАММЫ ДЕЙСТВИЙ ВОЗ ПО ЛИКВИДАЦИИ ПРОБЕЛОВ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (mhGAP-HIG)

Программа действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области психического здоровья

Всемирная организация здравоохранения, Агентство ООН по делам беженцев

Сегодня в мире возникает беспрецедентное количество чрезвычайных гуманитарных ситуаций, связанных с вооруженными конфликтами и стихийными бедствиями. Со времени окончания Второй мировой войны не наблюдалось такого количества беженцев и внутренне перемещенных лиц. Десятки миллионов человек – в особенности в странах Ближнего Востока, Африки и Азии – остро нуждаются в помощи, и особенно в психологической и психиатрической помощи.

В чрезвычайных ситуациях у детей и взрослых развивается множество различных психических и неврологических расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ. Горе и острое стрессовое расстройство поражают большинство людей и считаются естественными преходящими психологическими реакциями на крайне тяжелые обстоятельства. Однако у меньшинства подобные обстоятельства вызывают психические расстройства, такие как депрессивное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство или пролонгированная реакция горя, которые могут сильно мешать повседневной деятельности. Кроме того, люди с уже существующими тяжелыми заболеваниями, такими как психоз, умственная отсталость и эпилепсия, становятся еще более уязвимыми. Это может быть вызвано перемещением в другую местность, отсутствием должного внимания и отсутствием доступа к медицинской помощи. Наконец, употребление алкоголя и наркотиков создает серьезный риск проблем со здоровьем и гендерного насилия. И когда потребности населения в области психического здоровья существенно возрастают, соответствующих местных ресурсов здравоохранения часто не хватает. В таких условиях как никогда нужны практические и легкие в использовании инструменты.

Настоящее руководство рассчитано на подобные ситуации. «Руководство по гуманитарной помощи mhGAP» – простой практический инструмент, призванный помочь неспециализированным медицинским учреждениям в зонах чрезвычайных гуманитарных ситуаций в оценке и лечении больных с психическими и неврологическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением наркотиков и других веществ. Оно основано на Руководстве mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств ВОЗ (2010 г.), составленном с учетом фактических данных и широко используемом для ведения пациентов с такими состояниями в неспециализированных медицинских учреждениях, и предназначено для применения в чрезвычайных гуманитарных ситуациях.

Настоящее руководство полностью согласуется с «Руководящими принципами Межучрежденческого постоянного комитета (МПК)» и «Оперативными руководящими принципами УВКБ ООН по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке беженцев», которые требуют межсекторальных ответных мер для преодоления психических и социальных последствий чрезвычайных гуманитарных ситуаций и перемещения населения в другую местность. Оно также способствует выполнению основной задачи Комплексного плана действий в области психического здоровья ВОЗ на период 2013-2020 гг., а именно созданию всесторонней, комплексной и оперативной системы охраны психического здоровья и социальной поддержки во внебольничных условиях.

Мы призываем всех партнеров по гуманитарной деятельности в секторе здравоохранения принять и распространить это важное руководство, помочь уменьшить страдания и расширить возможности взрослых и детей с особыми потребностями в сфере психического здоровья в условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций.

Маргарет Чен
Генеральный директор ВОЗ

António Guterres
Верховный комиссар ООН по делам беженцев

Выражение благодарности

Разработка концепции

Mark van Ommeren (ВОЗ), Yutaro Setoya (ВОЗ), Peter Ventevogel (УВКБ ООН) и Khalid Saeed (ВОЗ), под руководством Shekhar Saxena (ВОЗ) и Marian Schilperoord (УВКБ ООН)

Составление проекта и редакционная коллегия

Peter Ventevogel (УВКБ ООН), Ka Young Park (Гарвардский институт государственного управления им. Джона Ф. Кеннеди) и Mark van Ommeren (ВОЗ)

Рабочая группа mhGAP ВОЗ

Nicolas Clark, Natalie Drew, Tarun Dua, Alexandra Fleischmann, Shekhar Saxena, Chiara Servili, Yutaro Setoya, Mark van Ommeren, Alexandra Wright и M. Taghi Yasamy

Прочие соавторы/рецензенты

Helal Uddin Ahmed (Национальный институт психического здоровья, Бангладеш), Corrado Barbui (Сотрудничающий центр ВОЗ по исследованиям и обучению в области психического здоровья, Веронский университет), Thomas Barrett (Денверский университет), Pierre Bastin (Международный комитет Красного Креста), Myron Belfer (Гарвардская медицинская школа), Margriet Blaauw (Целевая группа МПК по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке в чрезвычайных ситуациях), Boris Budosan (Мальтийский Интернационал), Kenneth Carswell (ВОЗ), Jorge Castilla (ECHO, Европейская комиссия), Vanessa Cavallera (ВОЗ), Elizabeth Centeno-Tablante (ВОЗ), Lukas Cheney (Мельбурнский университет), Rachel Cohen (Common Threads), Ana Cuadra («Врачи мира», MdM), Katie Dawson (Университет Нового Южного Уэльса), Joop de Jong (Амстердамский университет), Pamela Dix (Disaster Action), Frederique Drogoul («Врачи без границ», MSF), Carolina Echeverri (УВКБ ООН), Rabih El Chammay (Министерство здравоохранения, Ливан), Mohamed Elshazly (International Medical Corps, IMC), Michael First (Колумбийский университет), Richard Garield (Центры контроля и профилактики заболеваний, CDC), Anne Golaz (Женевский университет), David Goldberg (Королевский колледж, Лондон), Marlene Goodfriend (MSF), Margaret Grigg (MIND, Австралия), Norman Gustavson (PARSA, Афганистан), Fahmy Hanna (WHO), Mathijs Hoogstad (не в качестве сотрудника какой-либо организации, Нидерланды), Peter Hughes (Королевский колледж психиатров, Великобритания), Takashi Izutsu (Всемирный банк), Lynne Jones (Гарвардская школа здравоохранения), Devora Kestel (Панамериканская организация здравоохранения/ВОЗ), Louiza Khourta (УВКБ ООН), Cary Kogan (Оттавский университет), Roos Korste (in2mentalhealth, Нидерланды), Marc Laporta (Университет Макгилла), Jaak Le Roy (не в качестве сотрудника какой-либо организации, Бельгия), Barbara Lopes-Cardozo (CDC), Ido Lurie (Physicians for Human Rights, Израиль), Andreas Maercker (Цюрихский университет), Heini Mäkilä (Миссия международного содействия, Афганистан), Adelheid Marschang (ВОЗ), Carmen Martínez-Viciana (MSF), Jessie Mbwambo (Университет здоровья и сопутствующих дисциплин Мухимбили, Танзания), Fernanda Menna Barreto Krum (MdM), Andrew Mohanraj (CBM, Малайзия), Emilio Ovuga (Университет Гулу, Уганда), Sarah Pais (ВОЗ), Heather Papowitz (ЮНИСЕФ), Xavier Pereira (Медицинский факультет Университета Тэйлорс и Health Equity Initiatives, Малайзия), Pau Perez-Sales (Больница Ла-Пас, Испания), Giovanni Pintaldi (MSF), Bhava Poudyal (не в качестве сотрудника какой-либо организации, Азербайджан), Rasha Rahman (ВОЗ), Ando Raobelison (World Vision International), Nick Rose (Оксфордский университет), Cecile Rousseau (Университет Макгилла), Khalid Saeed (ВОЗ), Benedetto Saraceno (Новый лиссабонский университет, Португалия), Alison Schafer (World Vision International), Nathalie Severy (MSF), Pramod Mohan Shyangwa (IOM), Yasuko Shinozaki (MdM), Derrick Silove (Университет Нового Южного Уэльса), Stephanie Smith (Partners in Health), Leslie Snider (War Trauma Foundation), Yuriko Suzuki (Национальный институт психического здоровья, Япония), Saji Thomas (ЮНИСЕФ), Ana Marna Tijerino (MSF), Wietse Tol (Университет Джона Хопкинса и Фонд им. Питера К. Олдермана), Senop Tschakarjan (MdM), Bharat Visa (ВОЗ), Inka Weissbecker (IMC), Nana Wiedemann (Международная федерация Красного Креста) и William Yule (Королевский колледж, Лондон).

Финансирование

Управление верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ ООН)

Введение

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

Что такое mhGAP?

Программа действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP) – программа ВОЗ, направленная на компенсацию **нехватки медицинской помощи** людям, страдающим от психических и неврологических расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ). В рамках этой программы в 2010 г. было выпущено «Руководство mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств» (mhGAP-IG). Руководство mhGAP-IG – клиническое руководство по психическим и неврологическим расстройствам, а также расстройствам, связанным с употреблением наркотиков и других веществ, для **медицинских работников общего профиля**, работающих в **не-**

специализированных медицинских учреждениях, в особенности в странах с низким и средним уровнем доходов. К ним относятся врачи общей практики, медсестры, акушерки и клиницисты, а также врачи, не специализирующиеся в психиатрии и неврологии.

Помимо клинического руководства, программа mhGAP предоставляет ряд инструментов, облегчающих ее реализацию и полезных для анализа ситуации, адаптации клинических протоколов к местным особенностям, планирования программ, обучения, контроля и мониторинга[1].

Почему нужно адаптироваться к условиям гуманитарных чрезвычайных ситуаций?

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

Гуманитарный кризис создает ряд проблем, а также предоставляет медицинским работникам уникальные возможности. Возможности включают усиление политической воли и увеличение ресурсов для оказания и улучшения услуг в области охраны психического здоровья[2].

Проблемы включают:

- повышенную срочность расстановки приоритетов и распределения скудных ресурсов;
- ограниченное время на обучение медицинских работников;
- ограниченный доступ к специалистам (для обучения, контроля, менторства, направления к специалистам или консультации с ними);
- ограниченный доступ к лекарственным средствам в связи с нарушением обычных каналов поставок.

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

Содержание этого руководства

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

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

Это руководство охватывает:

- советы руководителям клиник;
- общие принципы оказания помощи в условиях гуманитарных чрезвычайных ситуаций, в том числе:
  - оказание многосекторальной поддержки в соответствии с ***«Руководящими принципами МПК по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке в чрезвычайных ситуациях»*** (МПК, 2007 г.), ***«Оперативными руководящими принципами по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке беженцев»*** (УВКБ ООН, 2013 г.) и другими инструментами для чрезвычайных ситуаций;
  - инструкции по снижению стресса;
- краткие разделы по оценке, лечению и принятию мер в отношении:
  - острого стрессового расстройства (ОСР);
  - горя (ГОРЕ);
  - депрессивного расстройства средней или тяжелой степени (ДЕП);
  - посттравматического стрессового расстройства (ПТСР);
  - психоза (ПСИ);
  - эпилепсии/припадков (ЭПИ);
  - умственной отсталости (УО);
  - пагубного употребления алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ);
  - суицида (СУИ);
  - прочих значимых жалоб, связанных с психическим здоровьем (ПРОЧ).

Другие изменения включают:

- Руководящие принципы по расстройствам поведения были изменены на руководящие принципы по нарушениям поведения у подростков и приведены в разделе о прочих значимых жалобах, связанных с психическим здоровьем (ПРОЧ).
- Раздел ***«Оценка и лечение состояний, связанных исключительно со стрессом: модуль Руководства mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств»*** (ВОЗ, 2013 г.) был разделен на три час-

[1] Для получения экземпляров этих инструментов напишите по адресу ***mhgap-info@who.int***.

[2] См. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). ***«Восстановить и улучшить: устойчивая охрана психического здоровья после чрезвычайных ситуаций»***. ВОЗ: Женева, 2013 г.

ти: острое стрессовое расстройство (ОСР), горе (ГОРЕ) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

- Был добавлен список терминов. Определения терминов, отмеченных звездочкой (*), приведены в приложении 2.

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

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

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

Советы руководителям клиник

Включение психических и неврологических расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ), в общую охрану здоровья должно контролироваться руководителем (например, районным инспектором системы здравоохранения, медицинским директором компетентного органа и пр.), ответственным за разработку и координацию оказания помощи в нескольких медицинских учреждениях, в зависимости от результатов анализа ситуации (см. ***инструментарий для оценки ВОЗ и УВКБ ООН [2012 г.]***). В каждом учреждении есть руководитель клиники (руководитель медицинского учреждения) с соответствующими обязанностями. Руководители клиник должны учитывать следующие аспекты.

Обстановка

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

Модель оказания услуг

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

Набор и обучение сотрудников

- Расскажите всем сотрудникам о необходимости создания **поддерживающей обстановки** для всех людей с расстройствами ПНВ.
- Определите, кто из сотрудников пройдет обучение помощи людям с ПНВ.
- Убедитесь в наличии ресурсов не только для обучения, но и для контроля. Клинический **контроль** сотрудников обязателен для оказания качественной помощи людям с ПНВ.
- Если только несколько человек могут пройти обучение по этому руководству, убедитесь, что остальной персонал может по крайней мере оказать первую психологическую помощь (ППП)*. Ознакомление с принципами ППП занимает примерно полдня. ***«Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах»*** и сопутствующие ***ознакомительные материалы*** для организаторов выложены в сети Интернет.
- Обучите регистратора приемного отделения (или человека на аналогичной должности) обращению с людьми в состоянии тревожного возбуждения, которые могут нуждаться в неотложной помощи или требовать ее предоставления.
- Обучите работников и волонтеров местного сообщества, если таковые имеются, как а) повысить осведомленность о помощи людям с ПНВ (см. ниже), б) помочь людям с расстройствами ПНВ обратиться за помощью в клинику или в) помочь с последующим лечением.
- Рассмотрите возможность направить кого-либо из медицинских работников (например, медсестру, работника по психосоциальной поддержке, социального работника местного сообщества) на обучение **психосоциальной поддержке** (например, проведению кратких курсов психотерапии, организации групп взаимопомощи, обучению управлению стрессом) и возложить на этого человека обязанность по оказанию этого вида помощи под контролем другого сотрудника.

• Ознакомьте всех сотрудников с **местными мероприятиями по охране общества:**

– требования к информированному согласию и его ограничения, в том числе сообщение о подозреваемом жестоком обращении с детьми, о сексуальном насилии и насилии, совершаемом на основании полового признака, и о других нарушениях прав человека;

– выявление, отслеживание и воссоединение семей. В особенности следует защищать детей, разлученных с семьей, и помогать в организации временного ухода за ними, если он требуется.

• Если к клинике с целью контроля прикреплены медицинские работники из разных стран, их следует ознакомить с местной культурой и условиями.

• Расскажите всем сотрудникам, как направить человека в имеющиеся службы.

Направление к специалистам

• Убедитесь, что в клинике есть актуальные контактные данные для направления к специалистам для лечения расстройств ПНВ.

• Убедитесь, что в клинике есть актуальные контактные данные других доступных источников поддержки в регионе (например, для удовлетворения основных потребностей, таких как убежище и пища, социальные и общественные ресурсы и услуги, защита и юридическая поддержка).

Повышение осведомленности о доступных услугах

• Подготовьте сообщения для местного сообщества о доступной помощи ПНВ (например, цель и важность помощи ПНВ, доступные в клинике услуги, местонахождение и часы работы клиники).

• Обсудите сообщения с лидерами местного сообщества.

• Используйте различные каналы распространения информации, такие как радио, объявления в медицинских учреждениях, работники местного сообщества или другие ресурсы, посредством которых можно проинформировать население.

• При необходимости рассмотрите возможность обсудить сообщения с местными врачами, практикующими народную и местную медицину, которые могут оказывать помощь людям с расстройствами ПНВ и могут быть готовы к сотрудничеству и направлению некоторых людей к специалистам (принципы см. в ***«Руководящих принципах МПК по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке в чрезвычайных ситуациях»*** [МПК, 2007 г.]).

• Обратитесь к маргинализованным группам, которые могут не знать о клинике или не иметь доступа к ней.

Лекарственные средства

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

• Всегда должны быть доступны:

– хотя бы один нейролептик (в таблетках и инъекционной форме);

– хотя бы одно противопаркинсоническое средство (для устранения потенциальных экстрапирамидных побочных эффектов*) (в таблетках);

– хотя бы одно противосудорожное / противоэпилептическое средство (в таблетках);

– хотя бы один антидепрессант (в таблетках) и

– хотя бы один анксиолитик (в таблетках и инъекционной форме).

• У вас может быть доступ к ***межучрежденческому набору для оказания неотложной медицинской помощи*** (IEHK) (ВОЗ, 2011 г.), большой коробке с лекарственными средствами и медицинскими изделиями, предназначенными для удовлетворения потребностей в первичной медико-санитарной помощи 10 000 человек в условиях чрезвычайной гуманитарной ситуации в течение 3 месяцев.

• Набор IEHK содержит следующие психотропные лекарственные средства:

– **Амитриптилин** в таблетках: таблетки по 25 мг × 4000

– **Бипериден** в таблетках: таблетки по 2 мг × 400

– **Диазепам** в таблетках: таблетки по 5 мг × 240

– **Диазепам** для инъекций: 5 мг/мл, 2 мл/ампула × 200

– **Галоперидол** в таблетках: таблетки по 5 мг × 1300

– **Галоперидол** для инъекций: 5 мг/мл, 1 мл/ампула × 20

– **Фенобарбитал** в таблетках: 50 мг × 1000

• Количество лекарственных средств в наборе IEHK недостаточно для программ активного выявления и лечения эпилепсии, психоза и депрессии. В таких случаях потребуются дополнительные лекарственные средства.

• В долгосрочной перспективе необходимое количество лекарственных средств определяется по потребностям.

• В дополнение к психотропным препаратам в наличии должен быть **атропин** для лечения острого отравления пестицидами, частой формы самоповреждения. Атропин входит в состав набора IEHK (1 мг/мл, 1 мл/ампула × 50).

• Убедитесь, что все лекарственные средства **хранятся в надежном месте**.

Управление информацией

• **Обеспечьте конфиденциальность**. Медицинские карты следует хранить в надежном месте.

• Определите, какие данные нужно вводить в систему медико-санитарной информации.

– Рассмотрите возможность использования 7-категорийного нейропсихиатрического компонента системы медико-санитарной информации УВКБ ООН для документирования расстройств ПНВ (см. приложение 1).

– В острой фазе масштабных чрезвычайных ситуаций лица, принимающие решения в области здравоохранения, могут быть не готовы добавить 7 пунктов в систему медико-санитарной информации. В такой ситуации следует добавить в эту систему хотя бы пункт под названием «психические, неврологические расстройства и расстройства, связанные с употреблением наркотиков и других веществ». Со временем следует заменить этот пункт более подробной классификацией.

- Собирайте и анализируйте данные и отчитывайтесь о результатах перед лицами, принимающими решения в области здравоохранения.

Общие Принципы оказания Помощи людям с психическими и неврологическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением наркотиков и других веществ, в условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций (ОПП)

1. Принципы общения

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

- Создайте обстановку, способствующую свободному общению
  - По возможности примите человека в **уединенном месте.**
  - Расположитесь **на уровне глаз** человека (например, если человек сидит, тоже сядьте).
  - **Поприветствуйте** человека; представьтесь и назовите свою должность/роль согласно местным обычаям.
  - **Выразите признательность** всем присутствующим.
  - Спросите человека, хочет ли он, чтобы лица, осуществляющие уход, или другие люди остались.
    - Если это не маленький ребенок, предложите побеседовать с ним (ней) наедине, если это возможно. Если человек хочет, чтобы другие остались, согласитесь с этим решением.
    - Если вы общаетесь с человеком наедине, спросите разрешения
      - задать лицам, осуществляющим уход, вопросы для уточнения их точки зрения и
      - пригласить лиц, осуществляющих уход, к обсуждению и согласованию плана лечения.
  - Дайте человеку понять, что информация, обсуждаемая в ходе посещения, будет сохранена **в тайне** и не будет распространяться без его разрешения, если только вы не обнаружите риск для самого человека или окружающих (имейте в виду, что это сообщение может быть изменено в соответствии с национальными юридическими требованиями к обеспечению конфиденциальности).
- **Как можно больше вовлекайте человека с расстройством ПНВ в разговор**
  - Даже если перед вами человек с ограниченными возможностями, всегда **старайтесь вовлечь** его в обсуждение. Это применимо к детям, молодым и пожилым людям с расстройствами ПНВ. Не игнорируйте их, разговаривая только с лицами, осуществляющими уход.
  - Всегда старайтесь **объяснить** человеку, что вы делаете (например, во время физикального обследования) и что вы собираетесь сделать.
- **Сначала выслушайте**
  - Не перебивайте человека с расстройством ПНВ. Люди, подверженные стрессу, не всегда ясно излагают свою историю. В этом случае будьте терпеливы и попросите разъяснить. Не подгоняйте их.
  - Не вынуждайте человека обсуждать или описывать потенциально травмирующие события*, если они не хотят откровенно рассказывать об этом. Просто дайте им знать, что вы готовы выслушать.
  - Детям может потребоваться больше времени, чтобы освоиться. Используйте слова, которые им понятны. Установление отношений с детьми может потребовать разговора об их интересах (игрушках, друзьях, школе и пр.).
- **Выражайтесь ясно и точно**
  - Используйте слова, знакомые человеку. Избегайте специальных терминов.
  - Стресс может нарушать способность людей обрабатывать информацию. Излагайте факты по очереди, помогая человеку понять, что было сказано, прежде чем перейти к следующему.
  - **Подведите итог** и **повторите** основные моменты. Возможно, лучше будет попросить человека или лиц, осуществляющих уход за ним, записать важные факты. Либо предоставьте человеку список основных моментов.
- **Ведите себя деликатно, когда люди рассказывают о тяжелом опыте (например, изнасиловании, насилии или самоповреждении)**

- Заверьте человека, что вы сохраните эту информацию в тайне.
- Никогда не преуменьшайте чувств человека, не читайте наставлений и не осуждайте его.
- Согласитесь, что человеку может быть трудно рассказывать о своей ситуации.
- Если требуется направление в другие службы, ясно объясните, что буде происходить на следующих этапах. Получите согласие на передачу сведений другим работникам, которые могут помочь. Например:
  - *Вы сказали, что ваш сосед сделал вам нечто очень плохое. Я никому об этом не расскажу, но я знаю людей, которые могут вам помочь. Вы не против, если я обсужу то, что с вами случилось, с моим коллегой из организации X?*

- **Не судите о людях по их поведению**
  - Люди с тяжелыми расстройствами ПНВ могу вести себя необычно. Помните, что это может быть вызвано их заболеванием. Будьте спокойны и терпеливы. Никогда не смейтесь над человеком.
    - Если человек ведет себя неподобающим образом (например, **возбужден, агрессивен, угрожает вам**), найдите источник проблемы и предложите решения. Привлеките лиц, осуществляющих уход, или других сотрудников к созданию **спокойной, тихой обстановки**. Если человек крайне подавлен или возбужден, возможно, следует **уделить ему первостепенное внимание** и сразу начать консультацию.
- **При необходимости используйте переводчика**
  - При необходимости постарайтесь работать с профессиональным переводчиком, желательно того же пола, что и человек с расстройством ПНВ. Если квалифицированный переводчик недоступен, с согласия человека перевод могут осуществлять другие медицинские работники или лица, осуществляющие уход.
  - Если переводит лицо, осуществляющее уход, помните, что человек с расстройством ПНВ может раскрыться не полностью. Кроме того, на общение может повлиять конфликт интересов между человеком и лицом, осуществляющим уход за ним. Если возникает такая проблема, пригласите на следующие посещения подходящего переводчика.
  - Попросите переводчика сохранять конфиденциальность и переводить дословно, не добавляя собственные мысли и толкования.

2. Принципы оценки

Клиническая оценка подразумевает выявление расстройства ПНВ, а также определения степени понимания проблем(ы) самим человеком. Кроме этого, важно оценить сильные стороны и имеющиеся ресурсы человека (например, социальную поддержку). Эта дополнительная информация поможет медицинским работникам предложить более качественную помощь. Важно всегда обращать внимание на общий внешний вид, настроение, выражение лица, язык тела и речь человека с расстройством ПНВ во время оценки.

- **Изучите текущую жалобу**
  - *Что привело вас сюда сегодня? Когда и как возникла эта проблема? Что-то изменилось со временем?*
  - *Что вы думаете об этой проблеме? Как вы думаете, в чем ее причина?*
  - *Как эта проблема влияет на вашу повседневную жизнь? Как проблема влияет на ваши занятия в школе / вашу работу или на повседневную жизнь в местном сообществе?*
  - *Что вы делали, чтобы решить эту проблему? Вы пробовали принимать какие-либо лекарства? Если да, то какие (например, рецептурные, безрецептурные, растительные)? Какой эффект они дали?*
- **Расспросите человека на предмет семейного анамнеза расстройств ПНВ**
  - *Известно ли вам, что у кого-нибудь из родственников была похожая проблема?*
- **Изучите общий анамнез человека**
  - Спросите о любых предыдущих проблемах с физическим здоровьем:
    - *Ранее у вас были серьезные проблемы со здоровьем?*
    - *У вас есть какие-либо проблемы со здоровьем, по поводу которых вы сейчас получаете медицинскую помощь?*
  - Спросите, принимает ли человек какие-либо лекарственные средства:
    - *Вы сейчас должны принимать какое-либо лекарство, которое вам назначил врач?*
    - *Как называется это лекарство? Оно у вас с собой? Как часто вы его принимаете?*
  - Спросите человека, была ли у него когда-либо аллергическая реакция на лекарственный препарат.
- **Обсудите текущие стрессовые факторы, стратегии управления стрессом и социальную поддержку**
  - *Как изменилась ваша жизнь после... [назовите событие, которое вызвало гуманитарный кризис]?*
  - *Вы потеряли близкого человека?*
  - *Насколько сильный стресс вы испытываете? Как он на вас воздействует?*
  - *Каковы сейчас ваши самые серьезные проблемы?*
  - *Как вы справляетесь с этими проблемами или решаете их изо дня в день?*
  - *Какую помощь вам оказывают? Вы получаете помощь от членов семьи, друзей или людей из местного сообщества?*

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

  Вопросы об алкоголе и наркотиках могут быть восприняты болезненно и даже считаться оскорбительными. Однако это важный компонент оценки ПНВ. Объясните человеку, что это часть оценки и постарайтесь задавать вопросы без осуждения и с учетом культурных особенностей.
  - *Мне нужно задать вам несколько стандартных вопросов в рамках этой оценки. Вы употребляете алкоголь (или любое другое вещество, считающееся проблемой в этой области)?* [Если да] *Сколько в день, в неделю?*
  - *Вы принимаете какие-нибудь таблетки, когда испытываете стресс, огорчение или страх? Вы принимаете что-нибудь, чтобы снять боль? Вы принимаете снотворное?* [Если да] *Сколько вы принимаете в день, в неделю? С какого времени?*
- **Расспросите о возможных суицидальных мыслях и попытках самоубийства**

  Вопросы о самоубийстве также могут считаться оскорбительными, но и они – важная часть оценки ПНВ. Постарайтесь задавать вопросы с учетом культурных особенностей и без осуждения.
  - Вы можете начать со следующего вопроса: *Каковы ваши надежды на будущее?* Если человек выражает отчаяние, задайте дополнительные вопросы **(см. врезку 1** раздела СУИ), такие как «*Как вы думаете, у жизни есть смысл?», «У вас бывают мысли о том, чтобы нанести себе вред?»* или *«Вы когда-нибудь планировали покончить с жизнью?»* **(см. раздел СУИ).**
- **Проведите целевое физикальное обследование**
  - Это должно быть направленное физикальное обследование, основанное на информации, полученной во время оценки ПНВ. При выявлении на этом этапе какого-либо соматического заболевания назначьте лечение или направьте человека к соответствующим специалистам.

- **При подозрении на расстройство ПНВ перейдите к соответствующему разделу для оценки.**
- **Если у человека присутствуют признаки нескольких расстройств ПНВ, просмотрите все соответствующие разделы.**

3. Принципы лечения

Многие расстройства ПНВ – хронические и требуют длительного контроля и последующего наблюдения. В чрезвычайных ситуациях, однако, может быть сложно обеспечить непрерывность оказания помощи, поскольку людям, которые были или будут перемещены в другую местность, не всегда доступны услуги охраны психического здоровья. Следовательно, важно понять, что лица, осуществляющие уход за людьми с расстройствами ПНВ, представляют собой ценный ресурс. Они могут обеспечить непрерывную помощь, поддержку и контроль во время кризиса. Под лицами, осуществляющими уход, подразумеваются все, кто разделяет ответственность за благополучие человека с расстройством ПНВ, включая членов семьи, друзей или других доверенных лиц. Лучшее понимание человеком и лицом, осуществляющим уход за ним, расстройства ПНВ, плана лечения и плана последующего наблюдения обеспечит лучшее следование указаниям медицинских работников.

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

Если женщина беременна или кормит грудью:
- Не следует назначать ей препараты, которые могут оказать неблагоприятное воздействие на плод, и обеспечьте женщине возможность проходить **дородовое наблюдение**.
- Не следует назначать препараты, которые несут потенциальный риск для ребенка, находящегося на грудном вскармливании. Контролируйте состояние ребенка, получающего грудное молоко женщины, которая принимает какой-либо лекарственный препарат. Рассмотрите возможность облегчения доступа в зоны/палатки для детей.

– Предоставьте сведения о финансовых аспектах плана лечения, если это применимо.

- **Ответьте на вопросы и опасения относительно плана лечения, которые могут быть у человека и лица, осуществляющего уход за ним**
- **Перед уходом человека:**
  – Убедитесь, что человек и лицо, осуществляющее уход за ним, поняли и согласились с планом лечения (например, вы можете попросить их обоих повторить основные пункты плана).
  – Поощряйте самоконтроль симптомов и расскажите человеку и лицу, осуществляющему уход за ним, когда нужно обращаться за неотложной помощью.
  – Договоритесь о следующем посещении.
    ■ Составьте план последующего наблюдения с учетом текущей гуманитарной ситуации (например, бегства или перемещения населения и перебоев в оказании услуг).
    ■ Если маловероятно, что человек сможет прийти в эту же клинику:
    • Дайте ему краткий план лечения в письменной форме и попросите брать этот план с собой при посещении любого лечебного учреждения в будущем.
    • Дайте контактные данные других медицинских учреждений в округе.
  – Первые посещения для последующего наблюдения должны происходить чаще, пока не появится ответ на лечение.
  – Когда симптомы начнут ослабевать, рекомендуются более редкие, но регулярные консультации.
  – Объясните, что при необходимости (например, в случае побочных эффектов препаратов) человек может вернуться в клинику в любой момент в промежутке между запланированными посещениями.
- **На каждой последующей встрече оцените следующее:**
  – Ответ на лечение, побочные эффекты препаратов и соблюдение режима лечения и психосоциальных мер. Отмечайте любой прогресс на пути к намеченным целям и поощряйте следование плану.
  – Общее состояние здоровья. Регулярно оценивайте физическое здоровье.
  – Уход за собой (например, питание, личная гигиена, одежда) и функционирование в обычной обстановке.
  – Психосоциальные аспекты и (или) изменения условий проживания, которые могут повлиять на лечение.
  – Понимание лечения человеком и лицом, осуществляющим уход за ним, и их ожидания от лечения. Проясните любые недопонимания.
  – Всегда проверяйте контактные данные, поскольку они могут часто меняться.
- **На протяжении всего периода последующего наблюдения:**
  – Поддерживайте регулярную связь с человеком и лицом, осуществляющим уход за ним. По возможности определите работника или другое доверенное лицо в местном сообществе, которое будет поддерживать связь с человеком. Этот человек может быть членом семьи.
  – Разработайте план действий на случай, если человек не явится на прием.
    ■ Постарайтесь выяснить, почему человек не пришел. Работник или другое доверенное лицо в местном сообществе может помочь найти человека (например, прийти к нему домой).
    ■ По возможности постарайтесь решить проблему, чтобы человек мог приходить в клинику.
  – Если состояние человека не улучшается, проконсультируйтесь со специалистом.

4. Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки

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

- **Определите возможные стрессовые факторы и доступность социальной поддержки**
  – *Что вас больше всего беспокоит в эти дни?*
  – *Как вы справляетесь с этим беспокойством?*
  – *Что дает вам комфорт, силу и энергию?*
  – *С кем вам легче всего делиться своими проблемами? Если вам плохо, к кому вы обращаетесь за помощью или советом?*
  – *Какие у вас отношения с членами семьи? Как члены вашей семьи и друзья поддерживают вас и почему они заставляют вас переживать?*
- **Обращайте внимание на признаки жестокого или пренебрежительного обращения**
  – Обращайте внимание на потенциальные признаки сексуального или физического насилия (включая бытовое насилие) по отношению к женщинам, детям и пожилым людям (напри-

мер, необъясненные синяки или травмы, чрезмерный страх, нежелание обсуждать проблемы в присутствии члена семьи).
  - Обращайте внимание на потенциальные признаки пренебрежительного обращения, в особенности у детей, людей с инвалидностью и пожилых людей (например, недостаточное питание в семьях с доступом к достаточному количеству еды, слишком замкнувшийся в себе ребенок).
  - При наличии признаков жестокого или пренебрежительного обращения поговорите с человеком в уединенной обстановке и спросите, причиняет ли кто-нибудь ему вред.
  - Если вы подозреваете жестокое или пренебрежительное обращение:
    - немедленно обсудите со своим начальником план действий;
    - с согласия человека определите ресурсы местного сообщества (например, проверенные юридические службы и защитные организации), которые можно использовать для защиты.
- На основе собранной информации рассмотрите следующие стратегии:
  - Решение проблемы:
    - используйте методики решения проблем*, чтобы помочь человеку воздействовать на основные стрессовые факторы. Если источники стресса невозможно устранить или уменьшить, можно использовать те же методики, чтобы выявить способы справиться со стрессовым фактором. В целом, не давайте прямых советов. Попробуйте помочь человеку найти собственные решения.
    - Работая с детьми и подростками, необходимо оценить и принять меры по отношению к источникам стресса лица, осуществляющего уход.
  - Окажите дополнительную социальную поддержку:
    - Помогите человеку выбрать поддерживающих его и надежных членов семьи, друзей и членов местного сообщества и подумать, какую помощь может оказать каждый из них.
    - С согласия человека направьте его туда, где могут быть использованы другие ресурсы местного сообщества для социальной поддержки. Социальные работники, кураторы и другие доверенные члены местного сообщества могут помочь человеку получить доступ к таким ресурсами, например:
      - службе социальной помощи или защиты;
      - убежищу, пищевым продуктам и другим вещам;
      - центрам, группам взаимопомощи и поддержки в местном сообществе;
      - деятельности, приносящей доход, и другой профессиональной деятельности;
      - формальному/неформальному образованию;
      - зонам для детей или другим организованным занятиям для детей и подростков.

      Направляя человека куда-либо, помогите ему получить доступ к этой услуге (например, дайте указания, как туда добраться, сообщите часы работы, номер телефона и пр.) и дайте человеку краткое направление.
  - Научите справляться со стрессом:
    - найдите и разработайте положительные способы расслабления (например, прослушивание музыкальных произведений, спортивные игры и пр.);
    - обучите человека и лиц, осуществляющих уход за ним, методикам уменьшения стресса (например, дыхательным упражнениям (см. ***врезку ОПП 2***).
    - В некоторых ситуациях вы можете направить людей к медицинскому работнику (например, медсестре или психосоциальному работнику), которые могут научить этим методикам.
- **Способствуйте снижению стресса у лиц, осуществляющих уход**
  - Спросите у лиц, осуществляющих уход, о следующем:
    - тревогах и беспокойстве, связанных с уходом за человеком с расстройством ПНВ, в текущей чрезвычайной гуманитарной ситуации;
    - практических трудностях (например, нехватка времени, свободы, денег);
    - возможности заниматься другими повседневными делами, такими как работа или участие в жизни местного сообщества;
    - физической усталости;
    - доступной им социальной поддержке:
    - *Есть ли другие люди, которые могут помочь вам, когда вы не можете ухаживать за человеком (например, когда вы больны или очень устали)*;
    - психологическом благополучии. Если вам кажется, что лицо, осуществляющее уход, испытывает острый стресс или его состояние нестабильно, оцените его на предмет наличия расстройства ПНВ (например, см. **раздел *ДЕП, ВЕЩ***).
  - После оценки постарайтесь удовлетворить потребности и устранить тревоги лица, осуществляющего уход. Для этого вы можете:
    - предоставить информацию;
    - помочь человеку, осуществляющему уход, связаться с соответствующими служ-

бами и источниками поддержки в местном сообществе;
- обсудить временный уход. Другой член семьи или подходящий человек может временно взять уход на себя, пока основное лицо, осуществляющее уход, отдыхает или занимается другими важными делами;
- провести консультирование по решению проблем* и научить справляться со стрессом;
- назначить лечение любого расстройства ПНВ, диагностированного у лица, осуществляющего уход.

– Отметьте, что тяжело ухаживать за людьми с расстройствами ПНВ, но скажите, что важно продолжать этот уход. Даже если это сложно, следует с уважением относиться к подопечному и как можно больше привлекать его к принятию решений о его собственной жизни.

Врезка ОПП 1. Укрепление поддержки на уровне местного сообщества

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

Врезка ОПП 2. Упражнение на релаксацию: инструкции по обучению медленному дыханию

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

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

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

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

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

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

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

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

[Повторяйте это дыхательное упражнение не менее одной минуты.]

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

Хорошо, теперь выполняйте упражнение самостоятельно в течение одной минуты.

5. Принципы защиты прав человека

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

Во время чрезвычайных гуманитарных ситуаций могут иметь место нарушения прав людей с расстройствами ПНВ, в том числе:
- ограничение в правах на удовлетворение основных потребностей для выживания, таких как еда, вода, средства гигиены, убежище, медицинская помощь, защита и поддержка существования.
- отказ в праве на реализацию правоспособности;
- отказ в доступе к услугам для удовлетворения их особых потребностей;
- физическое и сексуальное насилие, эксплуатация, жестокое и пренебрежительное обращение и незаконное содержание под стражей;
- отсутствие должного внимания или разлука с семьей во время перемещения в другую местность;

- отсутствие должного внимания и пренебрежительное отношение в специализированных учреждениях.

К сожалению, защитные организации и программы помощи инвалидам в местном сообществе не всегда включают, а иногда и активно исключают из своей сферы деятельности защиту людей с тяжелыми расстройствами ПНВ. Следовательно, медицинские работники могут активно выступать в поддержку и устранять пробел в защите этих людей.

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

- **Вовлекайте заинтересованные стороны**
  - Выявите заинтересованные стороны, которых следует уведомить о вопросах защиты людей с расстройствами ПНВ. К заинтересованным сторонам относятся:
    - люди с расстройствами ПНВ и лица, осуществляющие уход за ними;
    - лидеры местного сообщества (например, выборные представители сообщества, старейшины, учителя, религиозные лидеры, народные и духовные целители);
    - руководители различных служб (например, служб защиты/безопасности, здравоохранения, служб, предоставляющих убежище, воду, питание, службы санитарного контроля, службы образования, программы обеспечения жильем);
    - руководители служб по работе с инвалидами (многие такие службы неумышленно не обращают внимание на инвалидность вследствие расстройств ПНВ);
    - представители групп местного сообщества (группы молодежи или женщин) и организации по защите прав человека;
    - полиция и правовые органы.
  - Организуйте ознакомительные мероприятия для заинтересованных сторон:
    - Рассмотрите возможность проведения ознакомительных семинаров о расстройствах ПНВ.
    - Обсудите формат и реализацию ознакомительных мероприятий с людьми с расстройствами ПНВ, лицами, осуществляющими уход за ними, с социальными службами и службами по работе с инвалидами.
    - Во время ознакомительных мероприятий:
    - предоставьте сведения и проясните заблуждения относительно людей с расстройствами ПНВ;
    - расскажите о правах людей с расстройствами ПНВ, в том числе о праве на равный доступ к гуманитарной помощи и защите;
    - поговорите о дискриминации людей с расстройствами ПНВ;
    - призовите к поддержке тех, кто осуществляет уход за людьми с расстройствами ПНВ.
- **Защищайте права людей с тяжелыми расстройствами ПНВ в медицинских учреждениях**
  - Всегда уважительно относитесь к людям с расстройствами ПНВ.
  - Убедитесь, что у людей с расстройствами ПНВ доступ к медицинской помощи такой же, как и у людей без таких расстройств.
  - Уважайте право человека отказаться от медицинской помощи, если он дееспособен для принятия такого решения (см. подписанные международные конвенции).
  - Не поощряйте помещение людей в специализированные учреждения. Если человек уже находится в специализированном учреждении, призовите к защите его прав в этом учреждении.
- **Поощряйте интеграцию людей с тяжелыми расстройствами ПНВ в местное сообщество**
  - Призывайте к включению людей с расстройствами ПНВ в программы обеспечения жильем, защиты и в другие мероприятия в местном сообществе.
  - Призывайте к принятию детей с эпилепсией и другими расстройствами ПНВ в общеобразовательные учреждения.
  - Призывайте к включению программ для детей и взрослых с умственной отсталостью / задержкой развития в местные программы по оказанию поддержки инвалидам.
  - Призывайте к поддержанию, насколько это возможно, автономии и независимости людей с расстройствами ПНВ.

Общие принципы защиты в рамках гуманитарной деятельности описаны в ***справочнике «Сфера»*** (Sphere Project, 2011 г.). Дополнительные указания по защите людей в психиатрических больницах / специализированных учреждениях см. в Плане мероприятий 6.3 ***«Руководящих принципов МПК по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке в чрезвычайных ситуациях»*** (МПК, 2007 г.).

6. Принципы заботы об общем благополучии

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

казано в пирамиде Руководящих принципов МПК (см. рисунок ОПП 1).

- **Помогайте людям с расстройствами ПНВ получить безопасный доступ к услугам, необходимым для выживания и достойного существования (например, вода, средства гигиены, пищевые продукты, убежище, обеспечение жизнедеятельности).** Для этого вы можете:
  - проинформировать о наличии и местонахождении таких услуг;
  - активно направлять пациентов и работать с социальным сектором, чтобы помочь людям связаться с социальными службами (например, курирование пациента социальным работником).
  - проинформировать о мерах безопасности, если человек не полностью осознает угрозы его безопасности.
- **Обеспечьте людям с расстройствами ПНВ приоритетный доступ к соответствующим занятиям, например, помогите детям с такими расстройствами попасть в детские зоны.**
- **Поддерживайте общее физическое здоровье людей с расстройствами ПНВ:**
  - Организуйте регулярные медицинские осмотры и вакцинацию.
  - Дайте рекомендации относительно основного ухода за собой (питание, физическая активность, безопасный секс, планирование семьи и пр.).

Рисунок ОПП 1. *Пирамида мер, направленных на поддержание психического здоровья и психосоциальной поддержки МПК (приведено с разрешения)*

Острое стрессовое расстройство (ОСР)

В чрезвычайных гуманитарных ситуациях взрослые, подростки и дети часто переживают потенциально травмирующие события*. Такие события запускают множество эмоциональных, когнитивных, поведенческих и соматических реакций. Хотя большинство реакций носят самоограничивающийся характер и не перерастают в психическое расстройство, люди с тяжелыми реакциями могут обращаться за помощью в медицинские учреждения.

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

После недавнего потенциально травмирующего события врач должен уметь определить следующее:

- **Значимые симптомы острого стрессового расстройства (ОСР)**

Люди с этими симптомами могут описывать их в форме различных неспецифических психологических жалоб и жалоб на не объяснимые физическим состоянием соматические симптомы. Эти сим-

птомы включают реакции **в течение месяца после** потенциально травмирующего события, по причине которых люди обращаются за помощью или которые значительно мешают повседневным занятиям, а также не соответствуют критериям других расстройств, рассматриваемых в настоящем руководстве. **В настоящем разделе описаны оценка и лечение значимых симптомов острого стрессового расстройства.**

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

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

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

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

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

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

Оценка

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

- Спросите, было ли недавно в жизни человека **потенциально травмирующее событие**. Потенциально травмирующее событие – любое устрашающее или пугающее событие, на пример физическое или сексуальное насилие (в том числе домашнее насилие), присутствие при актах жестокости, крупные аварии или травмы. Вы можете задать следующие вопросы:
  - *Какой крупный стресс вы перенесли? Ваша жизнь была в опасности? Вы испытали нечто очень страшное или ужасающее или чувствовали себя очень плохо? Дома вы ощущаете себя в безопасности?*
- Спросите, **сколько времени** прошло после события(й).
- Перейдите к вопросу 2 для оценки состояния, если потенциально травмирующее событие произошло в течение **последнего месяца**.
- Если произошла тяжелая утрата (например, смерть любимого человека), также оцените состояние на предмет наличия проявлений горя ***(см. раздел ГОРЕ)***.
- Если потенциально травмирующее событие произошло более чем 1 месяц назад, рассмотрите другие расстройства, описанные в настоящем руководстве ***(см. разделы ДЕП, ПТСР, ПСИ, ВЕЩ)***.

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

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

физическим состоянием*, неспособность видеть или слышать, псевдоприпадки*).

- **Значимые симптомы острого стрессового расстройства** вероятны, если ситуация соответствует **всем** следующим критериям:
  - потенциально травмирующее событие произошло **примерно в течение последнего месяца;**
  - симптомы возникли **после** события;
  - симптомы существенно мешают повседневным занятиям или человек обратился за помощью по поводу этих симптомов.

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

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

Основной план действий по оказанию помощи

НЕ назначайте препараты для лечения симптомов острого стрессового расстройства (если далее не указано иное).

1. *Во ВСЕХ случаях:*

- Окажите базовую психосоциальную поддержку[3]. Внимательно **выслушайте**. НЕ вынуждайте человека говорить.
  - **Спросите** человека о его нуждах и опасениях.
  - **Помогите** человеку удовлетворить основные потребно сти, получить доступ к услугам, связаться с семьей и получить другую социальную поддержку.
  - **Защитите** человека от причинения (дальнейшего) вреда.
- Предложите дополнительную психосоциальную поддержку, как описано в разделе «Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки» (**см. раздел *«Общие принципы оказания помощи»***):
  - Воздействуйте на **психосоциальные факторы, вызывающие у человека стресс в настоящий момент**.
  - Окажите дополнительную социальную поддержку.
  - Научите человека, как справляться со стрессом.
- **Расскажите** человеку о нормальных реакциях на горе и острое стрессовое расстройство, например:
  - *Люди часто испытывают такие реакции после подобных событий.*
  - *В большинстве случаев реакции проходят со временем.*
- Назначьте лечение сопутствующих заболеваний.

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

- Объясните, что у людей, переживших сильный стресс, часто возникают проблемы со сном (бессонница).
- Выявите и воздействуйте на любые причины бессонницы в окружающей среде (например, шум).
- Выявите и воздействуйте на любые соматические причины бессонницы (например, физическая боль).
- Расскажите о правилах здорового сна, в том числе о соблюдении режима сна (например, ложиться спать и вставать в одно и то же время), избегании употребления кофе, никотина и алкоголя вечером или перед сном. Подчеркните, что алкоголь нарушает сон.
- В исключительных, крайне тяжелых случаях, когда психологические меры (например, методики релаксации) неосуществимы или неэффективны, а бессонница существенно мешает повседневным занятиям, можно рассмотреть краткосрочное (3-7 дней) лечение бензодиазепинами).
  - Доза:
    - Взрослым назначайте 2-5 мг диазепама перед сном.
    - Пожилым людям назначайте 1-2,5 мг диазепама перед сном.
    - Перед назначением диазепама проверьте возможные лекарственные взаимодействия.
    - Частые побочные эффекты безнодиазепинов включают сонливость и мышечную слабость.
    - Внимание: бензодиазепины могут замедлять дыхание. Может потребоваться регулярный контроль состояния.
    - Внимание: бензодиазепины могут вызывать зависимость*. Используйте только для краткосрочного лечения.
  - Примечание:
    - Это лечение – только для взрослых.
    - Не назначайте бензодиазепины детям или подросткам.
    - Не следует назначать этот препарат беременным или кормящим женщинам.
    - При назначении этого препарата пожилым людям часто проверяйте их состояние на предмет побочных эффектов.

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

- Это временное решение крайне тяжелого нарушения сна.
- Бензодиазепины не следует использовать для лечения бессонницы у взрослых или детей, вызванной тяжелой утратой.
- Бензодиазепины не следует использовать для лечения любых других симптомов острого стрессового расстройства или ПТСР.

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

- Расспросите о появлении ночного недержания мочи, чтобы убедиться, что оно началось **после** стрессового события. Исключите и устраните **другие возможные причины** (например, инфекцию мочевых путей).
- Объясните следующее:
  - Ночное недержание мочи – **распространенная** неопасная реакция у детей, переживших стресс.
  - Детей **не следует наказывать** за ночное недержание мочи, поскольку наказание усиливает стресс ребенка и может усугубить проблему. Лицу, осуществляющему уход, не следует стыдить ребенка, упоминая ночное недержание мочи при других людях.
  - Лицу, осуществляющему уход, следует сохранять спокойствие и эмоциональную поддержку.
- Рассмотрите возможность обучения лиц, осуществляющих уход, простым поведенческим методам (например, поощрение ограниченного употребления жидкостей перед сном, поощрение использования туалета перед сном, поощрение в случае пробуждения в сухой постели). Наградой может быть все, что нравится ребенку: дополнительное игровое время, звездочки на схеме или другое похожее поощрение, приемлемое в местных условиях.

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

- Исключите и устраните **другие возможные причины**, даже если гипервентиляция началась сразу после стрессового события. Всегда проводите необходимое медицинское обследование для выявления возможных соматических причин, таких как заболевание легких.
- Если никаких соматических причин не выявлено, заверьте человека, что гипервентиляция иногда возникает после сильного стресса и маловероятно, что это серьезная медицинская проблема.
- Сохраняйте спокойствие и по возможности устраните потенциальные источники беспокойства. Помогите человеку восстановить нормальное дыхание с помощью методики медленного дыхания (см. ***«Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки»*** в разделе ***«Общие принципы оказания помощи»***) (не рекомендуйте дышать в бумажный пакет).

5. *Если острое стрессовое расстройство проявляется* ***диссоциативными симптомами,*** *связанными с телом, (например, паралич, не объяснимый физическим состоянием, неспособность видеть или слышать, псевдоприпадки), предложите следующее дополнительное лечение:*

- Исключите и устраните **другие возможные причины**, даже если симптомы начались сразу после стрессового события. Всегда проводите необходимое медицинское обследование для выявления возможных соматических причин. В разделе по эпилепсии приведены руководящие принципы медицинских вмешательств при судорогах / припадках (**см. *раздел ЭПИ***).
- Признайте страдания человека и сохраняйте уважительное отношение к нему. Избегайте упоминания любых выгод, которые человек может получить благодаря симптомам.
- Попросите **человека самого объяснить** симптомы и примените общие руководящие принципы лечения не объяснимых физическим состоянием соматических симптомов (**см. *раздел ПРОЧ***).
- Заверьте человека, что эти симптомы иногда возникают после сильного стресса и маловероятно, что это серьезная медицинская проблема.
- Рассмотрите возможность, с учетом культурных особенностей, применения вмешательств, которые не причиняют вреда.

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

Горе (ГОРЕ)

В чрезвычайных гуманитарных ситуациях взрослые, подростки и дети часто переживают тяжелые утраты. Горе – эмоциональное страдание людей после утраты. Хотя большинство реакций на утрату носят самоограничивающийся характер и не перерастают в психическое расстройство, люди со значимыми симптомами горя чаще обращаются за помощью в медицинские учреждения.

После утраты врач должен уметь определить следующее:

- **Значимые симптомы горя (ГОРЕ).**

Как и при симптомах острого стрессового расстройства, люди, переживающие утрату, могут описывать различные неспецифические психологические жалобы и жалобы на не объяснимые физичес-

ким состоянием соматические симптомы. Симптомы горя после утраты считаются значимыми, если они существенно мешают повседневным занятиям (выходят за пределы, принятые местными обычаями) или если человек обращается за помощью по поводу этих симптомов. **В настоящем разделе описаны оценка и лечение значимых симптомов горя.**

- **Пролонгированная реакция горя.**

Если значимые симптомы горя сохраняются на протяжении длительного периода времени, это может быть пролонгированная реакция горя. Это состояние подразумевает серьезную озабоченность или сильное стремление к умершему, сопровождающееся сильным эмоциональным страданием и существенными трудностями в выполнении повседневных занятий в течение как минимум последних 6 месяцев (и в течение периода, значительно превышающего принятый местными обычаями). В этих случаях медицинскому работнику следует проконсультироваться со специалистом.

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

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

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

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

Оценка

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

- Спросите, перенес ли человек недавно **тяжелую утрату**. Вы можете задать следующие вопросы:
  - *Как катастрофа/конфликт на вас повлияли?*
  - *Вы потеряли друга или члена семьи? Ваш дом? Ваши деньги? Вашу работу или средства к существованию? Ваше местное сообщество?*
  - *Как повлияла на вас эта утрата?*
  - *Кто-нибудь из членов вашей семьи или друзей числится пропавшим?*
- Спросите, **сколько времени** прошло после события(й).
- Перейдите к вопросу 2, если тяжелая утрата произошла в течение **последних 6 месяцев**.
- Если тяжелая утрата произошла более чем 6 месяцев назад, рассмотрите другие расстройства, описанные в настоящем руководстве (**см. разделы *ДЕП*, *ПТСР*, *ПСИ*, *ВЕЩ***), или пролонгированную реакцию горя.

Вопрос 2 для оценки состояния: если тяжелая утрата произошла в течение последних 6 месяцев[4], человек испытывает ***значимые симптомы горя?***

- Проверьте наличие:
  - грусти, тревожности, гнева, отчаяния;
  - тоски и озабоченности утратой;
  - навязчивых воспоминаний*, образов или мыслей о покойном;
  - потери аппетита;
  - потери энергии;
  - нарушений сна;
  - трудностей с концентрацией;
  - изоляция или самоизоляция от общества;
  - не объяснимых физическим состоянием соматических симптомов (например, аритмии, головной боли, генерализованной боли);
  - допускаемых местной культурой реакций на горе (например, человек слышит голос покойного, покойный приходит к нему во сне).
- **Значимые симптомы горя** вероятны, если ситуация соответствует **всем** следующим критериям:
  - одна или более утрат за последние примерно 6 месяцев;
  - после утраты возник любой из вышеперечисленных симптомов;
  - симптомы мешает повседневным занятиям (выходят за рамки, допускаемые местной культурой) или человек обратился за помощью по поводу этих симптомов.

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

- Проверьте состояние на предмет наличия любых **соматических расстройств**, которые могут объяснить симптомы, и при необходимости назначьте лечение.
- Проверьте состояние на предмет наличия любого **другого психического или неврологического расстройства или расстройства, связанного с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ) (включая депрессию)**, которое описано в

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

настоящем руководстве и может объяснить симптомы; при необходимости назначьте лечение.

Основной план действий по оказанию помощи

НЕ назначайте препараты для лечения симптомов горя.

1. Окажите базовую психосоциальную поддержку[5]
- Внимательно **выслушайте**. НЕ вынуждайте человека говорить.
- **Спросите** человека о его нуждах и опасениях.
- **Помогите** человеку удовлетворить основные потребности, получить доступ к услугам, связаться с семьей и получить другую социальную поддержку.
- **Защитите** человека от причинения (дальнейшего) вреда.

2. *Предложите дополнительную психосоциальную поддержку, как описано в «Принципах снижения стресса и укрепления социальной поддержки» (см. раздел «Общие принципы оказания помощи»):*
- Воздействуйте на **психосоциальные факторы, вызывающие у человека стресс в настоящий момент.**
- Оказывайте дополнительную социальную поддержку.
- Научите человека, как справляться со стрессом.

3. *Расскажите человеку о распространенных реакциях на утрату, например:*
- *Люди могут по-разному реагировать на тяжелую утрату. У одних это вызывает сильные чувства, у других – нет.*
- *Слезы – не признак слабости.*
- *Люди, которые не плачут, могут эмоционально страдать также сильно, но выражать это страдание другими способами.*
- *Вам может казаться, что грусть и боль, которые вы испытываете, никогда не пройдут, но в большинстве случаев эти чувства притупляются со временем.*
- *Иногда человек может некоторое время чувствовать себя нормально, но затем что-то напомнит ему об утрате, и он испытает те же чувства, что и в начале. Это нормально. Опять же, эти ощущения со временем станут слабее и реже.*
- *Не бывает правильного переживания горя. Иногда вам может быть очень грустно, а в другое время вы можете получать удовольствие от жизни. Не критикуйте себя за то, что чувствуете в данный момент.*

4. *Назначьте лечение сопутствующих заболеваний.*

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

6. *Если это осуществимо и допустимо местной культурой, поощряйте скорейший возврат к прошлым нормальным занятиям (например, в школе или на работе, дома или в местном сообществе).*
7. *Специфическое лечение нарушений сна, ночного недержания мочи, гипервентиляции и диссоциативных симптомов после недавней утраты описаны в разделе, посвященном острому стрессовому расстройству (см. раздел ОСР).*

8. *Если перед вами маленький ребенок:*
- Ответьте на вопросы ребенка, давая ясные и правдивые объяснения в соответствии с уровнем его развития. Не лгите в ответ на вопрос об утрате (например, «*Где моя мама?*»). Это создаст путаницу и может подорвать доверие человека к медицинскому работнику.
- Проверьте на предмет «магического мышления», часто встречающегося у детей младшего возраста, и скорректируйте его (например, дети могут думать, что они в ответе за утрату; также они могут думать, что любимый человек умер, потому что они плохо себя вели или огорчили его).

9. *Обеспечьте детям, подросткам и другим уязвимым людям, потерявшим родителей или других опекунов, защиту и постоянный поддерживающий уход, в том числе социоэмоциональную поддержку.*
- При необходимости свяжите человека с надежными защитными организациями/сетями.

10. *Если подозревается **пролонгированная реакция горя**, проконсультируйтесь со специалистом для дальнейшей оценки и лечения.*
- У человека может быть пролонгированная реакция горя, если симптомы тяжелой утраты включают серьезную озабоченность или сильное стремление к умершему, сопровождающиеся сильным эмоциональным страданием и суще-

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

ственными трудностями в выполнении повседневных занятий в течение как минимум последних 6 месяцев[6].

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

Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП)

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

Лечение депрессивного расстройства средней или тяжелой степени следует рассматривать, если симптомы сохраняются на протяжении нескольких недель и существенно мешают повседневным занятиям.

Типичные жалобы пациента с депрессивным расстройством средней или тяжелой степени при первом контакте:

- Упадок сил, утомляемость, нарушения сна;
- Множественные стойкие соматические симптомы без ясной причины (например, боли);
- Устойчивая грусть или подавленное настроение, тревожность;
- Снижение интереса и способности получать удовольствие от различных занятий.

Оценка

Вопрос 1 для оценки состояния: у человека есть депрессивное расстройство средней или тяжелой степени?[7]

- Оцените следующее:

A. У человека имеется хотя бы один из следующих основных симптомов депрессивного расстройства в течение менее **2 недель**:
   - **Устойчивое подавленное настроение**
     - У детей и подростков: раздражительность или подавленное настроение
   - **Выраженное снижение интереса и способности получать удовольствие от различных занятий**, включая те, которые ранее приносили удовольствие
     - Последнее может включать сниженное либидо.

B. У человека в выраженной степени наблюдаются по крайней мере несколько следующих дополнительных симптомов депрессивного расстройства (или многие из перечисленных симптомов в меньшей степени) в течение не менее **2 недель:**
   - Нарушение сна или излишне продолжительный сон
   - Значимое изменение аппетита или массы тела (понижение или снижение)
   - Убежденность в своей никчемности или чрезмерное чувство вины
   - Утомляемость или вялость
   - Пониженная способность концентрироваться и удерживать внимание при выполнении заданий
   - Нерешительность
   - Видимое тревожное возбуждение или двигательное беспокойство
   - Замедленные по сравнению с обычным состоянием движения или речь
   - Ощущение безысходности при мысли о будущем
   - Суицидальные мысли или действия.

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

- **Если A, B и C – все 3 – наблюдаются в течение не менее 2 недель, вероятно депрессивное расстройство средней или тяжелой степени.**
  - Может отмечаться бред* или галлюцинации*. Проверьте их наличие. При наличии следует изменить лечение депрессивного расстройства соответствующим образом. Проконсультируйтесь со специалистом.
- Если симптомы человека не соответствуют критериям депрессивного расстройства средней или тяжелой степени, перейдите в *раздел **ПРОЧ*** для оценки и лечения существующих жалоб.

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

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

[6] Этот период может превышать 6 месяцев в культурах, где принято горевать по умершему больше 6 месяцев.
[7] Это описание депрессивного эпизода средней или тяжелой степени согласуется с текущим проектом МКБ-11.

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

- **Исключите маниакальный(е) эпизод(ы) в анамнезе.**
  – Проверьте, был ли в прошлом период, когда **одновременно** присутствовали несколько из следующих симптомов:
    - сниженная потребность во сне;
    - приподнятое настроение, возбуждение или раздражительность;
    - скачка мыслей, легкая переключаемость внимания;
    - повышенная активность, ощущение прилива энергии или ускоренная речь;
    - импульсивное или беспокойное поведение, например чрезмерное увлечение играми, чрезмерная трата денег, принятие важных решений без соответствующего планирования;
    - необоснованно повышенная самооценка.
  – Оцените, в какой степени симптомы мешали повседневным занятиям или несли угрозу человеку или окружающим. Например:
    - *Была ли ваша чрезмерная активность проблемой для вас или вашей семьи? Кто-нибудь пытался госпитализировать или держать вас взаперти в этот период из-за вашего поведения?*
  – В анамнезе есть маниакальные(е) эпизод(ы), если верно следующее:
    - несколько из 6 вышеперечисленных симптомов сохранялись более 1 недели;
    - симптомы значительно мешали повседневным занятиям или несли угрозу человеку или окружающим.
  – Если когда-либо был маниакальный эпизод, вероятно, что депрессия – часть другого расстройства, называемого **биполярным расстройством***, и требует другого лечения (см. *врезку* ***ДЕП 2*** в конце этого раздела).
- **Исключите *нормальные реакции* на тяжелую утрату (например, утрату близкого человека, перемещение в другую местность) (см. *раздел ГОРЕ*).**
  – Более вероятно, что наблюдаемая реакция – нормальная реакция на тяжелую утрату, если:
    - **со временем без клинического вмешательства происходит значимое улучшение**;
    - **отсутствуют все следующие симптомы**:
      - чувство никчемности
      - суицидальные мысли
      - **замедленные** по сравнению с обычным состоянием **движения или речь**
      - психотические симптомы (бред или галлюцинации)
    - **В анамнезе нет депрессивного расстройства или маниакального эпизода** и
    - **симптомы незначимо мешают повседневным занятиям**.
      - Исключение: нарушенное функционирование может быть частью нормальной реакции на утрату близкого человека, если оно допустимо местной культурой.
- **Исключите *пролонгированную реакцию горя*:** симптомы включают серьезную озабоченность или сильное стремление к умершему, сопровождающееся сильным эмоциональным страданием и существенными трудностями в выполнении повседневных занятий в течение как минимум последних 6 месяцев (и в течение периода, значительно превышающего принятый местными обычаями). При подозрении на это расстройство проконсультируйтесь со специалистом.

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

- Оцените состояние на предмет наличия **мыслей или планов самоповреждения или самоубийства** (**см. *раздел СУИ***).
- Оцените состояние на предмет пагубного употребления алкоголя или наркотических средств (**см. *раздел ВЕЩ***).
- Если выявлено сопутствующее расстройство ПНВ, одновременное назначьте лечение этого расстройства и депрессивного расстройства средней или тяжелой степени.

Основной план действий по оказанию помощи

Психосоциальные меры

1. *Проводите психообразование*

- Ключевая информация для пациента и лиц, осуществляющих уход:
  – Депрессия – очень распространенное расстройство, которое может развиться у каждого.
  – Возникновение депрессии не означает, что человек слабый или ленивый.
  – Негативное отношение окружающих (например, «будь сильнее», «соберись») может быть связано с тем, что депрессия – неявное расстройство (в отличие от перелома или раны), и с ложным представлением, что люди могут легко контролировать депрессию силой воли.
  – У людей с депрессией обычно нереалистичное негативное мнение о самих себе, их жизни и будущем. Их текущая ситуация может быть очень тяжелой, но депрессия может вызывать необоснованные мысли о собственной безнадежности и никчемности. Эти взгляды обычно уходят по мере излечения депрессии.
  – Даже если это сложно, человек должен пытаться выполнять как можно больше из ниже-

перечисленных занятий, поскольку они могут поднять настроение:
  - постараться возобновить (или продолжить) занятия, которые раньше доставляли удовольствие;
  - постараться придерживаться режима сна и бодрствования;
  - обеспечивать как можно большую физическую активность;
  - постараться регулярно питаться, несмотря на изменение аппетита;
  - постараться проводить больше времени с близкими друзьями и членами семьи;
  - постараться как можно больше участвовать в жизни местного сообщества и другой общественной деятельности.
- Человек должен знать о возможности появления мыслей о самоповреждении или самоубийстве. Если он заметит такие мысли, он должен не следовать им, а рассказать о них близкому человеку и немедленно обратиться за помощью.

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

- Воздействуйте на психосоциальные факторы, вызывающие у человека стресс в настоящий момент.
- Оказывайте дополнительную социальную поддержку.
  - Постарайтесь возобновить прошлые социальные связи человека. Выявите прошлую общественную деятельность, возобновление которой могло бы оказать прямую или косвенную психосоциальную поддержку (например, семейные встречи, посещение соседей, местные социально-культурные мероприятия).
- Научите человека, как справляться со стрессом.

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

- консультирование по решению проблем*
- межличностная психотерапия (МЛПТ)*
- когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)*
- поведенческая активация*.

Появляется все больше данных в пользу того, что краткое психологическое лечение могут проводить обученные и курируемые люди, не являющие специалистами, или члены местного сообщества.

Медикаментозная терапия

1. *Рассмотрите возможность назначения антидепрессантов*

- **Детям младше 12 лет**:
  - **Не** назначайте антидепрессанты.
- **Подросткам в возрасте 12-18 лет**:
  - **Не** рекомендуется назначать антидепрессанты в качестве первоочередного лечения. Сначала предложите психосоциальные меры.
- **Взрослым**:
  - Если у человека **сопутствующее соматическое заболевание**, проявления которого могут напоминать таковые депрессивного расстройства (см. ***вопрос 2 для оценки состояния***), всегда сначала назначьте лечение этого заболевания. Рассмотрите возможность назначения антидепрессантов, если симптомы депрессивного расстройства не ослабевают после лечения сопутствующих соматических заболеваний.
  - Если вы подозреваете симптомы, являющиеся **нормальной реакцией** на тяжелую утрату (см. ***вопрос 2 для оценки состояния***), не назначайте антидепрессанты.
  - Обсудите с человеком и вместе решите, стоит ли назначать антидепрессанты. Объясните следующее:
    - Антидепрессанты не вызывают зависимости.
    - Очень важно принимать препарат каждый день в соответствии с указаниями врача.
    - В первые несколько дней могут возникать некоторые побочные эффекты (см. ***таблицу ДЕП 1***), но обычно они проходят.
    - Обычно проходит несколько недель, прежде чем становится заметно улучшение настроения, появляется больше заинтересованности или прилив сил.
  - Обычно следует продолжать прием антидепрессантов в течение не менее 9-12 месяцев после того, как человек почувствует себя лучше.
  - Не следует прекращать прием препаратов потому лишь, что человек почувствует некоторое улучшение (это не обезболивающее от головной боли). Расскажите человеку о рекомендуемом временном периоде приема препарата.

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

- Выберите антидепрессант, исходя из возраста человека, сопутствующих заболеваний и профиля побочных эффектов препарата (**см. *таблицу ДЕП 1***).
- У **подростков 12 лет и старше**:
  - Рассмотрите возможность назначения **флуоксетина** (но не другого селективного ингибитора обратного захвата серотонина (СИОЗС)

Антидепрессанты

	Амитриптилин[a] (ТЦА[b])	**Флуоксетин (СИОЗС[c])**
Начальная доза для взрослых	25-50 мг перед сном	10 мг раз в день. Повысить до 20 мг через 1 неделю
Начальная доза для подростков	Неприменимо (не назначайте подросткам ТЦА)	10 мг раз в день
Начальная доза для пожилых и людей с другими соматическими заболеваниями	25 мг перед сном	10 мг раз в день
Повышение дозы у взрослых	Повышение на 25-50 мг в неделю	Если в течение 6 недель нет ответа, повысьте дозу до 40 мг раз в день
Обычная эффективная доза для взрослых	100-150 мг (высшая доза – 300 мг)[d]	20-40 мг (высшая доза – 80 мг)
Обычная эффективная доза для подростков, пожилых и людей с другими соматическими заболеваниями	50-75 мг (высшая доза – 100 мг) Не назначать подросткам	20 мг (высшая доза – 40 мг)
Серьезные и редкие побочные эффекты	Сердечная аритмия	Пролонгированная акатизия* Нарушения гемостаза у людей, принимающих аспирин или другие нестероидные противовоспалительные средства* Идеи самоповреждения (в особенности у подростков и молодых людей).
Частые побочные эффекты	Ортостатическая гипотензия (риск падения), сухость во рту, запор, затруднения с мочеиспусканием, головокружение, нечеткость зрения и седация	Головная боль, беспокойство, нервозность, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, обратимая сексуальная дисфункция
Внимание	Немедленно прекратите лечение в случае маниакального эпизода	Немедленно прекратите лечение в случае маниакального эпизода

[a] Входит в состав межучрежденческого набора для оказания неотложной медицинской помощи (ВОЗ, 2011 г.).
[b] ТЦА означает трициклический антидепрессант.
[c] СИОЗС означает селективный ингибитор обратного захвата серотонина.
[d] Минимальная эффективная доза у взрослых: 75 мг (седация может наблюдаться и при меньших дозах).

и не трициклических антидепрессантов (ТЦА)), только если симптомы сохраняются или ухудшаются, несмотря на психосоциальные меры.

- У **беременных** или **кормящих** женщин:
  - по возможности избегайте назначения антидепрессантов; рассмотрите возможность применения антидепрессантов в самой низкой эффективной дозе, если нет улучшения в ответ на психосоциальные меры; если женщина кормит грудью, избегайте назначения флуоксетина. По возможности проконсультируйтесь со специалистом.
- У **пожилых** людей:
  - По возможности избегайте назначения амитриптилина.
- У людей с **сердечно-сосудистыми заболеваниями**:
  - Не назначайте амитриптилин.
- У людей с **суицидальными мыслями или планами**:
  - **Флуоксетин** – препарат первой линии. При непосредственном риске самоповреждения или самоубийства (**см. *раздел СУИ***) выдавайте ограниченный запас антидепрессантов (например, при каждом визите – только на одну неделю). Попросите лиц, осуществляющих уход за пациентом, хранить препараты у себя и следить за их приемом, а также часто наблюдать за подопечным для предупреждения передозировки препарата.

3. *Последующее наблюдение*

- Предложите **регулярное последующее наблюдение.**
  - Составьте план регулярных посещений в соответствии с «Принципами лечения» (**см. раздел *«Общие принципы оказания помощи»***) и проводите последующее наблюдение в соответствии с этим планом.
  - Запланируйте вторую встречу в течение 1 недели и последующие встречи – в зависимости от течения болезни.
- Контролируйте ответ на антидепрессанты.

– Проявление эффекта антидепрессантов может занять несколько недель. Перед повышением дозы тщательно оцените ответ.
– Если развиваются симптомы **маниакального эпизода** (см. ***вопрос 2 для оценки состояния***), немедленно **отмените препарат** и перейдите к разделу ***ПСИ*** для лечения маниакального эпизода.
– Рассмотрите возможность постепенной отмены препарата через 9-12 месяцев после исчезновения симптомов. Снижайте дозу постепенно в течение не менее 4 недель.

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

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

Если у человека в анамнезе есть маниакальный эпизод:

- Проконсультируйтесь со специалистом.
- Если не получается сразу получить консультацию специалиста, назначьте антидепрессант в комбинации с нормотимическим средством, таким как **карбамазепин** или **вальпроевая кислота** (**см. *таблицу ДЕП 2***).
  – **Начните с низкой дозы препарата. Постепенно повышайте дозу в последующие недели**.
    ▪ По возможности избегайте назначения карбамазепина и вальпроевой кислоты женщинам, которые **беременны** или планируют беременность, по причине потенциальной опасности препарата для плода. Решение о назначении нормотимических препаратов беременной женщине следует принимать вместе с ней самой. Следует принимать во внимание степень тяжести и частоту маниакальных и депрессивных эпизодов.
  – Проконсультируйтесь со специалистом по поводу продолжающегося лечения биполярного расстройства.
- Сообщите пациенту, что при развитии симптомов маниакального эпизода необходимо немедленно прекратить прием антидепрессантов и обратиться за помощью; то же самое сообщите и лицам, осуществляющим уход за человеком.

Таблица ДЕП 2

Нормотимические средства при биполярном расстройстве

	Карбамазепин	**Вальпроевая кислота**
Начальная доза	200 мг/день	400 мг/день
Обычная эффективная доза	400-600 мг/день (высшая доза – 1400 мг/день)	1000-2000 мг/день (высшая доза – 2500 мг/день)
Режим дозирования	Два раза в день, прием внутрь	Два раза в день, прием внутрь
Редкие, но серьезные побочные эффекты	– Тяжелая кожная сыпь (синдром Стивенса – Джонсона*, токсический эпидермальный некролиз*) – Угнетение костного мозга*	– Сонливость – Спутанность сознания
Частые побочные эффекты	– Сонливость – Нарушение походки – Тошнота	– Летаргия – Седация – Тремор – Тошнота, диарея – Увеличение массы тела – Преходящее выпадение волос (рост волос восстанавливается в течение 6 месяцев) – Нарушение функции печени

ПостТравматическое Стрессовое Расстройство (ПТСР)

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

Если специфический, характерный комплекс симптомов (повторяющиеся чувства, избегание и повышенное чувство опасности) сохраняется в течение более месяца после потенциально травмирующего события*, у человека могло развиться посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Несмотря на свое название, ПТСР не обязательно единственное или основное расстройство, вызванное потенциально травмирующими событиями. Такие явления могут вызывать многие другие пси-

хические и неврологические расстройства и расстройства, связанные с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ), описанные в настоящем руководстве.

Типичные жалобы пациента с ПТСР при первом контакте

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

- нарушения сна *(например, недостаток сна);*
- раздражительность, устойчивое тревожное или подавленное настроение;
- множественные стойкие соматические симптомы без ясной физической причины *(например, головные боли, сильное сердцебиение).*

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

Оценка

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

- **Спросите, перенес ли человек потенциально травмирующее событие.** Это любое устрашающее или пугающее событие, такое как физическое или сексуальное насилие (включая домашнее насилие), присутствие при актах жестокости, разрушение собственного жилища или крупные аварии или травмы. Вы можете задать следующие вопросы:
  - *Как на вас повлияла катастрофа/конфликт? Ваша жизнь была в опасности? Вы испытали нечто очень страшное или ужасающее или чувствовали себя очень плохо дома или в местном сообществе?*
- Если человек перенес потенциально травмирующее событие, спросите, когда это произошло.

Вопрос 2 для оценки состояния: если потенциально травмирующее событие произошло более 1 месяца назад, есть ли у человека ПТСР?[8]

- Оцениваются:
  - **Симптомы повторного переживания.** Это повторяющиеся и нежелательные воспоминания о событии, как будто оно происходит здесь и сейчас (например, в форме кошмарных снов, ярких повторных переживаний* или навязчивых воспоминаний*, сопровождающихся сильным страхом или ужасом).
    - У детей это может включать многократное проигрывание или рисование событий. У маленьких детей могут быть кошмарные сны с нечетким содержанием.
  - **Симптомы избегания.** Включают сознательное избегание мыслей, воспоминаний, занятий или ситуаций, напоминающих человеку о событии (например, избегание разговоров на темы, которые напоминают о событии, или избегание посещения мест, где произошло событие).
  - Симптомы, связанные с **повышенным чувством опасности** (часто называемые «симптомами перевозбуждения»). Они включают чрезмерное беспокойство и ожидание опасности или сильную реакцию на громкие звуки или неожиданные движения (например, человек нервный или «на взводе»).
  - Существенно **мешают повседневным занятиям**.
- Если все вышеперечисленное сохраняется примерно в течение 1 месяца после события, вероятно ПТСР.

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

- Оцените состояние на предмет наличия и назначьте лечение любого **сопутствующего соматического заболевания**, которое может объяснить симптомы.
- Оцените состояние на предмет наличия и назначьте лечение **всех остальных расстройств ПНВ**, описанных в настоящем руководстве.

Основной план действий по оказанию помощи

1. *Расскажите о ПТСР*

- Объясните, что:
  - У многих людей ПТСР со временем проходит без лечения, а кому-то требуется лечение.
  - Люди с ПТСР многократно переживают нежелательные воспоминания о травмирующем событии. Когда это происходит, у них могут возникать такие эмоции, как страх и ужас, сходные с чувствами, которые они испытали во время события. У них также могут быть кошмарные сны.
  - Людям с ПТСР часто кажется, что они все еще в опасности, и они могут быть очень напряжены. Их легко испугать (нервные) или они постоянно ожидают опасности.
  - Люди с ПТСР стараются избегать любых напоминаний о событии. Такое избегание может создать в их жизни проблемы.
  - Если применимо: у людей с ПТСР иногда бывают другие соматические и психические нарушения, такие как боли по всему телу, вялость, утомляемость, раздражительность и подавленное настроение.

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

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

2. *Предложите психосоциальную поддержку в соответствии с рекомендациями в разделе* ***«Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки» (см. раздел «Общие принципы оказания помощи»)***
- Воздействуйте на психосоциальные факторы, вызывающие у человека стресс в настоящий момент.
  - Если человек стал жертвой серьезного нарушения прав человека, обсудите с ним возможность направления в проверенную защитную или правозащитную организацию.
- Оказывайте дополнительную социальную поддержку.
- Научите человека, как справляться со стрессом.

3. *Если доступен обученный и курируемый психолог, рассмотрите возможность направления на:*
- когнитивно-поведенческую терапию с акцентом на травмирующем переживании*
- десенсибилизацию и переработку движениями глаз (ДПДГ)*

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

5. *Последующее наблюдение*
- Составьте план регулярных посещений в соответствии с «Принципами лечения» (**см. *раздел «Общие принципы оказания помощи»***) и проводите последующее наблюдение в соответствии с этим планом.
- Запланируйте вторую встречу в течение 2-4 недель и последующие встречи – в зависимости от течения болезни.

Психоз (ПСИ)

Взрослые и подростки, страдающие психозом, могут быть твердо убеждены в существовании нереальных вещей или испытывать нереальные ощущения. Окружающие обычно считают их убеждения и переживания ненормальными. Люди, страдающие психозом, часто не понимают, что у них нарушено психическое состояние. У них часто возникают проблемы во многих сферах жизни.

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

Типичные жалобы пациента с психозом при первом контакте
- Поведенческие нарушения *(например, странный внешний вид, неряшливость, несвязность речи, бесцельное брожение, бормотание и смех про себя).*
- Странные убеждения.
- Зрительные или слуховые (слышимые голоса) галлюцинации.
- Крайняя подозрительность.
- Отсутствие желания находиться в общества других людей или разговаривать с ними; отсутствие мотивации заниматься повседневными делами и работой.

Оценка состояния

Вопрос 1 для оценки состояния: есть ли у человека психоз?
- Необходимо отметить, что, несмотря на то, что у людей, страдающих психозом, могут быть патологические мысли, ненормальные убеждения или речевые нарушения, это не значит, что все, что они говорят, неправильно или вымышлено. Для принятия правильного решения о наличии психоза очень важно внимательно вслушаться в речь человека. Для всесторонней оценки состояния может потребоваться несколько встреч. Часто ценную информацию можно получить от лиц, осуществляющих уход.

- Оцените состояние на предмет наличия следующих отклонений:
  - **Бред*** (стойкие ложные убеждения или подозрения, которые сохраняются даже при наличии доказательств обратного)
    - Рекомендация: попробуйте изучить состояние более подробно: спросите человека, что он имеет в виду, и внимательно выслушайте ответ.
  - **Галлюцинации*** (человек видит, слышит или ощущает то, чего в действительности нет)
    - *Слышите ли или видите ли вы то, что другие не слышат и не видят?*
  - **Дезорганизация мышления:** человек перескакивает с одной темы на другую без логических связей, и за его речью трудно следить
  - Необычные переживания, например убеждение человека, что **другие люди передают ему свои мысли** или **забирают его мысли** или что **его мысли передаются другим людям**
  - **Поведенческие нарушения**, например странное, вызывающее, бесцельное или возбужденное поведение, поддержание необычного положения тела или полная неподвижность
  - **Длительно сохраняющиеся симптомы**, **которые приводят к нарушению нормальной жизнедеятельности**, в том числе:
    - вялость или отсутствие мотивации заниматься повседневными делами и работой;
    - апатия и социальная самоизоляция;
    - плохой уход или полное отсутствие ухода за собой;
    - ослабление эмоциональных реакций и способности выражать эмоции.
- **Психоз** может иметь место при наличии нескольких симптомов. Всегда оценивайте **непосредственный риск суицида (см. *раздел СУИ*)**, **нанесения повреждений этим человеком другим людям и нанесения повреждений данному человеку другими людьми**.

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

- Исключите развитие **делирия*** вследствие острых соматических состояний, таких как травма головы, инфекция (например, малярийная кома, сепсис* или уросепсис*), обезвоживание и нарушения обмена веществ (например, гипогликемия*, гипонатриемия*).
- Исключите **побочные эффекты медикаментозной терапии** (например, некоторых противомалярийных препаратов).
- Исключите **алкогольную или лекарственную интоксикацию или синдром отмены алкоголя или лекарственных препаратов (см. *раздел СУИ*).**
  - Спросите человека об употреблении алкоголя и применении седативных или других лекарственных препаратов.
  - Проверьте, есть ли запах алкоголя.

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

- Исключите манию. Оцените состояние на предмет наличия следующих отклонений:
  - сниженная потребность во сне;
  - приподнятое настроение, возбуждение или раздражительность;
  - скачка мыслей, легкая переключаемость внимания;
  - повышенная активность, ощущение прилива энергии или ускоренная речь;
  - импульсивное или беспокойное поведение, например чрезмерное увлечение играми, чрезмерная трата денег, принятие важных решений без соответствующего планирования;
  - необоснованно повышенная самооценка.
- Маниакальный эпизод может иметь место при наличии нескольких из этих симптомов в течение одной недели; при этом либо данные симптомы серьезно нарушают повседневную жизнь человека, либо невозможно обеспечить безопасность при нахождении человека дома.

Основной план действий по оказанию помощи

A. ***Медикаментозная терапия***

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

- Назначьте **пероральный нейролептик**. Рассмотрите возможность внутримышечного (в/м) введения препарата (только в тех случаях, когда прием препаратов внутрь невозможен). Узнайте, принимал ли человек ранее какой-либо нейролептик, который позволял контролировать симптомы. Если да, назначьте этот препарат в той же дозе. При отсутствии этого препарата назначьте другой препарат. На начальном этапе лечения будет необходимо участие лица, осуществляющего уход, или медицинского работника, которые должны будут хранить препарат и выдавать его пациенту, чтобы обеспечить соблюдение режима лечения.
  - Назначайте **одновременно только один нейролептик** (например, галоперидол; см. ***таблицу ПСИ 1***).
  - **Начинайте с низкой дозы и повышайте дозу постепенно:** начинайте с минимальной терапевтической дозы и медленно повышайте ее до достижения необходимого эффекта на фоне **минимальной эффективной дозы**.
  - Перед тем как принять решение о неэффективности лечения, оцените эффект препарата

при применении его в обычной эффективной дозе в течение достаточного количества времени (как минимум 4-6 недель) (см. ***таблицу ПСИ 1***).

- Женщинам, планирующим **беременность**, беременным и **кормящим матерям** назначайте препарат в минимальной эффективной дозе для приема внутрь.

– Если тревожное возбуждение не удается устранить только с помощью нейролептика, назначьте **бензодиазепин** (например, **диазепам**; максимальная доза 5 мг внутрь) и незамедлительно проконсультируйтесь со специалистом.

– Проводите лечение **побочных эффектов**.

- При наличии выраженных острых экстрапирамидных побочных эффектов*, таких как паркинсонизм (сочетание тремора*, ригидности мышц и уменьшения движений тела) или акатизия* (неспособность спокойно сидеть):

• уменьшите дозу нейролептика;

• если, несмотря на снижение дозы, **экстрапирамидные побочные эффекты** сохраняются, рассмотрите возможность назначения **антихолинергических препаратов** на короткий срок (например, **биперидена** на 4-8 недель; см. ***таблицу ПСИ 2***).

- При наличии острой **дистонии** (острого спазма мышц, обычно мышц шеи, языка и жевательных мышц):

• временно **отмените** нейролептик и назначьте **антихолинергический препарат**

Таблица ПСИ 1

Нейролептики

Препарат	**Галоперидол**[a]	**Хлорпромазин**	**Рисперидон**
Начальная доза	2,5 мг/день	50-75 мг/день	2 мг/день
Обычная эффективная доза	4-10 мг/день (высшая доза – 20 мг)	75-300 мг/день[b] (высшая доза – 1000 мг)	4-6 мг/день (высшая доза – 10 мг)
Путь введения	Внутрь/внутримышечно	Внутрь	Внутрь
Значимые побочные эффекты:			
Экстрапирамидные побочные эффекты*	+++	+	+
Седация (особенно в пожилом возрасте)	+	+++	+
Затрудненное начало мочеиспускания		++	
Ортостатическая гипотензия*	+	+++	+
Злокачественный нейролептический синдром*	Редко[c]	Редко[c]	Редко[c]

[a] Входит в состав межучрежденческого набора для оказания неотложной медицинской помощи (ВОЗ, 2011 г.)
[b] В тяжелых случаях может потребоваться доза до 1 г.
[c] При подозрении на этот синдром необходимо незамедлительно отменить нейролептики, обеспечить общее охлаждение организма пациента и адекватную инфузионную терапию.

Таблица ПСИ 2

Антихолинергические препараты

Препарат	**Бипериден**[a]	**Тригексфенидил**
Начальная доза	1 мг 2 р/день	1 мг/день
Обычная эффективная доза	3-6 мг/день (высшая доза – 12 мг)	5-15 мг/день (высшая доза – 20 мг)
Путь введения	Внутрь	Внутрь
Значимые побочные эффекты:		
Спутанность сознания, нарушение памяти (особенно в пожилом возрасте)	+++	+++
Седация (особенно в пожилом возрасте)	+	+
Затрудненное начало мочеиспускания	++	++

[a] Входит в состав межучрежденческого набора для оказания неотложной медицинской помощи (ВОЗ, 2011 г.)

(например, бипериден; ***см. таблицу «ПСИ 2»***). При отсутствии этих препаратов можно использовать диазепам для обеспечения расслабления мышц.

– По возможности проконсультируйтесь со специалистом по вопросам продолжительности лечения и отмены нейролептиков.
  - Обычно рекомендуется продолжать прием нейролептика в течение как минимум 12 месяцев после исчезновения симптомов.
  - При отмене препарата необходимо медленно снижать его дозу (в течение нескольких месяцев).
  - Нельзя резко отменять прием препарата.

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

- Проводите лечение острой патологии.
  – Информация по лечению **синдрома отмены алкоголя** приведена ***во врезке 1*** в разделе ***ВЕЩ***.
  – При наличии других острых соматических состояний **помимо синдрома отмена алкоголя** при необходимости назначьте **пероральный нейролептик** (например, **галоперидол**; начальная доза 0,5 мг с повышением до 2,5-5 мг 3 раза в день). Назначайте нейролептик **только** при необходимости устранить тревожное возбуждение, симптомы психоза и агрессию. Как только эти симптомы исчезнут, отмените препарат. Рассмотрите возможность внутримышечного введения препарата (только в тех случаях, когда прием препаратов внутрь невозможен).

3. *Маниакальный эпизод*

- Назначьте **пероральный нейролептик** (см. выше **п. 1 в разделе *«Медикаментозная терапия»***).
- При сохранении **выраженного тревожного возбуждения,** несмотря на прием нейролептика, рассмотрите возможность дополнительного назначения **бензодиазепина** (например, **диазепама**; максимальная доза 5 мг внутрь) и незамедлительно проконсультируйтесь со специалистом.
- **Маниакальный эпизод** – это проявление **биполярного расстройства***. После купирования маниакального приступа человека необходимо обследовать и назначить **нормотимическое средство** (например, **вальпроевую кислоту** или **карбамазепин**) для лечения биполярного расстройства. Проконсультируйтесь со специалистом и (или) следуйте рекомендациям по лечению **биполярного расстройства**, приведенным в полной версии ***«Руководства mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств»***.

В. *Психосоциальные меры*

Для всех случаев:

1. *Проводите психообразование*

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

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

Информация для лиц, осуществляющих уход:

- Не пытайтесь убедить человека, что его убеждения и переживания ложные или не соответствуют действительности.
- Старайтесь вести себя нейтрально и оказывать поддержку человеку, даже когда он ведет себя необычно или агрессивно.
- Старайтесь не вступать в конфликты с подопечным и не проявлять враждебность по отношению к нему.
- Старайтесь не ограничивать свободу передвижения подопечного. Старайтесь не сдерживать подопечного, принимая при этом основные меры по обеспечению его безопасности и безопасности других людей.
- Психоз не возникает в результате колдовства и воздействия духов.
- Не возлагайте вину на человека и других членов семьи и не обвиняйте их в том, что они стали причиной развития психоза.
- Если женщина **недавно родила ребенка**, не оставляйте ее одну с ребенком – это позволит обеспечить безопасность новорожденного.

2. *Способствуйте повторной социальной адаптации человека*

- Пообщайтесь с местными общественными лидерами для того, чтобы местное сообщество легче приняло человека, страдающего психозом, и терпимее относилось к нему.
- Способствуйте участию человека в экономической и социальной жизни местного сообщества.
- Свяжитесь с сотрудниками организаций, представляющих ресурсы местного сообщества, такими как местные медицинские работники, сотрудники служб защиты, социальные работники и сотрудники служб по работе с инвалидами.

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

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

C. ***Последующее наблюдение***

- Составьте план **регулярных посещений** в соответствии с «Принципами лечения» **(см. раздел *«Общие принципы оказания помощи»*)** и проводите **последующее наблюдение** в соответствии с этим планом.
- Назначьте следующее посещение в течение недели, а последующие – с учетом изменения состояния пациента.
- Лечение нейролептиками следует проводить в течение **как минимум 12 месяцев** после полного исчезновения симптомов. По возможности проконсультируйтесь со специалистом относительно продолжения терапии или отмены препарата.

Эпилепсия / Припадки (ЭПИ)

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

Эпилепсия – самое частое из всех психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ), по поводу которого *назначают лечение* в чрезвычайных гуманитарных ситуациях в странах с низким и средним доходом. Эпилепсией болеют люди всех возрастов, в том числе дети.

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

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

Типичные жалобы пациента с эпилепсией с судорожными припадками при первом контакте

- Судорожные движения или припадки в прошлом

Оценка состояния

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

- Спросите у человека, не было ли у него каких-либо из нижеперечисленных симптомов (задайте те же вопросы лицу, осуществляющему уход):
  - судорожные движения, продолжавшиеся более 1-2 минут;
  - потеря или нарушение сознания;
  - скованность или ригидность туловища или конечностей в течение более 1-2 минут;
  - прикусывание языка, или образование синяков на языке, или телесные повреждения;
  - недержание мочи или кала во время припадка.
  - После исчезновения патологических движений могут наблюдаться спутанность сознания, сонливость или поведенческие нарушения. Человек также может жаловаться на чувство усталости, головную боль или боль в мышцах.
- Состояние человека соответствует критериям **судорожного припадка**, если у него наблюдаются **судорожные движения и как минимум два других симптома** из вышеприведенного перечня.
- Наличие только одного или двух из вышеперечисленных критериев может указывать на **бессудорожные припадки или другие нарушения**.
  - Если у человека было несколько бессудорожных припадков, обсудите эту ситуацию со специалистом.
  - При подозрении на другие нарушения принимайте соответствующие меры.
  - Проведите повторную оценку состояния через 3 месяца.

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

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

– лихорадка;
– головная боль;
– раздражение мозговых оболочек* (например, ригидность затылочных мышц).

- Проверьте наличие **других возможных причин** судорог, таких как:
  – травма головы;
  – нарушение обмена веществ* (например, гипогликемия*, гипонатриемия*);
  – алкогольная или лекарственная интоксикация или синдром отмены алкоголя или лекарственных препаратов ***(см. врезку ВЕЩ 1)***.
- **При выявлении** острого состояния, являющегося причиной судорожного припадка, проводите **соответствующее лечение этого состояния.**
  – В этих случаях поддерживающая терапия противоэпилептическими препаратами **не** требуется.
- При подозрении на нейроинфекцию*, травму головы или нарушение обмена веществ незамедлительно **направьте пациента в стационар.**
  – У **детей** (в возрасте от 6 месяцев до 6 лет) на нейроинфекцию может указывать **лихорадка** в сочетании с любым из следующих признаков **сложных фебрильных припадков:**
    ■ фокальный припадок – припадок, начинающийся в одной части тела;
    ■ продолжительный припадок – припадок, продолжающийся в течение более 15 минут;
    ■ повторный припадок – наличие более одного припадка с момента развития заболевания.
  – Отсутствие всех трех признаков у ребенка с лихорадкой может указывать на простой фебрильный припадок. Проводите лечение лихорадки и поиск вызвавшей ее причины в соответствии с местным вариантом стратегии ***«Интегрированное ведение болезней детского возраста»***. Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов.
- Проведите повторную оценку состояния через 3 месяца.

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

- В таких случаях критерием **эпилепсии** считается развитие двух или более спонтанных судорожных припадков в два разных дня в течение последних 12 месяцев.
- При наличии одного судорожного припадка за последние 12 месяцев в отсутствие острого состояния, которое могло быть его причиной, противоэпилептическая терапия не требуется. Проведите повторный осмотр через 3 месяца.

Основной план действий по оказанию помощи

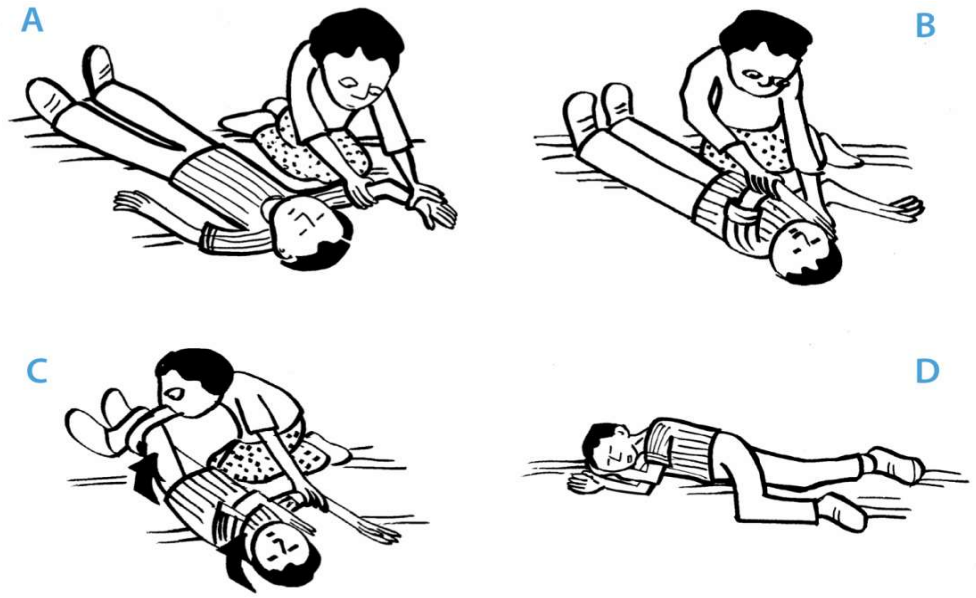
1. *Предоставьте человеку и лицу, осуществляющему уход за ним, информацию об эпилепсии*

- Объясните следующее:
  – Что такое эпилепсия и **каковы** ее **причины**:
    ■ Эпилепсия – это хроническое заболевание, но медикаментозная терапия позволяет устранить припадки у 75% людей.
    ■ При эпилепсии отмечаются повторные припадки. Припадок связан с возникновением патологической электрической активности в головном мозге.
    ■ Эпилепсия не возникает в результате колдовства и воздействия духов.
    ■ Эпилепсия не заразна. Эпилепсия не передается через слюну.
  – Что важно знать об **образе жизни**:
    ■ Люди с эпилепсией могут вести нормальный образ жизни:
    • Они могут вступать в брак и иметь здоровых детей.
    • Они могут успешно и безопасно выполнять большинство работ.
    • Дети с эпилепсией могут ходить в школу.
    ■ Людям с эпилепсией **не следует**:
    • заниматься профессиональной деятельностью, требующей выполнения работ вблизи тяжелого оборудования или огня;
    • готовить пищу на открытом огне;
    • плавать в одиночестве;
    • употреблять алкоголь и рекреационные наркотики;
    • смотреть на мигающий свет;
    • изменять режим сна (например, спать меньше, чем обычно).
  – **Что делать дома** в случае развития припадка (информация для лиц, осуществляющих уход):
    ■ Если на момент начала припадка человек стоит или сидит, осторожно помогите ему сесть или лечь на землю, что позволит предотвратить травму при падении.
    ■ Обеспечьте человеку возможность нормально дышать. Ослабьте давление одежды вокруг шеи.
    ■ Положите человека в «восстановительное положение» **(см. рисунки A-D ниже).**

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

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

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



Рисунки A-D: *«Восстановительное положение»*

D. Рука, находящаяся сверху, должна поддерживать голову, а рука, находящаяся снизу, будет ограничителем и не даст человеку откатиться слишком далеко (см. рисунок D ниже). **Обеспечьте проходимость дыхательных путей человека, слегка запрокинув его голову назад и подняв подбородок; убедитесь, что дыхательные пути свободны.** При таком положении язык не перекрывает дыхательные пути, а человек может свободнее дышать и не захлебнется слюной и рвотными массами.

- Постарайтесь не сдерживать человека и не удерживать его на полу.
- Не кладите ничего человеку в рот.
- Уберите от человека все тяжелые и острые предметы, чтобы предотвратить травму.
- Оставайтесь рядом с человеком до того, как припадок закончится и человек придет в сознание.

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

2. *Начните противоэпилептическую терапию или назначьте противоэпилептический препарат, который человек принимал ранее*

- Выясните, принимал ли человек когда-либо противоэпилептический препарат, который помогал устранить судороги. Если да, назначьте этот препарат в той же дозе.
- При отсутствии этого препарата назначьте другой препарат.
- Выберите **один** противоэпилептический препарат **(см. *таблицу ЭПИ 1*)**.
  - Учтите возможность развития побочных эффектов, влияния лекарственного препарата на сопутствующие заболевания* и лекарственного взаимодействия*. При необходимости используйте **национальный фармацевтический справочник или фармацевтический справочник ВОЗ**.
  - Начните с **минимальной дозы** и **постепенно повышайте** дозу до достижения полного контроля над припадками.
- Объясните человеку и лицу, осуществляющему уход, следующую информацию:
  - Схема дозирования препарата **(см. *таблицу ЭПИ 1*)**.
  - Возможные побочные эффекты **(см. *таблицу ЭПИ 1*)**. Большинство побочных эффектов имеют легкую степень тяжести и через некоторое время исчезают. При развитии тяжелых побочных эффектов человек должен немедленно прекратить прием препарата и обратиться за медицинской помощью.
  - Важность соблюдения режима **приема препарата**. Пропуск и резкое прекращение приема препарата может быть причиной повторных припадков. Препарат необходимо принимать **каждый день в одно и то же время**.
  - Время развития эффекта препарата. Обычно эффект препаратов развивается через несколько недель.
  - Длительность терапии. Медикаментозную терапию необходимо продолжать до тех пор, пока у человека не будет припадков в течение как минимум двух лет.
  - Важность регулярного наблюдения.

3. *Последующее наблюдение*

- **Обеспечьте регулярное последующее наблюдение**:
  - В первые три месяца или до прекращения припадков необходимо запланировать посещения для последующего наблюдения с частотой как минимум раз в месяц.

Таблица ЭПИ 1

Противоэпилептические препараты

	Фенобарбитал[a]	**Карбамазепин**	**Фенитоин**	**Вальпроевая кислота**
Начальная доза для детей	2-3 мг/кг/день	5 мг/кг/день	3-4 мг/кг/день	15-20 мг/кг/день
Обычная эффективная доза для детей	2-6 мг/кг/день	10-30 мг/кг/день	3-8 мг/кг/день (высшая доза - 300 мг/ день)	15-30 мг/кг/день
Начальная доза для взрослых	60 мг/день	200-400 мг/день	150-200 мг/день	400 мг/день
Обычная эффективная доза для взрослых	60-180 мг/день	400-1400 мг/день	200-400 мг/день	400-2000 мг/день
Режим дозирования	Один раз в день перед сном	Два раза в день	Детям: два раза в день; взрослым: возможно один раз в день	Обычно 2-3 раза в день
Редкие серьезные побочные эффекты	– Тяжелая кожная сыпь (синдром Стивенса – Джонсона*) – Угнетение костного мозга* – Печеночная недостаточность	– Тяжелая кожная сыпь (синдром Стивенса – Джонсона*, токсический эпидермальный некролиз*) – Угнетение костного мозга*	– Анемия и другие гематологические нарушения – Реакции гиперчувствительности, в том числе тяжелая кожная сыпь (синдром Стивенса – Джонсона*) – Гепатит	– Сонливость – Спутанность сознания
Частые побочные эффекты	– Сонливость – Гиперактивность у детей	– Сонливость – Нарушение походки – Тошнота	– Тошнота, рвота, запор – Тремор – Сонливость – Атаксия и невнятность речи – Подергивания мышц – Спутанность сознания	– Летаргия – Седация – Тремор – Тошнота, диарея – Увеличение массы тела – Преходящее выпадение волос (рост волос восстанавливается в течение 6 месяцев) – Нарушение функции печени
Меры предосторожности	– Не следует назначать фенобарбитал детям с умственной отсталостью или поведенческими нарушениями			– Не следует назначать вальпроевую кислоту при беременности

[a] Входит в состав межучрежденческого набора для оказания неотложной медицинской помощи (ВОЗ, 2011 г.)

  - После достижения контроля над припадками пациента необходимо осматривать раз в три месяца.
  - Более подробная информация по проведению последующего наблюдения приведена в разделе *«Принципы лечения»* **(см. раздел *«Общие принципы оказания помощи»*)**.
- **Во время каждого посещения для последующего наблюдения необходимо выполнять следующее**:
  - Проверьте, насколько хорошо контролируются припадки:
    - Изучите **дневник припадков**, чтобы оценить, насколько хорошо они контролируются.
  - Оставьте прежнее назначение противоэпилептического препарата или измените его дозу в зависимости от степени контроля над припадками.
    - Если при применении одного препарата в максимальной терапевтической дозе не

удается достичь контроля над припадками или у пациента развились непереносимые побочные эффекты, отмените этот препарат и назначьте другой. Постепенно повышайте дозу до достижения контроля над припадками.

- Если припадки отмечаются очень редко, а дальнейшее повышение дозы может привести к тяжелым побочным эффектам, текущая доза может быть приемлемой.
- Если после поочередного применения двух препаратов не удалось достичь адекватного контроля над припадками, проконсультируйтесь со специалистом. Не следует одновременно назначать более одного противоэпилептического препарата.

– При **отсутствии припадков** в течение последних **двух лет** рассмотрите вопрос **отмены противоэпилептического** препарата.
  - При отмене препарата *постепенно снижайте дозу* в течение нескольких месяцев с целью профилактики припадков вследствие развития синдрома отмены.
– Привлекайте лиц, осуществляющих уход, к наблюдению за тем, насколько хорошо контролируются припадки.
– Узнайте об особенностях образа жизни человека, проведите дополнительное психообразование и окажите поддержку пациенту и лицам, осуществляющим за ним уход (см. **п. 1 в разделе *«Основной план действий по оказанию помощи»*** выше).

Врезка ЭПИ 1. Особые указания по ведению женщин с эпилепсией

- Если женщина **детородного возраста**:
  – Назначьте **фолиевую кислоту** в дозе 5 мг/день для профилактики возможных пороков развития плода во время беременности.
- Если женщина **беременна**:
  – Проконсультируйтесь со специалистом по вопросу лечения.
  – Порекомендуйте более частые посещения медицинских работников в антенатальном периоде и роды в стационаре.
  – После родов введите новорожденному **препарат витамина К** внутримышечно (в/м) в дозе 1 мг.
- Решение о начале терапии противоэпилептическим препаратом во время беременности необходимо принимать совместно с женщиной. При этом необходимо оценить частоту и тяжесть припадков, а также возможный вред для плода как от припадков, так и от применения препарата. Если принято решение проводить медикаментозную терапию, можно использовать **фенобарбитал** или **карбамазепин**. Не следует назначать вальпроевую кислоту и применять одновременно более одного препарата (полипрагмазия*).
- Карбамазепин можно назначать **кормящим матерям**.

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

Рисунок ЭПИ 1. *Образец дневника припадков*

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

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

- **Оценка припадка**
  – Сохраняйте спокойствие. В большинстве случаев припадки заканчиваются через несколько минут.
  – Проверьте состояние **дыхательных путей**, оцените **состояние дыхания и кровообращения**, в том числе измерьте артериальное давление, частоту дыхания и температуру тела.
  – Проверьте, нет ли **признаков травмы головы или повреждения спинного мозга** (например, расширение зрачков может свидетельствовать о серьезной травме головы).

- Проверьте, нет ли **ригидности затылочных мышц** и **лихорадки** (признаки менингита).

- **Вопросы лицу, осуществляющему уход:**
  - *Когда начался припадок?*
  - *Случались ли у человека припадки раньше?*
  - *Была ли у него травма головы или шеи?*
  - *Есть ли у него какие-либо другие проблемы со здоровьем?*
  - *Принимал ли человек какие-либо лекарственные препараты, яды, алкоголь или наркотики?*
  - Если пациент – **женщина**: *если женщина беременна, то какой срок беременности? Были ли у женщины роды в течение последней недели?*
- ***Незамедлительно*** **направьте пациента в стационар, если:**
  - имеются любые признаки **тяжелой травмы, шока* или нарушения дыхания**;
  - человек мог получить **серьезную травму головы или шеи**:
    - Не двигайте шею пациента.
    - При перемещении пациента используйте методику «перекатывания бревна»*.
  - это беременная женщина **(во второй половине беременности)** или женщина, **родившая ребенка менее недели тому назад**;
  - есть подозрение на **нейроинфекцию**;
  - с момента начала припадка прошло **более 5 минут**.
  - **Необходимые действия в случае развития припадка**
  - Положите человека на бок в «восстановительное положение» (см. ***рисунки A-D в разделе «Основной план действий по оказанию помощи»*** **выше**).
  - Если припадок не прекращается спонтанно через 1-2 минуты, как можно быстрее установите венозный катетер и начните медленно вводить **глюкозу** и **бензодиазепины** (со скоростью 30 капель в минуту).
    - Если установить венозный катетер затруднительно, используйте ректальный путь для введения бензодиазепинов.
    - Внимание: **бензодиазепины могут угнетать дыхание**. Начните оксигенотерапию, если это возможно, и оценивайте состояние дыхания через небольшие интервалы времени.
    - **Доза глюкозы для детей:** 2-5 мл/кг 50% раствора глюкозы
    - **Доза бензодиазепинов для детей:**
      - диазепам ректально 0,2-0,5 мг/кг, или
      - диазепам внутривенно (в/в) 0,1-0,3 мг/кг, или
      - лоразепам в/в 0,1 мг/кг.
    - **Доза глюкозы для взрослых:** 5 мл 50% раствора глюкозы
    - **Доза бензодиазепинов для взрослых:**
      - диазепам ректально 10-20 мг/кг, или
      - диазепам 10-20 мг в/в медленно, или
      - лоразепам в/в 4 мг.
    - **Не вводите бензодиазепины внутримышечно (в/м).**
  - Введите бензодиазепин **повторно**, если припадок не прекратился в течение 5-10 минут после первого введения.
  - Повторно введите ту же дозу, что и первый раз.
  - **Не вводите бензодиазепины более двух раз. При необходимости введения бензодиазепина более двух раз человека следует направить в стационар.**
  - Следующие признаки могут указывать на развитие **эпилептического статуса**:
    - припадки возникают с небольшим интервалом, и человек не приходит в себя в промежутках между припадками, или
    - двукратное введение бензодиазепинов не влияет на припадки, или
    - припадки продолжаются более 5 минут.
- **Незамедлительно направьте пациента в стационар, если:**
  - есть подозрение на эпилептический статус (см. выше);
  - нет эффекта от первых двух введений бензодиазепинов;
  - после введения бензодиазепинов появились нарушения дыхания.

Умственная отсталость (УО)

Умственная отсталость[9] характеризуется необратимыми ограничениями в нескольких областях ожидаемого умственного развития (т. е. в мышлении*, языковых умениях, двигательных и социальных навыках). Эти ограничения присутствуют с рождения или появляются в детстве. При умственной отсталости нарушены обучаемость, повседневная деятельности и адаптация к новой среде.

Людям с умственной отсталостью часто в большом объеме требуется уход и внимание. Они нередко сталкиваются с трудностями при получении доступа к медицинскому обслуживанию и образованию. В условиях хаоса во время чрезвычайных событий для таких людей особо высока вероятность подвергнуться жестокому обращению, остаться без должного внимания и попасть в опасные ситуации. Например, люди с умственной отсталостью с большей вероятностью могут неосознанно пойти в опасные районы. Более того, члены их семей и местных сообществ могут воспринимать их как обузу и при переезде оставлять на прежнем месте. В связи с этим в чрезвычайных гуманитарных ситуациях людям с умственной отсталостью требуется повышенное внимание.

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

Типичные жалобы пациента при первом контакте

- У *детей грудного возраста:* вялое сосание, задержка физического развития, низкий мышечный тонус, отставание в развитии от сверстников, в том числе по времени, когда они начинают улыбаться, сидеть и стоять.
- У *детей более старшего возраста:* отставание в развитии от сверстников по приобретению навыков и умений, таких как ходьба, умение пользоваться горшком, говорение, чтение и письмо.
- У *взрослых:* нарушена способность жить независимо и обслуживать себя и (или) детей.
- У *лиц всех возрастных групп:* трудности в выполнении повседневных дел, которые считаются нормальными для данной возрастной группы; затруднения в понимании указаний; затруднения в обеспечении повседневных потребностей.

Оценка состояния

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

- **Оцените навыки и действия человека:**
  - **Дети младшего возраста**: оцените, полностью ли развитие ребенка соответствует **возрастным нормам**; при этом необходимо оценивать развитие по *всем* параметрам (см. перечень ранних признаков отклонений во *врезке* ***УО 1***).
  - Лицам, осуществляющим уход, нужно задать следующие вопросы:
    - *Ваш ребенок ведет себя так же, как его сверстники?*
    - *Что ваш ребенок умеет делать самостоятельно (сидеть, ходить, есть, одеваться, пользоваться горшком/туалетом)?*
    - *Как ваш ребенок общается с вами? Ребенок улыбается вам? Ребенок реагирует на свое имя? Как ребенок разговаривает с вами? Может ли ребенок попросить то, что он хочет?*
    - *Как ваш ребенок играет? Может ли ребенок хорошо играть со своими сверстниками?*
  - **Дети более старшего возраста** и **подростки**: спросите, ходят ли они в школу и, если да, как они справляются со школьными заданиями (изучением новой информации, чтением, письмом) и повседневными делами по дому.
    - *Ты ходишь в школу? Как ты учишься в школе? Ты можешь полностью выполнять школьные задания? Часто ли у тебя возникают трудности в школе из-за того, что ты не понимаешь, что надо делать, или не можешь выполнить это?*
  - Взрослые: спросите, работают ли они и, если да, как они справляются со своей работой и повседневными делами.
    - *Вы работаете? Какую работу вы выполняете? Часто ли у вас возникают трудности на работе из-за того, что вы не понимаете, что надо делать, или не можете выполнить это?*
  - **Дети более старшего возраста, подростки** и **взрослые**: спросите, в каком объеме другие люди помогают человеку в повседневной деятельности (например, в домашних делах, учебе, работе).
- При выявлении отставания в развитии от сверстников исключите наличие состояний, поддающихся лечению, и обратимых состояний, которые могут имитировать умственную отсталость.
  - **Исключите нарушение зрения**:
    - Дети старше 6 месяцев: спросите у лица, осуществляющего уход, может ли ребенок делать следующее (при этом сами наблюдайте за ребенком):

[9] В проекте МКБ-11 для этого состояния предложен термин «расстройство умственного развития».

- может ли ребенок следить взглядом за движущимся предметом;
- узнает ли ребенок знакомых людей;
- может ли ребенок схватить предмет руками.

■ При ответе «**нет**» хотя бы на один вопрос, сообщите лицу, осуществляющему уход, что у ребенка может быть нарушено зрение, и по возможности проконсультируйтесь со специалистом.

– **Исключите нарушение слуха:**

■ Дети старше 6 месяцев: спросите у лица, осуществляющего уход, может ли ребенок делать следующее (при этом сами наблюдайте за ребенком):

- поворачивает ли ребенок голову, чтобы увидеть, кто говорит с ним из-за спины;
- реагирует ли ребенок на громкие звуки;
- лепечет ли ребенок (издает ли он звуки типа «та-та», «да-да», «ба-ба»).

■ При ответе «**нет**» хотя бы на один вопрос, сообщите лицу, осуществляющему уход, что у ребенка может быть нарушен слух, и по возможности проконсультируйтесь со специалистом.

– **Исключите внешние проблемы**:

■ Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени у матери или лица, осуществляющего основной уход за ребенком (**см. *раздел ДЕП***).

■ Недостаточная стимуляция (в младшем возрасте стимуляция очень важна для развития головного мозга).

- *Кто регулярно общается и играет с ребенком?*
- *Как вы или эти люди играете с ребенком? Как часто?*
- *Как вы или эти люди общаетесь с ребенком? Как часто?*

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

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

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

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

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

– Научите человека, ухаживающего за ребенком, как создать более стимулирующую обстановку для маленьких детей. См. документ ***Counsel the Family for Care for Development: Counselling Cards*** («Консультирование семьи по вопросам наблюдения за развитием ребенка: информационные карточки») (ЮНИСЕФ и ВОЗ, 2012 г.).

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

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

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

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

Основной план действий по оказанию помощи

1. *Проводите психообразование*

- **Объясните** самому человеку и лицу, осуществляющему за ним уход, что такое **умственная отсталость**. Людей с умственной отсталостью не надо обвинять в том, что у них есть это отклонение. Цель беседы заключается в том, чтобы лица, осуществляющие уход, имели реальное представление о ситуации, были добры к подопечным и поддерживали их.
- Проведите обучение родительским навыкам. Его цель – **способствовать установлению хороших взаимоотношений между ребенком и родителем или человеком, обеспечивающим уход**. Проведите обучение навыкам ухода, которые позволят уменьшить поведенческие проблемы.

– Лица, осуществляющие уход, должны понимать важность обучения их подопечного навыкам гигиены и ухода за собой (например, навыкам пользования горшком/туалетом, чистки зубов).

– Эти люди должны очень хорошо знать своего подопечного. Они должны знать, что может быть стрессовым фактором для человека, что приносит ему радость, что является причиной поведенческих нарушений и как их можно предупредить, в чем сильные и слабые сто-

роны человека, какой способ обучения подходит ему больше всего.
  - Лица, осуществляющие уход, должны вести записи о повседневной жизни своего подопечного – о том, как он ест, играет, учится, работает и спит. Такие записи следует делать как можно регулярнее.
  - **Люди, осуществляющие уход** за людьми с умственной отсталостью, **должны поощрять** своих **подопечных** за хорошее поведение, а при возникновении проблем с поведением не давать поощрения. Используйте сбалансированный подход к установлению дисциплины:
    - В простой, краткой и понятной форме объясняйте человеку, что он должен делать, а не то, что он не должен делать. Разделите комплексные действия на несколько более простых этапов, так чтобы человек смог научиться и получать поощрение на каждом этапе (например, сначала научиться надевать брюки, а потом застегивать их).
    - Когда подопечный хорошо выполняет какое-то действие, поощряйте его за это. Отвлекайте подопечного от того, чем ему не следует заниматься. Однако такое отвлечение не должно быть приятным для подопечного и он не должен получать за него вознаграждение.
    - При возникновении проблем с поведением НЕ применяйте угрозы и физическое наказание.
- Объясните лицам, осуществляющим уход, что в целом их подопечные более подвержены физическому и сексуальному насилию и в связи с этим им требуется больше внимания и защиты.
- Объясните лицам, осуществляющим уход, что следует избегать институционализации, то есть передачи подопечных в специализированные лечебные учреждения закрытого типа.

2. *Принимайте меры по обеспечению защиты человека на уровне местного сообщества*
- Узнайте, есть ли на местном уровне объединения, способные оказать защиту (например, неформальные объединения, местные НПО, правительственные и международные учреждения) и обратитесь к ним с просьбой оказать человеку соответствующую поддержку.

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

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

5. *Если возможно, направьте человека к специалисту для проведения дополнительной оценки и лечения возможных сопутствующих отклонений в развитии:*
- необратимые двигательные расстройства или церебральный паралич*;
- врожденные пороки развития, генетические отклонения или синдромы (например, синдром Дауна*).

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

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

К 1 МЕСЯЦУ	– Плохое сосание груди или отказ от груди – Неактивные движения руками и ногами – Слабая реакция или отсутствие реакции на громкие звуки и яркий свет – Плач в течение длительного времени без явной причины – Рвота и диарея, которые могут приводить к обезвоживанию
К 6 МЕСЯЦАМ	– Скованность или затрудненные движения конечностями – Постоянные движения головой (это может указывать на инфекцию уха, которая при отсутствии лечения может приводить к потере слуха) – Слабая реакция или отсутствие реакции на звуки, знакомые лица или на грудь при кормлении – Отказ от груди и еды

К 12 МЕСЯЦАМ	– Отсутствие звуковой реакции на других людей – Отсутствие слежения взглядом за движущимися предметами – Апатия и слабая реакция на человека, осуществляющего уход – Снижение аппетита или отказ от еды
К 2 ГОДАМ	– Слабая реакция на других людей – Трудности в поддержании равновесия при ходьбе – Травмы и необъяснимые изменения в поведении (особенно при обеспечении ухода за ребенком) – Снижение аппетита
К 3 ГОДАМ	– Утрата интереса к играм – Частые падения – Трудности в обращении с мелкими предметами – Непонимание простых обращений – Неумение строить речь с использованием нескольких слов – Слабый интерес к еде или отсутствие такого интереса
К 5 ГОДАМ	– Проявление страха, гнева и жестокости во время игр с другими детьми, что может указывать на эмоциональные проблемы или применение насилия
К 8 ГОДАМ	– Трудности в установлении и поддержании дружеских отношений и участии в групповых видах деятельности – Уклонение от выполнения заданий и трудных дел без попыток или проявления беспомощности – Проблемы с выражением своих потребностей, мыслей и эмоций – Проблемы с концентрацией внимания на заданиях, пониманием и выполнением школьных заданий – Чрезмерная агрессивность или стеснительность по отношению к друзьям и членам семьи

Источник: *ЮНИСЕФ, ВОЗ, ЮНЕСКО, ЮНФПА, ПРООН, ЮНЭЙДС, ВПП и Всемирный банк (2010 г.)*

Пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ)

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

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

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

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

Типичные жалобы пациента при первом контакте

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

Оценка состояния

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

- **Узнайте об употреблении алкоголя и наркотиков, не выражая при этом своего мнения.**
- Узнайте следующую информацию:
  - **В каком объеме человек употребляет алкоголь (наркотики) и как он это делает**
    - *Вы употребляете алкоголь? Если да, то в каком виде? Сколько стандартных порций вы выпиваете в день, в неделю?*
    - *Принимаете ли вы какие-либо назначенные врачом снотворные препараты, препараты для снятия тревоги, болеутоляющие препараты в таблетках? Какие это препараты? Сколько таблеток вы принимаете в день, в неделю?*
    - *Употребляете ли вы какие-либо запрещенные наркотики? Какие это наркотики? Как вы их употребляете – внутрь, инъекционно, путем вдыхания? В каком объеме и сколько раз в день, в неделю вы их употребляете?*
  - **Побуждение** к употреблению алкоголя и наркотиков
    - *Что вызывает у вас желание употреблять алкоголь или наркотики?*
  - **Причинение вреда себе и окружающим**
    - Проблемы со здоровьем и травмы **в результате** употребления алкоголя и наркотиков
      - *Были ли у вас какие-либо отклонения со стороны здоровья после того, как вы начали употреблять алкоголь или наркотики?*
      - *Получали ли вы травмы в то время, когда находились под влиянием алкоголя или наркотиков?*
    - Продолжение употребления алкоголя или наркотиков, несмотря на рекомендации прекратить употребление этих веществ:
      - во время беременности или кормления грудью;
      - после того, как человек узнал, что у него есть патология желудка или печени, вызванная употреблением алкоголя или наркотиков;
      - во время лечения препаратами, взаимодействие которых с алкоголем и наркотиками приводит к опасным последствиям, такими как седативные средства, анальгетики и противотуберкулезные препараты.
    - Социальные проблемы **в результате** употребления алкоголя и наркотиков:
      - Финансовые проблемы и проблемы с законом
        - *Были ли у вас когда-либо финансовые проблемы, нарушали ли вы когда-нибудь законы из-за употребления алкоголя или наркотиков?*
      - Проблемы, связанные с профессиональной деятельностью
        - *Были ли случаи, когда из-за употребления алкоголя или наркотиков вы лишались работы или плохо выполняли свою работу?*
      - Проблемы с осуществлением ухода за детьми и другими иждивенцами
        - *Возникали ли у вас трудности в обеспечении ухода за своими детьми или другими членами семьи из-за употребления алкоголя или наркотиков?*
      - Насилие в отношении других людей
        - *Причиняли ли вы вред другим людям во время употребления алкоголя или наркотиков?*
      - Проблемы во взаимоотношениях с другими людьми, проблемы с супругом
        - *Были ли у вас проблемы с вашим партнером из-за того, что вы употребляли алкоголь или наркотики?*
- Проведите быстрое общее **физикальное обследование** на предмет наличия признаков хронического употребления алкоголя и наркотиков:
  - Кровотечение из органов желудочно-кишечного тракта:
    - боль в животе;
    - кровь в рвотных массах;
    - кровь в кале и черный кал.
  - Заболевание печени:
    - тяжелое: желтуха, асцит*, увеличение и уплотнение печени и селезенки, печеночная энцефалопатия*.
  - Истощение, выраженное снижение массы тела.
  - Признаки инфекции, связанной с употреблением наркотиков (например, ВИЧ, гепатит В или С, инфекции кожи в месте инъекций или туберкулез).
- Оценивайте **одновременно** наличие признаков употребления и алкоголя, и наркотиков, так как часто они сочетаются.

Основной план действий по оказанию помощи

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

- Окажите необходимую **медицинскую помощь** для устранения соматических последствий пагубного употребления алкоголя или наркотиков.
- Назначьте лечение **сопутствующих психических заболеваний**, таких как депрессивное расстройство средней или тяжелой степени, ПТСР и психоз **(см. разделы *ДЕП, ПТСР, ПСИ*)**.

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

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

- **Выясните, считает ли человек употребление алкоголя или наркотиков проблемой и, если да, готов ли он что-либо делать для ее решения**
  - *Считаете ли вы, что у вас может быть проблема, связанная с употреблением алкоголя или наркотиков?*
  - *Думали ли вы о том, чтобы сократить употребление алкоголя или наркотиков или полностью отказаться от них?*
  - *Пытались ли вы раньше сократить потребление алкоголя или наркотиков или полностью отказаться от них?*

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

- Начните **короткую мотивационную беседу** о пагубном употреблении этих веществ:
  - Спросите у человека, **в чем он видит пользу** и **вред** от употребления алкоголя и наркотиков. Не высказывайте своего мнения, но постарайтесь понять мотивацию человека к употреблению алкоголя и наркотиков.
    - *Какие приятные ощущения вы получаете от употребления алкоголя и наркотиков?*
    - *Видите ли вы какие-либо отрицательные стороны в употреблении алкоголя или наркотиков?*
    - *Сожалели ли вы когда-либо об употреблении алкоголя или наркотиков?*
  - **Поставьте под сомнение** преувеличенное восприятие пользы от употребления алкоголя или наркотиков. Например, если человек употребляет алкоголь или наркотики, чтобы забыть жизненные трудности, задайте следующие вопросы:
    - *Хорошо ли это – просто* забыть *о проблеме? Поможет ли это устранить проблему?*
  - **Обратите внимание** человека на некоторые отрицательные стороны употребления алкоголя и наркотиков, которые человек может недооценивать.
    - *Сколько денег вы тратите на покупку алкоголя или наркотиков? В неделю? В месяц? В год? Что еще вы могли бы сделать с этими деньгами?*
  - **Расскажите** о вредном воздействии алкоголя и наркотиков как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.
    - *Употребление алкоголя и наркотиков может приводить к серьезным заболеваниям, в том числе психическим отклонениям, травмам и развитию пристрастия.*
  - **Согласитесь** с тем, что отказаться от употребления алкоголя или наркотиков трудно. Покажите человеку, что вы хотите поддержать его. Поспособствуйте тому, чтобы человек *сам решил*, надо ли *ему* отказываться от употребления алкоголя или наркотиков.
  - Если человек не готов сократить употребление алкоголя или наркотиков или полностью отказаться от них, проявите уважение к его решению. Попросите человека прийти в другой раз, чтобы вы могли продолжить беседу.
- **Проводите** описанные выше краткие мотивационные беседы **в течение нескольких встреч**.

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

- Обсудите следующие варианты:
  - Посоветуйте человеку не хранить алкоголь и наркотики дома.
  - Посоветуйте ему не ходить вблизи мест, в которых люди могут употреблять алкоголь или наркотики.
  - Порекомендуйте обратиться за поддержкой к друзьям и лицам, осуществляющим уход.
  - Попросите людей, осуществляющих уход, сопровождать человека во время следующих посещений.
  - Побудите человека участвовать в общественных мероприятиях, не предполагающих употребление алкоголя и наркотиков.
- Рассмотрите возможность направления человека в группу взаимопомощи людей, употребляющих алкоголь или наркотики, если она существует.
- Если человек согласен отказаться от употребления алкоголя или наркотиков, сообщите ему о возможности развития преходящих симптомов синдрома отмены (которые отмечаются в течение менее 7 дней). Опишите эти симптомы (например, тревога и тревожное возбуждение после прекращения приема опиатов, бензодиазепинов и алкоголя). Посоветуйте человеку повторно обратиться в лечебное учреждение, если симптомы будут иметь тяжелую форму.

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

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

6. *Предложите регулярное последующее наблюдение*

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

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

Типичные жалобы пациента с синдромом отмены алкоголя, угрожающим жизни, при первом контакте

- Тревожное возбуждение, выраженное беспокойство
- Спутанность сознания или галлюцинации* (человек видит, слышит или ощущает то, чего в действительности нет)
- Судороги или припадки
- Повышение артериального давления (>180/100 мм.рт.ст.) и (или) частоты сердечных сокращений (>100 уд./мин.)

Оценка состояния при синдроме отмены алкоголя, угрожающем жизни

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

- **Исключите другие причины**, которые могли бы объяснить наличие имеющихся симптомов, а при их наличии **примите соответствующие меры**. К таким причинам относятся:
  - малярия, ВИЧ/СПИД, другие инфекции, травмы головы, нарушения обмена веществ* (например, гипогликемия*, гипонатриемия*), печеночная энцефалопатия, гипертиреоз*, инсульт, употребление наркотиков (например, амфетаминов), подтвержденный психоз или эпилепсия в анамнезе.
- После исключения вышеперечисленных причин соберите **информацию об употреблении алкоголя**, задав человеку и лицам, осуществляющим уход, следующие вопросы:
  - Употребляет ли человек алкоголь?
  - Когда он последний раз употреблял алкоголь?
  - Как много алкоголя он обычно употребляет?
- На синдром отмены алкоголя может указывать появление симптомов после прекращения регулярного употребления алкоголя или употребления его в большом количестве. Обычно симптомы появляются через 1-2 дня после употребления последней порции.
  - При наличии припадков или галлюцинаций и отсутствии подозрения на синдром отмены алкоголя оцените состояние человека на предмет наличие эпилепсии **(см. *раздел ЭПИ*)** или психоза **(см. *раздел ПСИ*)**.

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

- Оцените состояние человека на предмет наличия **угрожающих жизни отклонений**:
  - судороги/припадки (обычно в течение 48 часов);
  - проявления делирия* (обычно в течение 96 часов);
    - острое состояние спутанности сознания, дезориентация;
    - галлюцинации.
- Оцените, насколько **высок риск развития угрожающих жизни отклонений** (судорог или делирия) в течение следующих одного-двух дней:
  - наличие угрожающих жизни отклонений (судорог или делирия) в прошлом или
  - наличие тяжелых проявлений синдрома отмены в настоящее время:
    - крайнее тревожное возбуждение, выраженная раздражительность, выраженное беспокойство;
    - избыточное потоотделение, тремор кистей;
    - повышение артериального давления (>180/100 мм.рт.ст.) и (или) частоты сердечных сокращений (>100 уд./мин.).

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

План неотложных действий при угрожающем жизни синдроме отмены алкоголя

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

- Доза диазепама зависит от степени привыкания* организма человека к этому препарату, степени тяжести симптомов синдрома отмены и наличия сопутствующих соматических расстройств.
  - Дозу следует корректировать в зависимости от наблюдаемого эффекта. Правильная доза обеспечивает небольшой седативный эффект.
    - Слишком высокая доза может вызвать чрезмерный седативный эффект и угнетение дыхания. Контролируйте частоту дыхания и уровень седации (например, степень сонливости) через небольшие интервалы времени.
    - При введении препарата в недостаточной дозе существует риск развития припадков или делирия.
- Наблюдайте за проявлениями синдрома отмены через небольшие интервалы времени (каждые 3-4 часа). Продолжайте терапию диазепамом до исчезновения симптомов (обычно необходимо 3-4 дня, но не более 7 дней).
- При развитии абстинентного судорожного припадка НЕ ИСПОЛЬЗУЙТЕ противоэпилептические препараты. Продолжайте терапию диазепамом.
- Симптомы **делирия**, такие как спутанность сознания, тревожное возбуждение и галлюцинации, могут сохраняться в течение нескольких недель после исчезновения других проявлений синдрома отмены. В таких случаях рассмотрите возможность применения **нейролептиков**, например **галоперидола** в дозе 2,5-5 мг внутрь 3 раза в день, до ослабления симптоматики (спутанности сознания, тревожного возбуждения или галлюцинаций). Иногда галлюцинации и спутанность сознания исчезают только через несколько недель. Не допускайте развития чрезмерного седативного эффекта.
- По возможности поместите человека в тихое хорошо освещенное помещение, в котором нет внешних раздражителей. Постарайтесь обеспечить некоторое освещение в помещении даже в ночное время, чтобы предотвратить падения в случае, если человек решит ночью встать с постели. Чтобы предотвратить падения, можно также рассмотреть вариант размещения человека на матрасе на полу. Если возможно, попросите человека, осуществляющего уход, остаться с пациентом и наблюдать за его состоянием. По возможности старайтесь не ограничивать свободу пациента.

2. **Примите меры по устранению истощения**

- Назначьте витамин B_1 (тиамин) в дозе 100 мг/день внутрь в течение 5 дней.
- Оцените состояние человека на предмет наличия признаков недоедания и при их наличии примите соответствующие меры.

3. **Обеспечьте поддержание нормального водного баланса**

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

4. **После устранения синдрома отмены, угрожающего жизни, оцените признаки пагубного употребления алкоголя или наркотиков и назначьте соответствующее лечение** (см. основную часть этого раздела)

Таблица ВЕЩ 1

Применение диазепама при синдроме отмены алкоголя, угрожающем жизни

	Диазепам[a]
Начальная доза	10-20 мг до 4 раз в день в течение 3-7 дней
Последующие дозы	При ослаблении симптоматики начните постепенно снижать дозу и (или) частоту приема. Контролируйте состояние пациента через небольшие интервалы времени, так как люди могут по-разному реагировать на этот препарат
Путь введения	Внутрь
Тяжелые побочные эффекты (редко)	Угнетение дыхания*, выраженное нарушение сознания Внимание: контролируйте частоту дыхания и уровень седации через небольшие интервалы времени
Частые побочные эффекты	Сонливость, амнезия, нарушение сознания, мышечная слабость Внимание: не вводите препарат повторно, если человек находится в сонливом состоянии
Меры предосторожности при применении в особых группах	Пожилым людям следует назначать четверть или половину рекомендуемой дозы. Не назначайте препарат людям с нарушениями дыхания

[a] Входит в состав межучрежденческого набора для оказания неотложной медицинской помощи (ВОЗ, 2011 г.)

Суицид (СУИ)

В чрезвычайных гуманитарных ситуациях у людей часто развиваются психические нарушения, острый эмоциональный стресс, и появляется ощущение беспомощности. Эти проблемы могут стать причиной *суицида** или *самоповреждения**. Некоторые медицинские работники ошибочно думают, что вопросы о суициде могут подтолкнуть человека к попытке самоубийства. Это не так. Напротив, разговоры о суициде часто уменьшают тревогу, вызванную мыслями о самоубийстве, помогают человеку почувствовать, что его понимают, и дают больше возможностей для дальнейшего обсуждения проблемы. При наличии у взрослых и подростков любого из описанных в данном руководстве психических и неврологических расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ), существует риск суицида или самоповреждения.

Типичные жалобы, предъявляемые при первом контакте пациентам из группы риска совершения суицида или самоповреждения

- Ощущение крайней подавленности или отчаяния
- Глубокое ощущение беспомощности или печали
- Попытки самоповреждения в прошлом (например, острое отравление пестицидами, передозировка лекарственных средств, нанесение себе ран).

Оценка состояния

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

- Оцените состояние на предмет наличия следующих отклонений:
  - признаков **отравления**, алкогольной или лекарственной интоксикации, передозировки лекарственных веществ или других признаков самоповреждения;
  - **признаков, требующих срочного медицинского вмешательства:**
    - кровотечение из нанесенной себе раны,
    - потеря сознания,
    - крайне выраженная летаргия.

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

- Спросите человека и лица, осуществляющего уход за ним, о следующем:
  - мыслях о совершении суицида и соответствующих планах (в настоящее время и в предыдущем месяце);
  - актах самоповреждения в предыдущем году;
  - доступе к средствам для совершения суицида (например, пестицидам, веревкам, оружию, ножам, рецептурным препаратам и наркотикам).
- Оцените состояние человека на предмет наличия следующих отклонений:
  - сильный эмоциональный стресс или ощущение беспомощности;
  - агрессивное поведение или крайнее тревожное возбуждение;
  - замкнутость или нежелание общаться.
- На наличие **непосредственного риска** совершения суицида или самоповреждения указывает соответствие одному из следующих критериев:
  - наличие суицидальных **мыслей**, планов или действий **в настоящее время**;

– **наличие мыслей или планов** о самоповреждении в предыдущем месяце или совершение актов самоповреждения в предыдущем году (для человека, который в момент оценки крайне возбужден, агрессивен, находится в стрессовом состоянии или отказывается от общения).

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

- Оцените состояние человека на предмет наличия возможных сопутствующих состояний и назначьте лечение:
  – хронический болевой синдром или инвалидность (например, вследствие недавно полученных травм в условиях чрезвычайной гуманитарной ситуации);
  – депрессивное расстройство средней или тяжелой степени **(см. *раздел ДЕП*)**;
  – психоз **(см. *раздел ПСИХ*)**;
  – пагубное употребление алкоголя и наркотических средств **(см. *раздел ВЕЩ*)**;
  – посттравматическое стрессовое расстройство **(см. *раздел ПТСР*)**;
  – острый эмоциональный стресс **(см. разделы *ОСР*, *ГОРЕ*, *ПРОЧ*)**.

Врезка СУИ 1. Как разговаривать о суициде и самоповреждении

1. Создайте безопасную и уединенную обстановку, чтобы помочь человеку поделиться своими мыслями.
- Не осуждайте человека за его желание покончить жизнь самоубийством.
- Предложите человеку поговорить наедине или в присутствии других людей, которых он выберет.
2. Задайте ряд вопросов, формулируя их таким образом, чтобы любой ответ на предыдущий вопрос естественным образом подводил разговор к следующему вопросу. Например:
- [Начните с вопроса о текущей ситуации.] *Как вы себя чувствуете?*
- [Покажите, что вы понимаете чувства человека.] *Вы выглядите грустным/расстроенным. Я бы хотел задать вам несколько вопросов об этом.*
- *Как вы видите свое будущее? Каковы ваши надежды на будущее?*
- *Некоторые люди с подобными проблемами говорили мне, что они не видят смысла жить. Когда вы ложитесь спать, есть ли у вас желание не просыпаться утром?*
- *У вас бывают мысли о том, чтобы нанести себе вред?*
- *Вы когда-нибудь планировали покончить с жизнью?*
- *Если да, как вы планируете сделать это?*
- *Есть ли у вас средства для того, чтобы покончить с жизнью?*
- *Вы думали о том, когда сделать это?*
- *Предпринимали ли вы попытку покончить с жизнью?*
3. Если человек выражает суицидальные идеи,
- сохраняйте спокойствие и покажите, что вы поддерживаете его;
- не давайте ложных обещаний.

Основной план действий по оказанию помощи

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

- **Окажите медицинскую помощь:**
  – Оказывайте помощь людям, нанесшим себе повреждения, с таким же вниманием, уважением, как и другим пациентам, обеспечивая при этом такую же степень конфиденциальности. Не наказывайте этих людей.
  – Проведите соответствующее лечение травмы или отравления.
    ▪ Рекомендации по оказанию помощи при остром отравлении пестицидами приведены в документе ***Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication*** («Клиническое руководство по ведению пациентов с острым отравлением пестицидами») (ВОЗ, 2008 г.).
  – В случае передозировки лекарственного препарата, если необходимость в применении препарата все еще присутствует, назначьте альтернативный наиболее безопасный препарат. По возможности назначайте новый препарат короткими курсами (например, от нескольких дней до недели), чтобы предотвратить повторные случаи передозировки.
- **При сохранении непосредственного риска совершения суицида постоянно контролируйте состояние человека** (см. рекомендации ниже).
- Предложите психосоциальную поддержку (см. рекомендации ниже).
- По возможности проконсультируйтесь со специалистом в области психического здоровья.

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

- **Контролируйте состояние человека:**

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

• **Предложите психосоциальную поддержку:**
- НЕ начинайте с предложения человеку возможных решений его проблем. Вместо этого постарайтесь вселить надежду. Например, так:
  - *Многие люди, которые находились в подобных ситуациях – чувствовали себя беспомощными, хотели умереть – потом обретали надежду, и их ощущения улучшались со временем.*
- Помогите человеку найти смысл продолжать жить.
- Постарайтесь вместе найти решения проблем.
- При сохранении непосредственного риска суицида привлекайте лиц, осуществляющих уход за человеком, его друзей и других доверенных лиц, а также ресурсы местного сообщества для наблюдения за человеком и оказания ему поддержки. Объясните им необходимость круглосуточного наблюдения за человеком. Проконтролируйте, чтобы они составили четкий реальный план (например, решив, кто в какое время суток будет наблюдать за человеком).
- Предложите дополнительную психосоциальную поддержку, как описано в разделе *«Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки»* (см. ***«Общие принципы оказания помощи»***).

• По возможности проконсультируйтесь со специалистом в области психического здоровья.

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

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

• Обязательно составьте **четкий план посещений для последующего наблюдения** и убедитесь, чтобы лица, осуществляющие уход за человеком, осознали свою ответственность за выполнение этого плана **(см. *«Принципы лечения»* в разделе «Общие принципы оказания помощи»)**.
• Регулярно поддерживайте связь с человеком (например, по телефону, с помощью текстовых сообщений или посещений на дому).
• В первое время проводите наблюдение через небольшие интервалы времени (например, еженедельно в течение первых двух месяцев), а по мере улучшения состояния человека снижайте частоту контактов (каждые 2-4 недели).
• Продолжайте наблюдение, пока сохраняется риск суицида. При каждом контакте в обычном порядке оценивайте наличие суицидальных мыслей и планов.

Прочие значимые жалобы, связанные с психическим здоровьем (ПРОЧ)

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

К прочим жалобам, связанным с психическим здоровьем, относятся:

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

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

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

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

Оценка состояния

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

- Сначала проведите общее **физикальное обследование**, а затем необходимые дополнительные обследования.
- Примите необходимые меры по устранению выявленной соматической причины, затем повторно оцените состояние человека, чтобы выяснить, сохраняются ли первоначальные симптомы.

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

- Исключите следующее:
  - **Выраженные симптомы острого стресса (см. *раздел ОСР*)**
    - Основные проявления:
    - потенциально травмирующее событие в предыдущем месяце;
    - появление симптомов после этого события;
    - обращение за помощью с целью облегчения симптомов или значительное нарушение повседневной жизни из-за наличия этих симптомов.
  - **Выраженные проявления горя (см. *раздел ГОРЕ*)**
    - Основные проявления:
    - появление симптомов после большой утраты;
    - обращение за помощью с целью облегчения симптомов или значительное нарушение повседневной жизни из-за наличия этих симптомов.
  - **Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (см. *раздел ДЕП*)**
    - Основные проявления (сохраняющиеся в течение как минимум двух недель):
    - устойчиво подавленное настроение;
    - резко сниженный интерес или степень удовольствия от выполняемых дел, особенно тех, которые раньше доставляли радость;
    - значительное нарушение повседневной жизни из-за наличия этих симптомов.
  - **Посттравматическое стрессовое расстройство (см. *раздел ПТСР*)**
    - Основные проявления:
    - потенциально травмирующее событие, произошедшее более месяца назад;
    - повторяющиеся кошмарные сны, яркие повторные переживания* или навязчивые воспоминания* о событиях, сопровождающиеся сильным страхом или ужасом;
    - целенаправленное избегание факторов, напоминающих о событии;
    - повышенное чувство опасности (избыточная обеспокоенность и настороженность в отношении опасности или резкая реакция на громкие звуки или неожиданные движения);
    - значительное нарушение повседневной жизни из-за наличия этих симптомов.
  - **Пагубное употребление алкоголя и наркотиков (см. *раздел ВЕЩ*)**
    - Основные проявления:
    - употребление алкоголя и наркотиков, причиняющее вред самому человеку (или) другим людям.
  - **Суицид, самоповреждение (см. *раздел СУИ*)**
    - Основные проявления:
    - акты самоповреждения в настоящее время; наличие суицидальных мыслей и планов в настоящее время или
    - мысли, планы о самоповреждении и акты самоповреждения в недавнем прошлом (для человека, который в момент оценки крайне возбужден, находится в стрессовом состоянии, замкнут или отказывается от общения).
- При подозрении на любое из этих состояний проводите оценку и лечение с учетом рекомендаций в соответствующем разделе.
- **Если 1) соматические причины исключены, 2) вышеперечисленные расстройства ПНВ исключены и 3) человек обратился за помощью с целью облегчения симптомов или данные симптомы значительно нарушают повседневную жизнь человека, считается, что имеют место *прочие значимые жалобы, связанные с психическим здоровьем.***
  - Обычно для исключения соматических причин и вышеперечисленных расстройств ПНВ требуется несколько посещений.

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

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

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

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

Основной план действий по оказанию помощи

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

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

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

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

- НЕ назначайте дополнительные лабораторные исследования, за исключением случаев, когда для этого есть **четкие медицинские показания** (например, отклонения основных показателей жизнедеятельности).
  - Назначение ненужных клинических исследований может еще больше укрепить человека во мнении, что у него есть соматическое расстройство.
  - При проведении клинических исследований могут развиваться побочные эффекты.
- Сообщите человеку, что у него не обнаружено никакого серьезного заболевания. Сообщите, что клиническое обследование и лабораторные анализы не выявили никаких отклонений.
  - *Мы не обнаружили никакого серьезного физического нарушения. На данный момент я не вижу оснований для дополнительных исследований.*
- Если человек настаивает на проведении дополнительных исследований, вы можете сказать следующее:
  - *Проведение исследований без необходимости может причинить вред, так как может стать причиной необоснованного беспокойства и побочных эффектов.*
- **Признайте, что симптомы реально существуют** и что действительно важно устранять те из них, которые доставляют серьезные проблемы.
- Попросите человека дать **собственное объяснение** имеющимся симптомам. Это может помочь найти причину, установить доверительные отношения с человеком и улучшить соблюдение режима лечения.
- Объясните, что эмоциональные страдания/стресс часто сопровождаются физическими ощущениями (болью в животе, напряжением мышц и т. д.). Спросите, может ли быть связь между эмоциями человека или испытываемым им стрессом и имеющимися симптомами, и обсудите этот вопрос.
- Поощряйте продолжение повседневных занятий или постепенное возвращение к ним.
- Кроме этого, следуйте рекомендациям в разделе *«Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки»* (см. ***«Общие принципы оказания помощи»***).

3. *В отношении подростков с нарушениями поведения*

- **Внимательно выслушайте** собственное мнение подростка о проблеме (предпочтительнее в отсутствии лиц, осуществляющих уход).
- Проведите **психообразование** для подростка и лиц, осуществляющих уход за ним. Объясните следующее:
  - Проблемы с поведением иногда возникают у подростков, когда они злятся или беспокоятся или когда им скучно или грустно. Несмотря на такое поведение, им нужна постоянная помощь и поддержка.
  - Лица, осуществляющие уход, должны прикладывать все усилия к тому, чтобы наладить общение с подростком, даже если это непросто.
  - Специальная информация для лиц, осуществляющих уход:
    - *Постарайтесь найти приятные и интересные дела, которыми вы можете заниматься вместе.*

- *Будьте последовательны относительно того, что вы разрешаете и не разрешаете делать подростку.*
- *Хвалите или награждайте подростка за хорошее поведение и делайте замечания или предпринимайте соответствующие действия только в случае серьезных проблем с поведением.*
- *Никогда не применяйте физическое наказание. Хвалите за хорошее поведение чаще, чем ругаете за плохое.*
- ***Не спорьте с подростком, когда вы очень расстроены.*** *Подождите, пока вы не успокоитесь.*

– Специальные вопросы для обсуждения с подростком:
  - Есть нормальные способы справиться со скукой, стрессом и злостью (например, занятия чем-то, что помогает расслабиться, занятия физической активностью, участие в общественной деятельности).
  - Можно поговорить с людьми, которым ты доверяешь, о том, что ты злишься, беспокоишься, что тебе бывает скучно или грустно. Это может помочь.
  - Алкоголь и другие вещества могут усугублять чувство злости и подавленности, и их не стоит употреблять.

- Поощряйте участие:
  – в процессе формального/неформального образования;
  – в конкретных, целенаправленных мероприятиях, представляющих общий интерес (например, создание приютов);
  – в организованных спортивных программах.
- Кроме этого, следуйте рекомендациям в разделе *«Принципы снижения стресса и укрепления социальной поддержки»* (см. ***«Общие принципы оказания помощи»***), применимым к этой группе подростков и лицам, осуществляющим уход за ними.

4. *Последующее наблюдение*
- Порекомендуйте человеку повторно обратиться за помощью, если симптомы не исчезнут, усугубятся или станут непереносимыми.
- При отсутствии улучшения, а также если человек или лицо, осуществляющее уход за ним, настаивают на дополнительных исследованиях и лечении, обратитесь за советом к специалисту.

Приложение 1

Определения случаев в соответствии с системой медико-санитарной информации УВКБ ООН (2014 г.)

1. Эпилепсия/припадки

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

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

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

3. Умственная отсталость

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

4. Психотическое расстройство (в том числе мания)

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

5. Эмоциональное расстройство / депрессия средней и тяжелой степени

У этих людей отмечается значительное нарушение нормальной повседневной жизни в течение более двух недель вследствие а) глубокой печали/апатии и (или) б) чрезмерной неконтролируемой тревоги/страха. Часто возникают проблемы в личных отношениях, нарушения аппетита, сна и концентрации внимания. Люди могут жаловаться на сильное чувство усталости, могут находиться в изоляции от общества, часто проводить в постели значительную часть дня. У них часто возникают суицидальные мысли.

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

6. Другие психологические жалобы

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

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

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

7. Соматические жалобы, не объяснимые физическим состоянием

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

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

Приложение 2

Словарь терминов[10, 11]

Асцит	Патологическое скопление жидкости в брюшной полости вследствие разных причин.
Акатизия	Субъективное ощущение беспокойства, часто сопровождаемое видимыми чрезмерными движениями (например, суетливыми движениями ногами, переминанием с ноги на ногу, ходьбой из стороны в сторону, неспособностью спокойно сидеть или стоять).
Амфетамины	Группа лекарственных средств, оказывающих стимулирующее воздействие на центральную нервную систему. Эти средства могут улучшать психомоторные реакции и усиливать ощущение бодрствования. Они могут составлять основу терапии некоторых заболеваний, но также являются наркотическими средствами, вызывающими зависимость, и могут вызывать галлюцинации, депрессию и изменения со стороны сердечно-сосудистой системы.
Поведенческая активация	Форма психотерапии, целью которой является улучшение настроения человека путем повторного привлечения его, несмотря на подавленное состояние в данный момент, к целенаправленным занятиям, которые раньше доставляли удовольствие. Может применяться как отдельный вид лечения или как элемент когнитивной поведенческой терапии.
Бензодиазепины	Группа лекарственных средств, обладающих седативным (снотворным), анксиолитическим (уменьшение тревоги), противосудорожным и миорелаксирующим эффектами.

[10] В тексте документа термины из словаря отмечены звездочкой (*).

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

Биполярное расстройство	Тяжелое психическое расстройство, характеризующееся чередованием маниакальных и депрессивных эпизодов.
Угнетение костного мозга	Подавление функции костного мозга, которое может приводить к нарушению образования клеток крови.
Конопля	Общее название частей растения конопля, из которого получают марихуану, гашиш и гашишное масло. Эти вещества курят либо употребляют внутрь для того, чтобы вызвать эйфорию, расслабление и изменить процесс восприятия. Они могут иметь болеутоляющий эффект. Отрицательные эффекты включают развитие демотивации, тревожного возбуждения и паранойи.
Церебральный паралич	Расстройство, сопровождающееся двигательными нарушениями и нарушениями интеллекта вследствие стойкого поражения головного мозга на ранних стадиях развития.
Когнитивный	Психические процессы, связанные с мышлением. К ним относятся обоснование, запоминание, суждение, решение проблем и планирование.
Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)	Форма психотерапии, сочетающая когнитивную и поведенческую терапию. Цель когнитивной терапии – изменить мышление человека, например, путем выявления необоснованных отрицательных мыслей и воздействия на них. Поведенческая терапия направлена на изменение формы поведения, например, путем побуждения человека заниматься более стоящими делами.
Когнитивно-поведенческая терапия с акцентом на травмирующем переживании (КПТ-Т)	Форма психотерапии, основанная на идее о том, что у людей, переживших травмирующее событие, присутствуют бесплодные мысли и убеждения, связанные с этим событием и его последствиями. Вследствие этих мыслей и убеждений человек начинает избегать всего, что напоминает о пережитом событии, однако это не дает нужного результата; при этом у человека также появляется ощущение нависшей угрозы. Терапия обычно заключается в обеспечении воздействия факторов, напоминающих о травмирующем событии, и воздействии на связанные с ним бесплодные мысли и убеждения.
Реабилитация на уровне местного сообщества	Ряд мер, реализуемых посредством многокомпонентной стратегии на уровне местного сообщества с помощью имеющихся местных ресурсов и учреждений. Эти меры направлены на обеспечение реабилитации инвалидов за счет повышения качества их жизни и жизни членов их семей, обеспечения их основных потребностей, включения в жизнь общества и участия в ней.
Делирий	Преходящее психическое состояние, характеризующееся нарушением внимания (т. е. ухудшением способности направлять, концентрировать, удерживать и переключать внимание) и ориентировки в месте и времени, которое сохраняется в течение небольшого промежутка времени и изменяется в течение дня. Оно сопровождается (другими) нарушениями восприятия, памяти, мышления, эмоционального состояния или колебаниями психомоторных проявлений. Это состояние может быть вызвано острой органической патологией, например инфекцией, применением лекарственных средств, нарушениями обмена веществ, интоксикацией психоактивными веществами или синдромом отмены таких веществ.
Бред	Стойкое убеждение, противоречащее имеющимся фактам. Его нельзя изменить с помощью рациональной аргументации, и оно не входит в круг убеждений людей той же культуры или субкультуры (т. е. не является элементом религиозной веры).
Зависимость	Зависимостью от какого-либо вещества (наркотика, алкоголя и табака) считается состояние, при котором в отсутствии этого вещества у человека развиваются когнитивные, поведенческие и физиологические изменения, вызывающие чувство дискомфорта. Такие проявления синдрома отмены побуждают человека принимать это вещество еще в большем количестве. Человек не может контролировать употребление этого вещества и продолжает его употреблять, несмотря на неблагоприятные последствия.
Расширенные/ суженные зрачки	Зрачок (черная часть глаза) – отверстие в центре радужки, которое регулирует количество света, поступающего в глаз. В нормальном состоянии зрачки сужаются (уменьшаются) на свету, что обеспечивает защиту структур в задней части глаза, и расширяются (увеличиваются) в темноте, что обеспечивает поступление в глаз максимального количества света. Расширение и сужение зрачков может быть признаком нахождения под воздействием лекарственных средств или наркотиков.

Синдром Дауна	Генетическое заболевание, обусловленное наличием дополнительной 21-й хромосомы. Оно проявляется умственной отсталостью разной степени, задержкой физического развития и характерными чертами лица.
Влияние лекарственного средства на сопутствующее заболевание	Ситуация, при которой лекарственное средство, назначенное для лечения одного заболевания, влияет на другое заболевание у того же человека.
Лекарственное взаимодействие	Ситуация, при которой два лекарственных средства вступают во взаимодействие в организме человека, что приводит к изменению эффекта (эффектов) одного или обоих из них. Такое взаимодействие может приводить к ослаблению, усилению или ускорению развития эффекта (эффектов) одного из лекарственных средств или к развитию токсического эффекта (эффектов).
Экстрапирамидные побочные эффекты	Нарушения двигательной активности мышц, чаще всего вследствие применения нейролептиков. К ним относятся тремор, скованность и спазм мышц и (или) акатизия.
Десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ)	Форма психотерапии, основанная на идее о том, что неприятные мысли, чувства и нарушения поведения возникают из-за того, что воспоминания о травмирующем событии не были переработаны. Лечение включает проведение стандартизированных процедур, во время которых пациент одновременно концентрируется на а) ассоциациях с травмирующими представлениями, мыслями, эмоциями и физическими ощущениями и б) билатеральной стимуляции, которая чаще всего представляет собой повторяющиеся движения глаз.
Яркое повторное переживание	Эпизод, во время которого человек думает и действует так, как будто он находится в момент совершения какого-то события из прошлого и снова переживает его. Во время ярких повторных переживаний люди на короткое время (обычно на несколько секунд или минут) теряют связь с действительностью.
Галлюцинации	Ложное восприятие действительности: люди видят, слышат и ощущают то, чего нет на самом деле, чувствуют несуществующие запахи и вкусы.
Печеночная энцефалопатия	Патологическое психическое состояние, обусловленное нарушением функции печени и проявляющееся сонливостью, спутанностью сознания и комой.
Гипертиреоз	Состояние, при котором в щитовидной железе вырабатывается и секретируется избыточное количество гормонов. Некоторые симптомы этого нарушения, например делирий, тремор, повышение артериального давления и частоты сердечных сокращений, можно принять за проявления синдрома отмены алкоголя.
Гипервентиляция	Патологически учащенное дыхание, приводящее к гипокапнии (снижение содержания CO_2 в крови). Это может сопровождаться появлением характерных симптомов, таких как покалывание или ощущение пощипывания в пальцах рук и вокруг рта, боль в грудной клетке и головокружение.
Гипогликемия	Патологически низкое содержание глюкозы (сахара) в крови.
Гипонатриемия	Патологически низкое содержание натрия (соли) в крови.
Гипотиреоз	Патологически низкая активность щитовидной железы. У взрослых это может приводить к появлению ряда симптомов, в том числе утомляемости, летаргии, увеличению массы тела и подавленности, которую можно ошибочно принять за депрессию. При наличии на момент рождения это нарушение может приводить к умственной отсталости и задержке роста при отсутствии лечения.
Межличностная психотерапия (МЛПТ)	Форма психотерапии, при которой основное внимание направлено на связь между симптомами депрессии и проблемами межличностного взаимодействия, особенно в случаях утраты, конфликтов, изоляции и серьезных жизненных перемен.
Навязчивые воспоминания	Повторяющиеся нежелательные, неприятные воспоминания о травмирующем событии.
Дефицит йода	Состояние, при котором содержание йода в организме недостаточно для нормального образования гормонов щитовидной железы, что приводит к нарушению роста и развития.

Кат	Листья кустарникового растения Catha edulis, в которых содержится стимулирующее вещество. Это вещество может употребляться как рекреационный наркотик (только для развлечения), но может вызывать и наркотическую зависимость.
Методика «перекатывания бревна»	Методика переворачивания человека с одного бока на другой, не сгибая шею и спину, что позволяет предотвратить повреждение спинного мозга.
Паралич, не объяснимый физическим состоянием	Частичная или полная утрата силы в любой части тела при невозможности выявить органическую патологию, которая могла бы быть причиной этих изменений.
Раздражение мозговых оболочек	Раздражение слоев ткани, покрывающих головной и спинной мозг, обычно обусловленное инфекцией.
Нарушение обмена веществ	Нарушение, затрагивающее гормоны, минералы, электролиты или витамины.
Скорбь	Действия, производимые как в частной, так и в общественной жизни, посредством которых человек, понесший утрату, отдает дань умершему, прощается с ним и увековечивает его память. Скорбь часто проявляется во время ритуалов, например похорон, и при соблюдении традиционных правил поведения, таких как ношение другой одежды, отказ от выхода в общество и соблюдение поста.
Нейроинфекция	Инфекция, поражающая головной и (или) спинной мозг.
Злокачественный нейролептический синдром	Редкое угрожающее жизни состояние, вызываемое применением нейролептиков, которое проявляется лихорадкой, делирием, мышечной ригидностью и повышением артериального давления.
Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)	Группа лекарственных средств, используемых для подавления воспаления. Они часто используются для облегчения боли (например, ибупрофен – представитель группы НПВС).
Опиаты	Наркотические вещества, получаемые из опийного мака. Опиаты – очень эффективные болеутоляющие средства, но могут вызывать пристрастие и зависимость. Героин относится к группе опиатов.
Ортостатическая гипотензия	Внезапное снижение артериального давления, которое может происходить при переходе из положения лежа в положение сидя или стоя и обычно сопровождается появлением головокружения или ощущения дурноты. Это состояние не угрожает жизни.
Полипрагмазия	Одновременное назначение нескольких лекарственных средств для лечения одного заболевания.
Потенциально травмирующее событие	Любое устрашающее или пугающее событие, например физическое или сексуальное насилие, присутствие при актах жестокости, разрушение собственного жилища, крупные аварии или травмы. Будет ли такое событие восприниматься как травмирующее, зависит от эмоциональной реакции человека.
Консультирование по решению проблем	Форма психотерапии, заключающаяся в систематическом выявлении проблем и использовании методик для их решения на протяжении нескольких занятий.
Методики решения проблем	Методики совместной работы с пациентами, направленной на использование метода «мозгового штурма» для поиска решений выявленных проблем, способов справиться с ними, распределение их по степени важности и обсуждение способов реализации этих решений и применения стратегий. В программе mhGAP термин «консультирование по решению проблем» применяется для описания систематического использования этих методик на протяжении нескольких занятий.

Псевдоприпадок	Эпизод, который по внешним проявлениям похож на эпилептический припадок, но не является таковым. Такие эпизоды по некоторым признакам (потеря сознания и особенности движения) могут очень напоминать эпилептические припадки, однако прикусывание языка, выраженные синяки вследствие падений и недержание мочи наблюдаются редко. При таких эпизодах в электрической активности мозга нет изменений, характерных для эпилептических припадков. Наблюдающиеся симптомы не обусловлены неврологическим расстройством или непосредственным воздействием психоактивных веществ или лекарственных средств. В МКБ-11 предлагается относить эти эпизоды к категории диссоциативного двигательного расстройства.
Первая психологическая помощь (ППП)	Предоставление поддержки и помощи людям в стрессовом состоянии, которые недавно столкнулись с критической ситуацией. Это включает оценку неотложных потребностей и обеспокоенности, обеспечение удовлетворения основных неотложных физических потребностей, обеспечение социальной поддержки или мобилизацию соответствующих ресурсов и обеспечение защиты от причинения вреда в будущем.
Утрата приобретенных навыков	Поведение ребенка, не соответствующее его возрасту, но нормальное для детей более младшего возраста. Частые проявления – ночное недержание мочи и повышенная эмоциональная зависимость у детей более старшего возраста.
Угнетение дыхания	Патологическое снижение частоты дыхания, приводящее к нехватке кислорода. Частые причины – травма головного мозга и интоксикация (например, вследствие применения бензодиазепинов).
Припадок	Эпизод нарушения функции головного мозга вследствие появления патологических электрических разрядов.
Самоповреждение	Намеренное употребление яда или нанесение себе повреждений, независимо от того, привело ли это к смерти и было ли у человека намерение покончить с жизнью.
Самолечение	Самостоятельное решение о необходимости употребления алкоголя или наркотических средств (в том числе рецептурных препаратов) для облегчения физических страданий и психологических проблем без консультации со специалистом.
Сепсис	Угрожающее жизни состояние, вызванное тяжелой инфекцией, проявляющееся лихорадкой, нарушением кровообращения и работы органов.
Шок	Состояние, при котором наблюдается острая недостаточность кровообращения в результате инфекции или воздействия на организм других токсинов, что может привести к падению артериального давления до уровня, при котором невозможно обеспечение жизнедеятельности. Проявления шока – низкое или неопределяемое артериальное давление, похолодание кожных покровов, слабый пульс или отсутствие пульса, затрудненное дыхание и нарушение сознания.
СИОЗС	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: группа антидепрессантов, которые избирательно блокируют обратный захват серотонина. Серотонин – химическое вещество-посредник (нейромедиатор) в головном мозге, которое предположительно влияет на настроение человека. Флуоксетин – представитель группы СИОЗС.
Стероиды	Группа гормонов, выполняющих важные функции, в том числе подавление воспалительных реакций при инфекции, интоксикации и других иммунных нарушениях. Эти гормоны выпускаются в виде лекарственных препаратов. Примеры лекарственных препаратов стероидных гормонов: глюкокортикоиды (например, преднизолон) и гормональные контрацептивы.
Синдром Стивенса – Джонсона	Угрожающее жизни поражение кожи, проявляющееся болезненным шелушением, образованием язв, пузырей и корок на слизистых оболочках и коже (слизистой оболочке ротовой полости, губ, горла, языка, глаз и половых органах) и иногда лихорадкой. Наиболее частая причина – тяжелая реакция на лекарственные вещества, особенно на противоэпилептические препараты.
Суицид	Умышленное лишение себя жизни.
ТЦА	Трициклические антидепрессанты: группа антидепрессантов, блокирующих обратный захват нейромедиаторов норадреналина и серотонина. Амитриптилин и кломипрамин – представители группы ТЦА.

Привыкание	Ослабление эффекта препарата при применении в той же дозе. Это объясняется привыканием организма к препарату при его многократном применении. В такой ситуации для достижения аналогичного эффекта требуются более высокие дозы.
Токсический эпидермальный некролиз	Угрожающее жизни поражение кожи, проявляющееся шелушением; обычно развивается вследствие реакции организма на лекарственное средство или инфекцию. Это состояние похоже на синдром Стивенса–Джонсона, но протекает в более тяжелой форме.
Трамадол	Рецептурный препарат из группы опиоидов, использующийся для облегчения боли. Иногда используется не по назначению, так как способен вызвать чувство эйфории (ощущение «подъема» или счастья).
Тремор	Дрожащие или колебательные движения, обычно пальцев рук.
Уросепсис	Сепсис, вызванный инфекцией мочевых путей.

Приложение 3

Указатель симптомов

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

Упадок сил	Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП)
Снижение интереса и способности получать удовольствие	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП)
Несоблюдение гигиены	Психоз (ПСИ) Умственная отсталость (УО) Пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ)
Нарушение концентрации внимания	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП) Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) Пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ)
Подавленное настроение	Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП)
Припадки, судороги	Эпилепсия/припадки (ЭПИ) Пагубное употребление алкоголя и наркотических средств (ВЕЩ)
Самоповреждение	Суицид (СУИ)
Социальная самоизоляция	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП) Психоз (ПСИ)
Необъяснимые соматические симптомы	Острое стрессовое расстройство (ОСР) Горе (ГОРЕ) Депрессивное расстройство средней или тяжелой степени (ДЕП) Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

НАРКОЛОГИЯ

ПСИХОАКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ И ТОКСИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ МЕФЕДРОНА И МЕТИЛОНА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

А.Р. Асадуллин — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО БГМУ, РБ, г. Уфа (Российская Федерация)

А.В. Анцыборов — врач психиатр-нарколог Медицинского центра «Мобильная медицина», Ростовская область, г. Ростов-на-Дону (Российская Федерация)

Э.А. Ахметова — ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО БГМУ, РБ, г. Уфа (Российская Федерация)

Введение

Новые психоактивные вещества изменили положение дел в практической наркологии и психиатрии, а также на нелегальном рынке наркотиков [23]. Наиболее популярными веществами среди потребителей являются представители класса синтетических или замещённых катинонов. Структурно последние представляют аналоги β-кето-амфетаминов. С целью избегания юридических проблем, нелегальные производители маркируют свои изделия, различными надписями типа «легальные наркотики», «находка химиков», «соли для ванн», «удобрение для растений», «очиститель для стекла», «не для употребления человеком», «не проверены на предмет безопасности и токсичности» и т.д. Подавляющее большинство синтетических катинонов производится в Китае и странах Юго-Восточной Азии [12]. Синтетические катиноны являются ингибиторами реаптейка моноаминов, и только малая часть из них, как например, Мефедрон и Метилон, выступают в роли субстратов транспортных белков, вызывая высвобождение нейротрансмиттеров [52]. Благодаря этому механизму, данные вещества способны вызывать психостимулирующие и галлюциногенные эффекты, аналогично эффектам амфетаминов, 3,4-метилендиоксиметамфетамина (МДМА), метамфетамина, и кокаина [34]. По данным Early Warning System (EU-EWS), в странах Европы за последние годы выявлено более 70 новых вариантов синтетических катинонов. В 2013 году зарегистрировано более 10000 изъятий синтетических катинонов сотрудниками полиции и других силовых структур. Как отмечалось выше, наиболее распространёнными представителями синтетических катинонов являются Метилон и Мефедрон. Чаще всего, данные вещества употребляются перорально в виде таблеток или интраназально [63, 64]. В некоторых регионах Российской Федерации (РФ) распространённым методом употребления данных веществ является курение. Парентеральный способ употребления мефедрона или «slamming» представляет серьёзную угрозу для соматического здоровья (AIDES / Sidaction / AMG / Inserm., 2013). Клинические эффекты, связанные с употреблением мефедрона и метилона, как в случаях с другими новыми психоактивными веществами (НПВ), являются индивидуальными, зависят от дозы вещества и способов его употребления [45]. К основным эффектам, которые большинство потребителей относят к «желательным», можно отнести следующие проявления: эйфория, повышение способности в установлении новых контактов, разговорчивость, повышение концентрации внимания, усиление чувства эмпатии, повышение восприимчивости к цвету, звукам, тактильным ощущениям, снижение аппетита, бессонница, повышение сексуальной активности, желание находится в обществе [46]. В 2010 году мефедрон стал первым веществом в ряду замещённых катинонов, о котором заговорили официальные представители медицинского сообщества как о веществе, несущем опасность для психического и физического здоровья [20]. В октябре 2011 года мефедрон и метилон были временно включены в Список I США в качестве контролируемых веществ [15]. В дальнейшем, в июле 2012 года мефедрон был внесён в Список I США на постоянной основе, а в 2013 году в данный перечень на постоянной основе был включён метилон [53]. Используемые в обзоре рецензируемые источники были отобраны на основе тезисов и анализа ключевых слов для определения их актуальности для текущего обзора.

Мефедрон (4-метилметкатинон)

Первое описание мефедрона датируется 1929 годом прошлого столетия в журнале Bulletin de la Société Chimique de France [48]. Первоначально синтезированный как гомолог эфедрина в научных лабораториях мефедрон появился спустя 12 месяцев после первого сообщения о нём [27]. Структурно мефедрон является синтетическим катиноном с замещённым кольцом, тесно связанным с семейством фенэтиламинов, отличающимся только кетофункциональной группой β-углерода, тем самым образуя структуру, сходную с метамфетамином. Основной предшественник мефедрона 4-метилпропиофенон на

сегодняшний день можно легко получить, используя специальные Интернет-ресурсы [34]. Мефедрон (гидрохлорид соли) – представляет собой белый водорастворимый порошок или кристаллическую смесь. Основной цвет вещества зависит от химической чистоты последнего, и может варьировать от белого до желтого, бежевого и коричневого цветов. На нелегальном рынке мефедрон продаётся либо в виде таблеток, либо в виде порошка, имеет много сленговых названий типа: Meow Meow, Bubbles, Mef, и т.д. В 2010 году цена за грамм мефедрона в странах Евросоюза составляла от 9 до 17 евро [18], после запрета мефедрона стоимость наркотика значительно выросла и в настоящее время составляет, по разным данным, от 25 до 35 евро за грамм. В Российской Федерации на нелегальном рынке один грамм мефедрона стоит от 2300 до 2700 рублей в зависимости от региона.

Пути употребления

В рецензируемых публикациях сообщалось о пероральном употреблении, или проглатывании вещества, закатанного в шарик и завёрнутого в сигаретную бумагу «bombing». Также сообщалось об интраназальном употреблении порошка мефедрона, об употреблении внутримышечными или внутривенными инъекциями, или «slamming». Ректальный путь употребления перестает быть экзотикой в среде потребителей [66]. Употребление смеси мефедрона и героина, также было описано в рецензируемой литературе под сленговым названием «speedball» [25]. «Мефедроновые сессии» на протяжении 9 часов, в течение 30 минут за одну сессию и перерывами между употреблениями на 2 часа, описаны в рамках вечеринок, рейв-пати, посещением ночных клубов, различного рода музыкальных фестивалей (чаще рок-музыки, и электронной музыки). Данные «сессии» часто сочетаются с употреблением других ПАВ (алкоголя, кокаина, экстази, марихуаны) [20].

Эпидемиология

Мефедрон стал первым замещённым катиноном, который был идентифицирован лабораторным путём в Европе, в ноябре 2007 года, а спустя 4 месяца внесён в информационные базы EU-EWS (Европейский Центр раннего предупреждения распространения наркотиков) [18, 20]. Данное вещество было обнаружено к 2010 году на территории 28 европейских стран [18]. Популярность мефедрона быстро выросла в среде потребителей и очень быстро достигла уровня популярности экстази (1,4%) и кокаина (4,4%). Распространение мефедрона и синтетических катинонов в Северной Ирландии, с момента первого зарегистрированного употребления веществ данной группы, составляет 2%, что на 1% больше, чем прошлом году. В Европе употребление синтетических катинонов, как основного ПАВ, выше в возрастной группе 15-24 года и составляет 6% от общего числа потребителей. Согласно данным опроса, проведённого в 2011 году, среди посетителей британских ночных клубов для геев, постоянное употребление мефедрона отметили 63,8% респондентов [22]. Участники другого опроса, проведённого среди постоянных посетителей британских ночных клубов, отмечают уменьшение потребления мефедрона с 19,5% в 2011 году до 13,8% в 2012 году. В период с 2012 по 2013 годы употребление мефедрона взрослым населением европейских стран, оценивалось в 0,5% [23]. По данным совместного доклада Европола – EMCDDA, мефедрон обычно употребляют в сочетании с другими синтетическими катинонами (метилоном, бутилоном, этилкатионом) [21], а также с другими ПАВ, не входящими в группу синтетических катинонов, например, метахлорфенилпиперазин или МДМА (mCPP) [18]. В различных исследованиях показаны популяционные различия среди потребителей НПВ [34]. При этом отмечается, что потребление мефедрона, наиболее часто отмечается среди подростков и молодёжи [57]. Связь между злоупотреблением алкоголем и НПВ была отмечена в выборке из 3011 обследуемых лиц, в возрасте от 16 до 24 лет, жителей городов и сельских районов Италии [37]. В других работах отмечается связь между употреблением мефедрона и рискованным сексуальным поведением среди геев, во время так называемых «Chem Sex Parties» [38]. Во время «Chem Sex Parties» сексуальное поведение напрямую связано с употреблением мефедрона или других ПАВ: гамма-бутиролактоном (GBL), метамфетамином, кокаином и силденафилом [5, 33].

Психоактивные эффекты, связанные с употреблением мефедрона

Мефедрон часто употребляется как альтернатива запрещённым законом наркотикам. Данное вещество может быть привлекательным для потребителей, употреблявших ранее психостимуляторы в рекреационных целях, или для тех лиц, кто хочет избежать проблем с законом, в отношении употребления НПВ. Этот синтетический катинон в некоторых случаях заменяет МДМА в нелегальных наркотиках, продаваемых под видом экстази [6]. На сегодняшний день благодаря многочисленным исследованиям и публикациям в рецензируемой литературе, известно, что мефедрон обладает уникальными психофармакологическими характеристиками, отличными от МДМА и других амфетамин-подобных веществ. Одной из главных причин популярности мефедрона в среде потребителей является факт дешевизны наркотика, в сравнении с кокаином, МДМА, или метамфетамином [35]. Другой стороной медали является декларируемая нелегальными произво-

дителями, безопасность мефедрона [32, 33]. Мефедрон чаще употребляется интраназально, после попадания в организм он способен вызывать краткосрочные или долгосрочные эффекты, что чаще всего связано с химической чистотой исходного вещества. Первоначальное действие наступает спустя несколько минут после употребления, пик действия достигается в течение 30 минут, общая продолжительность действия составляет менее часа. В случае перорального употребления мефедрона (в виде таблеток или порошка), психоактивное действие наступает спустя 45 минут, а в некоторых случаях-спустя 2 часа. Общая продолжительность действия после перорального употребления составляет от 2 до 4 часов. Описаны случаи, когда мефедрон употреблялся интраназально, а затем – без временного интервала – сразу употреблялся перорально. Данный способ употребления, по мнению некоторых потребителей наркотика, применяется с целью сокращения времени наступления первоначальных эффектов и пролонгирования общей продолжительности действия [49, 66]. Основными психоактивными эффектами мефедрона являются: повышенный фон настроения, эйфория, ощущение благополучия, повышенная самооценка, ускорение ассоциативных процессов, моторное возбуждение, отсутствие чувства усталости, повышение концентрации внимания, краткосрочные паранойяльные реакции, ускорение темпа речи, повышенное чувство эмпатии, повышение либидо, растормаживание сексуального влечения, чувство лёгкости и полёта во всем теле [34, 65].

Побочные эффекты, связанные с употреблением мефедрона

В рецензируемой научной литературе описаны многочисленные побочные эффекты, связанные как с длительным, так и эпизодическим употреблением мефедрона. При этом в ряде работ отмечается, что возникновение побочных эффектов со стороны сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы, не требует употребления высоких доз мефедрона и длительного употребления данного вещества [12, 33]. Документированные побочные эффекты включают в себя следующие нарушения: тризм жевательной мускулатуры, повышенное потоотделение («мефедроновый пот»), снижение остроты зрения, расширение зрачков, цефалгии, нарушения ритма сердца, кризовое повышение артериального давления, боли в области сердца, тошнота, бруксизм, рабдомиолиз, развитие острой почечной недостаточности (German et al., 2014). Развитие выраженной гипонатриемии, скорее всего, происходит по тем же механизмам, как при употреблении МДМА, и связано с повышенным потоотделением и как следствие – потерей электролитов, а также нарушением секреции антидиуретического гормона [24]. Доказано, что интраназальное употребление мефедрона приводит к развитию спонтанной эмфиземы средостения [26], к увулиту, к задержке мочи [11]. Интраназальное употребление мефедрона часто связано с раздражением слизистой оболочки носа и неприятными болевыми ощущениями, что приводит многих потребителей к пероральному употреблению наркотика [14]. Внутривенный путь употребления мефедрона, по мнению некоторых авторов, приводит к более быстрому формированию явлений психической и физической зависимости и способствует риску развития полинаркомании (35% потребителей мефедрона посредством инъекций отмечают сопутствующее употребление наркотиков опийной группы), а также способствует возникновению коморбидной психической патологии [31]. При внутривенном употреблении мефедрона многие потребители отмечают чувство сильного жжения в области укола. Повторные инъекции приводят к повышенному тромбообразованию, возникновению флебитов, склерозированных узлов, абсцессов, в тяжёлых случаях регионарным некротическим поражениям. Именно поэтому в одну вену потребители производят не более 2-3 инъекций [56]. Другие риски вследствие употребления мефедрона связаны с распространением ВИЧ и заболеваний, передающихся половым путем, особенно в рамках «Chem Sex Parties» [5]. К основным психическим побочным эффектам при употреблении мефедрона можно отнести следующие проявления: ажитация, тревога, дисфорические нарушения, различной глубины и структуры депрессивные нарушения, инсомния, галлюцинаторные нарушения, острые паранойяльные реакции, преходящие когнитивные нарушения (нарушение кратковременной памяти, и концентрации внимания), развитие острой полиморфной бредовой симптоматики, агрессивное поведение, суицидальные мысли, суицидальные действия [10, 65]. Развитие в состоянии острых психотических нарушений отмечалось после употребления высоких доз мефедрона, а также неоднократного употребления малых доз в течение короткого промежутка времени и у тех потребителей, у кого в анамнезе имели место экзогенные вредности (травмы, операции под общим наркозом, интоксикации, и т.д.) [2, 16, 30]. Влияние длительного употребления мефедрона на репродуктивную функцию, его генотоксичность, канцерогенный потенциал до настоящего времени остаётся малоизученной проблемой [20].

Аддиктивный потенциал мефедрона

Сведения о первых случаях употребления мефедрона были опубликованы в начале XXI века, когда в нелегальных интернет-магазинах данное вещество стало продаваться как «легальная замена» МДМА [42]. Изучению аддиктивного потенциала мефедрона посвящено множество работ [33, 61]. По мнению некоторых исследователей, интраназальное употреб-

ление мефедрона имеет аддиктивный потенциал, сравнимый с употреблением кокаина или метамфетамина [33]. Согласно данным опроса, проведённого среди 1500 потребителей мефедрона, 50% респондентов сообщили о том, что отмечают у себя явления зависимости от данного наркотика [9]. По данным другого исследования, 25% потребителей, сообщают о выраженных явлениях крейвинга к мефедрону [62]. Основные симптомы большого наркоманического синдрома (БНС) в результате употребления мефедрона были описаны во многих работах. К основным симптомам можно отнести утрату ситуационного и количественного контроля, явления крейвинга, рост толерантности [20]. Синдром отмены мефедрона был описан у тех потребителей, чей стаж потребления составляет более 3 месяцев. Основные проявления синдрома отмены сводятся к следующим нарушениям: повышенная утомляемость, инсомния, нарушение концентрации внимания, эмоциональная гиперестезия, заложенность носа, интенционный тремор, озноб, повышение температуры до лихорадочных цифр или её снижение ниже физиологических показателей, тахикардия, цефалгия с мигренеподобными ощущениями, развитие депрессивной симптоматики с выраженным адинамическим компонентом, тревога, транзиторные паранойяльные реакции [20, 34, 61].

Летальность, связанная с употреблением мефедрона

О летальных случаях, непосредственно связанных с употреблением мефедрона, неоднократно сообщалось в рецензируемой литературе [36, 59]. Первый официально зарегистрированный смертельный случай, связанный с употреблением мефедрона, произошёл в Швеции. Смерть молодого мужчины наступила вследствие тяжёлой гипонатриемии и отека головного мозга [28]. К 2012 году было описано 128 летальных случаев, напрямую связанных с употреблением мефедрона во всем мире [50]. Проведённые многочисленные исследования не смогли определить минимальную летальную дозу мефедрона [20]. В 18 летальных случаях наличие мефедрона в биологических средах было подтверждено лабораторными данными. В 9 летальных случаях помимо мефедрона в биологических средах были обнаружены другие психоактивные вещества (ПАВ) [7, 45].

Метилон

Метилон (3,4-метилендиоксиметилэтанон) – структурный аналог МДМА, отличающийся от последнего только добавлением β-кетофениламина основной цепи [40]. Вещество можно синтезировать путём взаимодействия замещённого бромпропиофенона с метиламином. Метилон синтезирован американскими химиками-фармакологами Пейтоном Джейкобом и Александром Шульгиным в 1996 году в качестве антидепрессанта и антипаркинсонического средства [29]. Однако на коммерческий фармацевтический рынок вещество не было выведено. Основными сленговыми названиями метилона являются M1, MDMC, и bk-MDMA [33]. На нелегальном рынке метилон впервые появился в 2004 году в виде жидкого раствора с пометкой «ароматизатор воздуха» с запахом ванили. Вещество можно было приобрести через многочисленные нелегальные интернет-магазины [41]. С 12 августа 2010 года метилон входит в Список I Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, запрещённых в Российской Федерации. В других странах, например, в Швеции метилон стал вне закона в 2007 году, в Великобритании – с апреля 2010 года, во Франции – с 2012 года (EMCDDA, 2010b). В настоящее время наркотик на нелегальном рынке представлен в виде порошка или в таблетированной форме [19].

Пути употребления

Основными путями употребления метилона являются: пероральный, интраназальный, парентеральный, сублингвальный, ректальный. Пероральный способ употребления, является наиболее распространённым в среде потребителей. Распространённой формой потребления является первоначальное использование высоких доз наркотика с постепенным в дальнейшем снижением дозы с целью поддержания в течение длительного времени психоактивных эффектов [13, 60].

Эпидемиология

По данным Агентства по борьбе с наркотиками (Drug Enforcement Administration) США, в 2012 году метилон был в числе 11 самых распространённых галлюциногенов на территории страны [54]. В ряде Европейских стран метилон был обнаружен как новое психоактивное вещество [1]. Согласно данным анонимного онлайн-опроса посетителей ночных клубов Великобритании, 10% опрошенных лиц заявили об употреблении метилона [62]. В результате проведённого исследования, среди пациентов клиники для наркозависимых лиц, которые проходят лечение по программе заместительной терапии в Ирландии, у 3% обследуемых анализы показали положительные результаты на метилон [39]. В 2011 году исследование, проведённое в пенитенциарных учреждениях Ирландии, показало, что 7% осужденных женщин и 1% осужденных мужчин до тюремного заключения употребляли метелон парентеральным способом [17]. Согласно отчёту Национальной Информационной Системы Судебно-Медицинской экспертизы США, среди 25 видов наркотических веществ, конфискованных силовыми структурами в 2014 году, – три принадлежали к синтетическим катинонам. Из

общего числа конфискованных наркотических веществ зафиксировано 4768 случая изъятия, где основным веществом являлся метилон [55].

Психоактивные эффекты, связанные с употреблением метилона

После употребления метилона общая продолжительность психоактивных эффектов составляет от 3 до 5 часов. Первые проявления интоксикации возникают через 15-60 минут после перорального употребления. Пик действия наркотика наступает через 30-45 минут после употребления [60]. К основным психоактивным эффектам метилона можно отнести следующие проявления: незначительно выраженная эйфория, ускорение темпа мышления, чувство «солнечности» окружающей обстановки, повышение концентрации внимания, отсутствие чувства усталости, повышенная двигательная активность, утрата чувства страха [51].

Побочные эффекты, связанные с употреблением метилона

Профиль неблагоприятных эффектов, связанных с употреблением метилона, схож с таковым как после употребления МДМА (WHO, 2014). Основные побочные эффекты, связанные с употреблением метилона, представлены в Таблице 1 [45]. Эпилептиформные нарушения и явления гипонатриемии по патофизиологическим механизмам сопоставимы с аналогичными нарушениями, но при употреблении МДМА. Возможным объяснением механизма данных нарушений является то, что метилон может способствовать нарушению секреции антидиуретического гормона через процессы синтеза серотонина [4]. Метилон также индуцирует гипертермию, которая в свою очередь может привести к летальному исходу [44].

Аддиктивный потенциал

Наряду с многочисленными публикациями о злоупотреблении метилоном во всем мире, в рецензируемых научных источниках отсутствуют данные, посвящённые аддиктивному потенциалу этого вещества. Исходя из химической структуры вещества, предположительно можно говорить о том, что аддиктивный потенциал метилона сопоставим с аналогичным потенциалом у МДМА [60].

Летальность, связанная с употреблением метилона

За всё время изучения механизмов действия метилона, токсикологии данного вещества в рецензируемой научной литературе представлено немало публикаций, посвящённых анализу случаев летального исхода, непосредственно связанных с употреблением метилона. В публикации Pearson et al. (2012 г.) описано три случая летального исхода, связанных напрямую с употреблением метилона. По мнению автора, наиболее распространёнными причинами смерти вследствие тяжелой интоксикации метилоном являются: метаболический ацидоз, рабдомиолиз, острая почечная недостаточность, развитие ДВС-синдрома [43]. В другом исследовании сообщается о летальном случае с женщиной 24 лет, которая умерла, приняв капсулу, в которой содержались метилон и бутилон. Смесь наркотических веществ продавалась под видом экстази [58]. Острая интоксикация метилоном явилась причиной гибели молодого че-

Таблица 1

Побочные эффекты, связанные с употреблением метилона

Соматические побочные эффекты	Психические побочные эффекты (EMCDDA, 2010b)
Сердечнососудистая система: тахикардия, нарушение сердечной проводимости, повышение АД	Тревога
Пищеварительная система: тошнота, рвота	Анорексия
Центральная нервная система: мидриаз, нистагм, спутанность сознания, эпилептиформные нарушения, гипертермия	Дереализация/Деперсонализация
Скелетно-мышечная система: миоклонии, бруксизм, тризм жевательной мускулатуры, интенционный тремор, нарушение моторики	Нарушения кратковременной памяти
Другие нарушения: гипергидроз, сухость во рту, обезвоживание, затруднение мочеиспускания	Развитие полиморфной психотической симптоматики
	Различные по структуре галлюцинаторные нарушения
	Суицидальные идеи

ловека во время купания в водоёме. В некоторых публикациях отмечается потенциальная возможность внезапной коронарной смерти вследствие употребления метилона [8]. Первый во Франции случай летального исхода, связанный с употреблением метилона, зафиксирован в 2014 году. Молодой мужчина в возрасте 21 года умер на вечеринке после употребления метилона [3].

Выводы

Эпидемиологическая ситуация в психиатрии и наркологии *изменилась с появлением* на нелегальном рынке новых психоактивных веществ (НПВ). Истинные масштабы распространённости НПВ, несмотря на обилие научных работ по данному вопросу, по-прежнему трудно оценить. Практикующие врачи столкнулись с новыми разновидностями психотических нарушений, возникающих вследствие употребления НПВ, и полным отсутствием стандартов и протоколов ведения таких пациентов. Остаются практически не изученными последствия для соматического и психического здоровья вследствие длительного употребления синтетических катинонов (влияние на репродуктивную сферу, генотоксичность, канцерогенность данного класса веществ, формирование хронических психических нарушений, неврологической патологии). На сегодняшний день лечение огромного спектра нарушений, связанных с употреблением синтетических катинонов, остаётся симптоматическим. В идеале лечебная программа должна включать в себя медицинскую часть и медико-психологическую реабилитацию, что на сегодняшний день зачастую остаётся труднодостижимой целью.

Основываясь на многочисленные научные данные по проблеме, связанной с употреблением синтетических катинонов и других НПВ, можно сделать вывод о необходимости разработки эффективных диагностических методик, лечебных мероприятий и программ медико-психологической реабилитации.

Список использованной литературы:

1. Adamowicz, P., et al., 2016. The prevalence of new psychoactive substances in biological material – a three-year review of casework in Poland. Drug Test Anal. 8, 64-71.

2. Bajaj, N., Mullen, D., Wylie, S., 2010. Dependence and psychosis with 4-methylmethcathinone (mephedrone) use. BMJ Case Rep. 2010.

3. Barrios, L., et al., 2015. Death following ingestion of methylone. Int J Legal Med. Bossong, M.G., Van Dijk, J.P., Niesink, R.J., 2005. Methylone and mCPP, two new drugs of abuse? Addict Biol. 10, 321-3.

4. Boulanger-Gobeil, C., et al., 2012. Seizures and hyponatremia related to ethcathinone and methylone poisoning. J Med Toxicol. 8, 59-61.

5. Bourne, A., et al., 2015. «Chemsex» and harm reduction need among gay men in South London. Int J Drug Policy. 26, 1171-6.

6. Brunt, T.M., et al., 2011. Instability of the ecstasy market and a new kid on the block: mephedrone. J Psychopharmacol. 25, 1543-7.

7. Busardo, F.P., et al., 2015. Mephedrone related fatalities: a review. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 19, 3777-90.

8. Carbone, P.N., et al., 2013. Sudden cardiac death associated with methylone use. Am J Forensic Med Pathol. 34, 26-8.

9. Carhart-Harris, R.L., King, L.A., Nutt, D.J., 2011. A web-based survey on mephedrone. Drug Alcohol Depend. 118, 19-22.

10. Chan, W.L., Wood, D.M., Dargan, P.I., 2015. Significant Misuse of Sildenafil in London Nightclubs. Subst Use Misuse. 50, 1390-4.

11. Conway, N., et al., 2013. Urinary retention secondary to mephedrone. BMJ Case Rep. 2013.

12. Cottencin, O., Rolland, B., Karila, L., 2014. New designer drugs (synthetic cannabinoids and synthetic cathinones): review of literature. Curr Pharm Des. 20, 4106-11.

13. De Felice, L.J., Glennon, R.A., Negus, S.S., 2014. Synthetic cathinones: chemical phylogeny, physiology, and neuropharmacology. Life Sci. 97, 20-6.

14. Debruyne, D., et al., 2010. [Mephedrone: a designer drug of recent use in France]. Therapie. 65, 519-24.

15. DoJ., D.E.A., 2011. Schedules of controlled substances: temporary placement of three synthetic cathinones in schedule I. Final order. Fed Regist 76, 65371-5.

16. Dragogna, F., et al., 2014. A case of severe psychosis induced by novel recreational drugs. F1000Res. 3, 21.

17. Drummond, A., et al., 2014. Study on the prevalence of drug use, including intravenous drug use, and blood-borne viruses among the Irish prisoner population. National Advisory Committee on Drugs and Alcohol, Dublin., 38-41.

18. EMCDDA, 2010a. EMCDDA and Europol step up information collection on mephedrone. http:// www.emcdda.europa.eu/ Vol., ed.eds.

19. EMCDDA, 2010b. EMCDDA – Europol 2009 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA

20. EMCDDA, 2010c. Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone) In accordance with Article 6 of Council Decision 2005/387/JHA on information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances.

21. EMCDDA, 2012a. European Monitoring Center for Drugs and Drug Abuse: Annual report 2011: The state of the drug problem in Europe. last access march 7th, 2016 on http://www.emcdda.europa.eu.

22. EMCDDA, 2012b. Europol 2012 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/ JHA (New drugs in Europe, 2012).

23. EMCDDA, 2014. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction European Drug Report 2014: Trends and developments. Luxembourg: Publications Office

24. German, C.L., Fleckenstein, A.E., Hanson, G.R., 2014. Bath salts and synthetic cathinones: an emerging designer drug phenomenon. Life Sci. 97, 2-8.

25. Glennon, R.A., 2014. Bath salts, mephedrone, and methylenedioxypyrovalerone as emerging illicit drugs that will need targeted therapeutic intervention. Adv Pharmacol. 69, 581-620.

26. Graham, R., Bowen, N., Singh, J., 2014. Mephedrone inhalation causes pneumomediastinum. BMJ Case Rep. 2014.

27. Green, A.R., et al., 2014. The preclinical pharmacology of mephedrone; not just MDMA by another name. Br J Pharmacol. 171, 2251-68.

28. Gustavsson, D., Escher, C., 2009. [Mephedrone – Internet drug which seems to have come and stay. Fatal cases in Sweden have drawn attention to previously unknown substance].

29. Jacob, P., Shulgin, A., 1996. Inventors, Neurobiological Technologies, Inc., assignee. Preparation of novel N-substituted-2-amino-3′,4′-methylenedioxypropiophenones as anti-depressant and anti-parkinsonism agents. US Patent WO9639133. 1996 June 6.

30. John, M.E., Thomas-Rozea, C., Hahn, D., 2014. Bath Salts Abuse leading to New Onset Psychosis and Potential for Violence. Clin Schizophr Relat Psychoses. 1-14.

31. Kapitany-Foveny, M., et al., 2015. Is there any difference in patterns of use and psychiatric symptom status between injectors and non-injectors of mephedrone? Hum Psychopharmacol. 30, 233-43.

32. Karila, L., Reynaud, M., 2010. [Mephedrone: A designer drug legally available on the Web]. Presse Med. 39, 834-5.

33. Karila, L., Reynaud, M., 2011. GHB and synthetic cathinones: clinical effects and potential consequences. Drug Test Anal. 3, 552-9.

34. Karila, L., et al., 2015. Synthetic cathinones: a new public health problem. Curr Neuropharmacol. 13, 12-20.

35. Kelly, J.P., 2011. Cathinone derivatives: a review of their chemistry, pharmacology and toxicology. Drug Test Anal. 3, 439-53.

36. Loi, B., et al., 2015. Deaths of individuals aged 16-24 years in the UK after using mephedrone. Hum Psychopharmacol. 30, 225-32.

37. Martinotti, G., et al., 2015. Novel psychoactive substances: use and knowledge among adolescents and young adults in urban and rural areas. Hum Psychopharmacol. 30, 295-301.

38. McCall, H., et al., 2015. What is chemsex and why does it matter? BMJ. 351, h5790. McIntyre, I.M., et al., 2013. Acute methylone intoxication in an accidental drowning a case report. Forensic Sci Int. 231, e1-3.

39. McNamara, S., Stokes, S., Coleman, N., 2010. Head shop compound abuse amongst attendees of the Drug Treatment Centre Board. Int Med J 103, 134-137.

40. Meyer, M.R., Maurer, H.H., Metabolism of designer drugs of abuse: an updated review. Curr Drug Metab. 11, 468-82.

41. Meyer, M.R., et al., 2010. Beta-keto amphetamines: studies on the metabolism of the designer drug mephedrone and toxicological detection of mephedrone, butylone, and methylone in urine using gas chromatography-mass spectrometry. Anal Bioanal Chem. 397, 1225-33.

42. Morris, H., 2010. Mephedrone: the phantom menace. Vice. 98-100. Murphy, A., Haughey, R., 2014. Mephedrone-induced uvulitis. Anesthesia. 69, 189-90.

43. Pearson, J.M., et al., 2012. Three fatal intoxications due to methylone. J Anal Toxicol. 36, 444-51. Petit, A., et al., 2013. [Mephedrone: a new synthetic drug]. Presse Med. 42, 1310-6.

44. Piao, Y., et al., 2015. Methylone-induced hyperthermia and lethal toxicity: role of the dopamine and serotonin transporters. Behav Pharmacol. 26, 345-52.

45. Prosser, J.M., Nelson, L.S., 2012. The toxicology of bath salts: a review of synthetic cathinones. J Med Toxicol. 8, 33-42.

46. Rosenbaum, C.D., Carreiro, S.P., Babu, K.M., 2012. Here today, gone tomorrow... and back again? A review of herbal marijuana alternatives (K2, Spice), synthetic cathinones (bath salts), kratom, Salvia divinorum, methoxetamine and piperazines. J Med Toxicol. 8, 15-32.

47. Rust, K.Y., et al., 2012. Prevalence of new psychoactive substances: A retrospective study in hair. Drug Test Anal. 4, 402-8.

48. Sanchez, S., 1929. Sur un homologue de l'ephedrine. Bull Soc Chim Fr 45, 284-6.

49. Schifano, F., et al., 2011. Mephedrone (4-methylmethcathinone; "meow meow"): chemical, pharmacological and clinical issues. Psychopharmacology (Berl). 214, 593-602.

50. Schifano, F., Corkery, J., Ghodse, A., 2012. Suspected and confirmed fatalities associated with mephedrone (4-methylmethcathinone, "meow meow") in the United Kingdom. J Clin Psychopharmacol 32, 710-4.

51. Shimizu, E., et al., 2007. Combined intoxication with methylone and 5-MeO-MIPT. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 31, 288-91.

52. Simmler, L.D., et al., 2013. Pharmacological characterization of designer cathinones in vitro. Br J Pharmacol. 168, 458-70.

53. U.S., 2013. Drug Enforcement Administration, Office of Diversion Control. National Forensic Laboratory Information System: Midyear Report 2012. U.S. Drug Enforcement Administration, Springfield, VA.

54. US Drug Enforcement Administration, 2012. US Drug Enforcement Administration Office of Diversion Control. National Forensic Laboratory Information System: year 2011 annual report. In: Administration USDE, editor. Springfield, VA 2012.

55. US Drug Enforcement Administration, 2015. US Drug Enforcement Administration, Office of Diversion Control. National Forensic Laboratory Information System: Year 2014 Annual Report. Springfield, VA: US Drug Enforcement Administration; 2015.

56. Van Hout, M.C., Bingham, T., 2012. «A costly turn on»: patterns of use and perceived consequences of mephedrone based head shop products amongst Irish injectors. Int J Drug Policy. 23, 188-97.

57. Vardakou, I., Pistos, C., Spiliopoulou, C., 2011. Drugs for youth via Internet and the example of mephedrone. Toxicol Lett. 201, 191-5.

58. Warrick, B.J., et al., 2012. Lethal serotonin syndrome after methylone and butylone ingestion. J Med Toxicol. 8, 65-8.

59. Weaver, M.F., Hopper, J.A., Gunderson, E.W., 2015. Designer drugs 2015: assessment and management. Addict Sci Clin Pract. 10, 8.

60. WHO, 2014. Methylone (bk-MDMA) – Critical Review Report – Expert Committee on Drug Dependence Thirty-sixth Meeting – Geneva, 16-20 June 2014.

61. Winder, G.S., Stern, N., Hosanagar, A., 2013. Are «bath salts» the next generation of stimulant abuse? J Subst Abuse Treat. 44, 42-5.

62. Winstock, A.R., et al., 2011. Mephedrone, new kid for the chop? Addiction. 106, 154-61.

63. Wood, D., et al., 2012. Limited use of novel psychoactive substances in South London nightclubs. QJM 105, 959-64.

64. Wood, D.M., Greene, S.L., Dargan, P.I., 2011. Clinical pattern of toxicity associated with the novel synthetic cathinone mephedrone. Emerg Med J. 28, 280-2.

65. Wood, D.M., Dargan, P.I., 2012. Mephedrone (4-methylmethcathinone): what is new in our understanding of its use and toxicity. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 39, 227-33.

66. Zawilska, J.B., Wojcieszak, J., 2013. Designer cathinones – an emerging class of novel recreational drugs. Forensic Sci Int. 231, 42-53.

РЕЗЮМЕ

ПСИХОАКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ И ТОКСИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ МЕФЕДРОНА И МЕТИЛОНА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

А.Р. Асадуллин, А.В. Анцыборов, Э.А. Ахметова

Новые психоактивные вещества радикально изменили положение дел в наркологии, и психиатрии. Одним из самых распространенных классов среди новых психоактивных веществ, являются замещённые катиноны. Наиболее популярными в среде потребителей веществами, представителями данного класса, являются мефедрон и метилон. В настоящем обзоре систематизированы накопленные научные данные о клинических эффектах, побочных эффектах, механизмах действия, связанных с употреблением метилона и мефедрона. При написании обзора использовались две репрезентативные базы данных по поиску научных источников PubMed и Google Scholar. Также использовались данные сайта Erowid Center (некоммерческая образовательная организация США, которая предоставляет информацию о психоактивных растениях и химических веществах). Поиск литературы проводился в период с 2005 по 2015 годы, временной интервал позволил отобрать для обзора 71 потенциально значимую статью.

Ключевые слова: мефедрон, метилон, новые психоактивные вещества, синтетические катиноны, замещенные катиноны, злоупотребление психоактивными веществами, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.

SUMMARY

PSYCHOACTIVE EFFECTS AND TOXIC REACTIONS, AFTER THE USE OF MEPHEDRONE AND METHYLOL. LITERATURE REVIEW.

A.R. Asadullin, A.V. Antsyborov, E.A. Akhmetova

New psychoactive substances radically influenced modern narcology and psychiatry. The cathinones are one of the most common classes among new psychoactive substances. Mefedron and methylon are the most popular among consumers. In this review, scientific data on the clinical picture, side effects, mechanisms of action are systematized. When writing the review, two representative databases were used to search for scientific sources of PubMed and Google Scholar. Also used data from the site Erowid Center (non-profit educational organization in the United States, which provides information on psychoactive plants and chemicals). Sources of literature are presented between 2005 and 2015.

Key words: mephedrone, methylone, new psychoactive substances, synthetic cathinones, substituted cathinones, abuse of psychoactive substances, disorders associated with the use of psychoactive substance.