

# Оценка и лечение состояний, связанных исключительно со стрессом

Раздел «Руководства mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств»



Всемирная организация  
здравоохранения



**UNHCR**

Агентство ООН по делам беженцев

Программа действий ВОЗ  
по ликвидации пробелов  
в области охраны  
психического здоровья

## WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Assessment and management of conditions specifically related to stress: mhGAP intervention guide mode.

1.Stress disorders, Post-traumatic. 2.Stress disorders, Traumatic, Acute. 3.Mental health. 4.Adaptation, Psychological. 5.Relief work.6.Guideline.I.World Health Organization.II.United Nations High Commissioner for Refugees.

ISBN 978 92 4 450593 9  
(NLM classification:WM 172.5)

© **Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.**

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ ([www.who.int](http://www.who.int)) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

# Выражение благодарности



Разработку этого раздела, посвященного состояниям, связанным исключительно со стрессом, курировал Mark van Ommeren под руководством Shekhar Saxena.

Разработка этого раздела проводилась под контролем группы программы mhGAP Департамента по охране психического здоровья и токсикомании ВОЗ в Женеве. Состав группы: Nico Clark, Tarun Dua, Alexandra Fleischmann, Shekhar Saxena, Chiara Servili, Yutaro Setoya, Mark van Ommeren и Taghi Yasamy.

Мы благодарим Lynne Jones (Центр здоровья и прав человека им. Франсуа-Ксавье Банура, Гарвардская школа общественного здравоохранения) за консультации по техническим вопросам, которые она предоставляла на протяжении всего периода разработки данного раздела.

## Рецензенты

Corrado Barbui (сотрудничающий центр ВОЗ по исследованиям и обучению в области психического здоровья, Университет Вероны); Thomas Barrett (Денверский университет); Pierre Bastin (Международный комитет Красного Креста); Ahmad Bawaneh (Международный медицинский корпус); Myron Belfer (Гарвардский университет); Jonathan Bisson (Уэльский университет); Chris Brewin (Университетский колледж Лондона); Judith Cohen (Медицинский колледж Университета Дрексела); Katie Dawson (Университет Нового Южного Уэльса); Joop de Jong (Амстердамский свободный университет); Pam Dix (организация «Дизастер Экшен» («Действия во время бедствий»)); Chris Dowrick (Ливерпульский университет); Rabih El Chammy (Университете Св. Иосифа, Бейрут); Julian Eaton (организация «СиБиЭм» («Психическое здоровье в местном сообществе»)); Carolina Echeverri (Колумбия); Peter Hughes (Национальная медицинская служба Соединенного Королевства); Lynne Jones (Гарвардская школа общественного здравоохранения); Suhad Joudeh (Министерство здравоохранения, Иордания); Ashraf Kagee (Стелленбосский университет); Berit Kieselbach (ВОЗ); Arwa Khashan (Министерство здравоохранения, Иордания); Roos Korste (Нидерланды); Patti Levin (США); Andreas Maercker (Цюрихский университет); Sarah Meyer (Школа общественного здравоохранения Блумберга Университета Джонса Хопкинса); Laura Murray (Школа общественного здравоохранения Блумберга Университета Джонса Хопкинса); Khalid Saeed (ВОЗ); Pau Perez-Sales (организация «Медикос дель мундо» («Врачи мира»)); Bhava Poudyal (Непал); Cécile Rousseau (Университет Макгилла); Alison Schafer (Международная организация по перспективам мирового развития); Marian Schilperoord (УВКБ ООН), Soraya Seedat (Стелленбосский университет); Pratap Sharan (Всеиндийский институт медицинских наук); Renato Souza (Университет

Сан-Паулу); Zachary Steel (Университет Нового Южного Уэльса); Samvel Sukiasyan (Ереванский государственный университет); Yuriko Suzuki (Национальный институт психического здоровья, Япония); Wietse Tol (Школа общественного здравоохранения Блумберга Университета Джонса Хопкинса), Graham Thornicroft (Институт психиатрии, Соединенное Королевство); Peter Ventevogel (организация «ХелсНет ТПО» («Сеть здоровья. Транскультуральная психологическая организация»)); Inka Weissbecker (Международный медицинский корпус); Ann Willhoite (Центр помощи жертвам пыток) и Doug Zatzick (Вашингтонский университет).

## Финансирование

Управление верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ ООН).

## Группа по разработке руководства

Jonathan Bisson (Уэльский университет), Judith Cohen (Медицинский колледж Университета Дрексела), Joop de Jong (руководитель) (Амстердамский свободный университет), Zeinab Hijazi (Международный медицинский корпус), Olayinka Omigbudon (больница Университетского колледжа, Ибадан), Soraya Seedat (Стелленбосский университет), Derrick Silove (Университет Нового Южного Уэльса), Renato Souza (Международный комитет Красного Креста), Athula Sumathipala (Институт по научным исследованиям и развитию, Коломбо), Lakshmi Vijaykumar (организация SNEHA, Ченнаи), Inka Weissbecker (Международный медицинский корпус) и Doug Zatzick (Вашингтонский университет).

# Содержание



I	Введение .....	1
II	Состояния, связанные исключительно со стрессом (РСС)	
	1. Рекомендации по оценке и оказанию помощи .....	2
	2. Подробная информация о проведении оценки состояния и оказании помощи .....	5
III	Дополнительная психологическая помощь (ДОП) .....	10
IV	Приложение. Предлагаемые изменения в текущей редакции «Руководства mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств» для включения в него раздела, посвященного состояниям, связанным исключительно со стрессом .....	11

# Введение



В этом разделе «Руководства по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств Программы действий по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP)» приведены рекомендации по оценке и оказанию помощи при остром стрессовом расстройстве, посттравматическом стрессовом расстройстве и горе в неспециализированных медицинских учреждениях. Он представляет собой **приложение** к «Руководству mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ, в неспециализированных медицинских учреждениях» (mhGAP-IG 1.0; ВОЗ, 2010 г.).

Руководящие принципы, отраженные в этом разделе, основаны на официально утвержденных рекомендациях Группы по разработке руководства ВОЗ, приведенных на сайте [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma\\_mental\\_health\\_20130806/ru/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/ru/).

**Этот раздел необходимо всегда использовать совместно с «Руководством mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ, в неспециализированных медицинских учреждениях» (ВОЗ, 2010 г.), в котором освещены общие принципы лечения и ведения пациентов с разными психическими неврологическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением наркотиков и других веществ.** ([http://www.who.int/mental\\_health/publications/mhGAP\\_intervention\\_guide/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/index.html))

В будущем этот раздел может быть включен в другие публикации следующим образом:

- Этот раздел может быть полностью включен в следующие издания «Руководства mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств».
- Этот раздел будет включен в упрощенном варианте в новый документ — «Руководство mhGAP ВОЗ и УВКБ по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств в условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций» (планируется к публикации в 2014 г.).

В рамках программы mhGAP ВОЗ разрабатывает материалы для планирования программы, проведения анализа ситуации, адаптации клинических протоколов к местным условиям, обучения персонала, осуществления руководства, проведения контроля и оценки. Электронная почта для обращения по этим вопросам: [mhgap-info@who.int](mailto:mhgap-info@who.int).



# Состояния, связанные исключительно со стрессом

PCC

Медицинские работники часто имеют дело с людьми, пережившими потенциально травмирующие события (например, серьезные аварии, физическое и сексуальное насилие, бедствия) или утрату любимого человека. В большинстве случаев непосредственно после такого события у человека развивается стресс, но не возникает никаких состояний, требующих медицинского вмешательства. Однако у небольшой части людей развиваются следующие состояния (или одно из них):

- » **Проблемы и расстройства, развитие которых более вероятно после воздействия стрессовых факторов, но которые могут возникнуть и в отсутствие такого воздействия.** К ним относятся: депрессивное расстройство (ДЕП), психоз (ПСИ), поведенческие расстройства (ПОВ), употребление алкоголя (АЛК), употребление наркотических средств (НАР), самоповреждение или суицид (СУИ) и прочие значимые жалобы на эмоциональное состояние и жалобы, не объяснимые физическим состоянием (ПРОЧ). Эти расстройства уже описаны в соответствующих разделах существующего «Руководства mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств».
- » **Проблемы и расстройства, которые требуют воздействия стрессовых факторов.** К ним относятся: а) значимые симптомы острого стрессового расстройства; б) посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и в) горе и пролонгированная реакция горя. Информация по оценке и лечению этих расстройств представлена в этом разделе.

У людей, недавно переживших потенциально травматические события, развиваются разные реакции. В этом разделе используется термин «**симптомы острого стрессового расстройства**» для обозначения широкого спектра эмоциональных, когнитивных, поведенческих и соматических проявлений, возникающих примерно в течение месяца после события(-ий). У взрослых и детей могут возникать следующие симптомы: симптомы повторного переживания, симптомы избегания, симптомы, связанные с ощущением повышенной угрозы в настоящий момент, бессонница, сердцебиение, изменения настроения и поведения, ряд жалоб на физическое состояние и утрата приобретенных навыков у детей, в том числе ночное недержание мочи. Эти симптомы могут быть проявлениями психического расстройства, но во многих случаях это временные изменения, которые не указывают на психическое заболевание. Однако, если они нарушают повседневную жизнь или человек обращается за помощью в связи с их наличием, они считаются **значимыми симптомами острого стрессового расстройства**.

Состояния, связанные исключительно со стрессом, часто возникают в сочетании с другими расстройствами, включенными в программу mhGAP. **При соответствии состояния человека критериям любого другого расстройства, включенного в программу mhGAP, оценку и лечение необходимо проводить, используя инструкции, приведенные в соответствующем разделе, с учетом рекомендаций, представленных в данном разделе.**



«Руководство mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств» предназначено для медицинских работников общего профиля, оказывающих медицинскую помощь на клиническом этапе в условиях ограниченности ресурсов. В условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций такая помощь должна сопровождаться соответствующими **межотраслевыми мероприятиями и социальными мерами**. Подробная информация по этим вопросам приведена в документе группы экспертов по вопросам охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки в чрезвычайных гуманитарных ситуациях Межучрежденческого постоянного комитета (МПК) *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* («Психическое здоровье и психосоциальная поддержка в чрезвычайных гуманитарных ситуациях: что должны знать участники гуманитарных проектов в области здравоохранения?») (2010 г.) ([www.who.int/entity/mental\\_health/emergencies/what\\_humanitarian\\_health\\_actors\\_should\\_know.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf)).

## Рекомендации по оценке и оказанию помощи

1. Есть ли у человека значимые симптомы острого стрессового расстройства, появившиеся после НЕДАВНО (примерно в течение предыдущего месяца) пережитого потенциально травмирующего события?

» Узнайте, сколько времени прошло после потенциально травмирующего события (т. е. крайне утрашающего или пугающего события, например, физического или сексуального насилия или крупной аварии).

» Если событие произошло менее месяца назад, оцените состояние человека на предмет наличия симптомов острого стрессового расстройства, появившихся после события.

Это может быть:

- бессонница;
- симптомы повторного переживания (см. подраздел PCC 2);
- симптомы избегания (см. подраздел PCC 2);
- симптомы, связанные с ощущением повышенной угрозы в настоящий момент (см. подраздел PCC 2);
- любые беспокоящие эмоции или мысли;
- изменения в поведении, беспокоящие самого человека или окружающих его людей (например, агрессивность, социальная изоляция или самоизоляция и рискованные действия у подростков);
- утрата приобретенных навыков, в том числе ночное недержание мочи (у детей);
- жалобы на не объяснимые физическим состоянием соматические симптомы, в том числе гипервентиляцию и диссоциативные двигательные и чувствительные расстройства (например, паралич, утрата речи или потеря зрения)<sup>1</sup>.

ДА

Если состояние человека соответствует всем следующим критериям:

- » потенциально травмирующее событие, пережитое в предыдущем месяце или примерно в это время;
- » наличие симптомов острого стрессового расстройства, которые появились после события;
- » нарушение повседневной жизни или обращение за помощью в связи с наличием этих симптомов;

могут иметь место значимые симптомы острого стрессового расстройства.

- » Окажите первую психологическую помощь (см. подраздел PCC 3.1):
  - Выслушайте человека. **НЕ** вынуждайте его говорить. ❌
  - Оцените потребности и опасения.
  - Помогите человеку удовлетворить неотложные базовые физические потребности (например, найти место для ночлега).
  - Помогите человеку получить доступ к услугам, связаться с семьей, получить социальную поддержку и точную информацию.
  - По мере возможности помогите обеспечить защиту от причинения человеку вреда в будущем.
- » Оцените стрессовые факторы, действующие на человека в данный момент, в том числе продолжающееся насилие, и по возможности воздействуйте на них (см. подраздел PCC 3.2).
- » Рассмотрите возможность обучения человека методикам, способствующим устранению стресса (см. подраздел PCC 3.3).
- » Помогите человеку найти действенные способы, помогающие справиться с ситуацией, и сделать их более эффективными. Помогите найти социальную поддержку и поспособствуйте оказанию дополнительной социальной поддержки (см. подраздел PCC 3.4).
- » **НЕ** назначайте бензодиазепины и антидепрессанты для устранения симптомов острого стрессового расстройства. ❌
- » Рассмотрите возможность применения дополнительных мер для того, чтобы справиться со следующими нарушениями:
  - бессонницей как проявлением острого стрессового расстройства (см. подраздел PCC 3.5.1);
  - ночным недержанием мочи как проявлением острого стрессового расстройства (см. подраздел PCC 3.5.2);
  - выраженными жалобами на не объяснимые физическим состоянием соматические симптомы:
    - общие рекомендации приведены в руководстве mhGAP-IG, редакция 1.0, стр.81;
    - рекомендации по лечению гипервентиляции как проявления острого стрессового расстройства приведены в подразделе PCC 3.5.3;
    - рекомендации по лечению диссоциативных двигательных и чувствительных расстройств как проявления острого стрессового расстройства приведены в подразделе PCC 3.5.4).
- » Проводите психообразование. Объясните, что:
  - после серьезных потрясений у людей часто развивается острое стрессовое расстройство;
  - у большинства людей проявления острого стрессового расстройства ослабевают со временем.
- » Попросите человека вернуться для проведения последующего наблюдения, если симптомы будут усугубляться или через месяц после события или не будет никакого улучшения.
  - Во время последующего наблюдения оцените состояние на предмет наличия ПТСР (см. ниже) и ДЕП, ПОВ, АЛК, НАР и СУИ (см. руководство mhGAP-IG, редакция 1.0, основная схема).

<sup>1</sup> Термин «диссоциативные двигательные и чувствительные расстройства» используется в текущем проекте МКБ-11.

# Состояния, связанные исключительно со стрессом

РСС 1

## Рекомендации по оценке и оказанию помощи

### 2. Есть ли у человека посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)?

» **Узнайте, сколько времени прошло после потенциально травмирующего события** (т. е. крайне утрашающего или пугающего события, например, физического или сексуального насилия или крупной аварии).

» **Если событие произошло месяц назад или ранее, оцените состояние на предмет наличия симптомов стресса, связанного с травмирующим воздействием<sup>2</sup>** (полные определения этих терминов и симптомов, в том числе симптомов, наблюдающихся у детей, приведены в подразделе **РСС 2**):

– **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).*

– **Симптомы избегания**

*Это сознательное избегание мыслей, воспоминаний, занятий или ситуаций, напоминающих человеку о событии.*

– **Симптомы, связанные с ощущением повышенной угрозы в настоящий момент**

*К ним относятся повышенная бдительность (повышенная настороженность в отношении потенциальных угроз) и чрезмерная реакция на внезапный раздражитель (например, человек легко пугается, вздрагивая или подпрыгивая при этом).*

» **Выясните, есть ли у человека трудности в выполнении обычной работы, школьных заданий, работы по дому или общественной работы.**

**ДА**

**Если состояние человека соответствует всем следующим критериям:**

- » потенциально травмирующее событие, пережитое месяц назад или ранее;
- » наличие как минимум одного симптома повторного переживания, И одного симптома избегания, И повышенной бдительности;
- » нарушение повседневной жизни;

может иметь место **посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).**

- » Оцените стрессовые факторы, действующие на человека в данный момент, в том числе продолжающееся насилие, и по возможности воздействуйте на них (**см. подраздел РСС 3.2**).
- » Проводите психообразование (**см. подраздел РСС 3.6**).
- » Если доступны обученные и курируемые психологи,  рассмотрите возможность направления человека для прохождения:
  - индивидуальной или групповой когнитивно-поведенческой терапии с акцентом на травмирующем переживании (КПТ-ТП) (**см. раздел ДОП**) или
  - десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) (**см. подраздел ДОП**).

» Рассмотрите возможность обучения человека методикам, способствующим устранению стресса (например, дыхательным упражнениям, последовательному расслаблению мышц) (**см. подраздел РСС 3.3**).

» Помогите человеку найти действенные способы, помогающие справиться с ситуацией, и сделать их более эффективными. Помогите найти социальную поддержку и поспособствуйте оказанию дополнительной социальной поддержки (**см. подраздел РСС 3.4**).

» Рассмотрите возможность назначения антидепрессантов  взрослым пациентам, если КПТ-ТП, ДПДГ и методики управления стрессом неэффективны или недоступны. **См. подраздел ДЕП 3** (более подробная информация о назначении антидепрессантов приведена в руководстве mhGAP-IG, редакция 1.0, стр.14-15). 

 **НЕ** назначайте антидепрессанты для лечения ПТСР у детей и подростков. 

- » Предложите регулярное последующее наблюдение, например, через 2–4 недели:
  - Последующее наблюдение можно провести при личном контакте с человеком во время его посещения лечебного учреждения, по телефону или с помощью социального работника из местного сообщества.
  - При проведении последующего наблюдения повторно оцените состояние человека на предмет наличия признаков улучшения.

<sup>2</sup> Описание симптомов стресса, связанного с травмирующим воздействием, 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. В этом проекте не указаны неспецифические симптомы ПТСР, такие как оцепенение и тревожное возбуждение.

3. Есть ли проявления горя, связанного с утратой любимого человека?

ДА

Человек переживает утрату.

- » **НЕ** назначайте бензодиазепины для лечения симптомов горя. ❌
- » Выслушайте человека, не вынуждая его говорить.
- » Оцените потребности и опасения.
- » Обсудите и помогите реализовать способы проявления скорби / приспособления, допустимые местными обычаями.
- » Обеспечьте социальную поддержку или мобилизацию соответствующих ресурсов (при необходимости).

4. Есть ли у человека пролонгированная реакция горя?<sup>3</sup>

ДА

**Если состояние человека соответствует всем следующим критериям:**

- » постоянная сильная тоска по умершему человеку или поглощенность умершим (обычно в сочетании с другими проявлениями горя, такими как злость, трудности в принятии утраты) и связанное с этим эмоциональное страдание;
- » нарушение повседневной жизни;
- » человек постоянно переживает утрату в течение как минимум последних 6 месяцев и в течение периода, значительно превышающего принятый местными обычаями;

может иметь место **пролонгированная реакция горя.**

- » Обеспечьте защиту и постоянный поддерживающий уход, в том числе социальную и эмоциональную поддержку, детям и подросткам, потерявшим родителей или других лиц, осуществляющих уход.
- » **ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ** 🗣️, если человек просит провести более интенсивное лечение.

- » Оцените состояние человека на предмет наличия следующих симптомов (постоянная сильная тоска по умершему человеку, поглощенность умершим или обстоятельствами его смерти, горечь утраты; человеку трудно принять утрату, трудно заниматься делами или заводить друзей, он считает, что жизнь не имеет смысла) и связанного с ними эмоционального страдания.
- » Выясните, есть ли у человека трудности в выполнении обычной работы, школьных заданий, работы по дому или общественной работы.
- » Спросите, когда произошла смерть близкого человека.

- » **Следуйте вышеприведенным рекомендациям** (они применимы ко ВСЕМ людям, переживающим утрату).
- » **ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ** 🗣️ для дальнейшей оценки и лечения.

5. Есть ли у человека сопутствующее расстройство?

ДА

У человека имеется сопутствующее расстройство

- » **При наличии сопутствующего психического, неврологического расстройства или расстройства, связанного с употреблением наркотиков и других веществ (в том числе риска суицида или самоповреждения),** проводите лечение и состояния, связанного исключительно со стрессом, и сопутствующего расстройства.
- » **При сочетании ПТСР с депрессией средней или тяжелой степени** рассмотрите возможность назначения антидепрессантов для лечения обоих состояний 🗣️ (см. подраздел ДЕП 3).
- » **При развитии депрессии средней или тяжелой степени после недавней утраты** (например, в течение предыдущих двух месяцев) **НЕ СЛЕДУЕТ** ❌ назначать антидепрессанты или психотерапию как первоочередное лечение (см. подраздел ДЕП).

- » (Повторно) оцените вероятность наличия психического, неврологического расстройства, расстройства, связанного с употреблением наркотиков и других веществ, а также риск суицида или самоповреждения (см. основную схему).

❗ **Обратите внимание на то, что сопутствующее расстройство могло иметь место еще до события.**

<sup>3</sup> Термин «пролонгированная реакция горя» используется в текущем проекте МКБ-11.

# Состояния, связанные исключительно со стрессом

## Подробная информация о проведении оценки состояния и оказании помощи

### Оценка симптомов стресса, связанного с травмирующим воздействием

Рекомендации по проведению оценки приведены в разделе «Общие принципы оказания помощи» руководства mhGAP, основной схеме и в подразделе «Рекомендации по оценке и оказанию помощи» выше. В этом подразделе описаны три группы симптомов стресса, связанного с травмирующим воздействием, которые требуют оценки: симптомы повторного переживания, симптомы избегания и симптомы, связанные с ощущением повышенной угрозы в настоящий момент.

#### 2.1 Симптомы повторного переживания

- » Люди, испытывающие эти симптомы, могут иметь повторяющиеся и нежелательные воспоминания о травмирующем событии, как будто оно происходит здесь и сейчас, сопровождающиеся сильным страхом или ужасом. Эти воспоминания могут иметь форму навязчивых воспоминаний, кошмарных снов или ярких повторных переживаний (в более тяжелых случаях). Они могут проявляться в виде образов, звуков (например, звуков выстрелов) или запахов (например, запаха нападавшего).
- **Навязчивое** воспоминание — это **нежелательное, обычно яркое** воспоминание, **вызывающее очень сильный страх или ужас**.
- Яркое повторное переживание — это эпизод, во время которого **человек думает и действует так, как будто он находится в моменте совершения события из прошлого** и снова переживает его. Во время ярких повторных переживаний люди теряют связь с действительностью обычно на несколько секунд или минут.
- У взрослых  содержание **страшных снов** должно отражать произошедшее событие или быть связано с ним.

- У детей  симптомы повторного переживания также могут проявляться в форме страшных снов без четкого содержания, ночных кошмаров или повторяющихся игр или рисунков, воспроизводящих действия, связанные с травмой.

#### 2.2 Симптомы избегания

- » Это сознательное избегание **ситуаций, действий, мыслей** или **воспоминаний**, напоминающих человеку о травмирующем событии. Например, это может быть нежелание говорить о травмирующем событии с медицинским работником.
- » Как правило, люди, выбирают такую линию поведения, чтобы избежать симптомов повторного переживания, которые вызывают у них сильные душевные страдания. Как это ни парадоксально, такое избегание может привести к более частому появлению симптомов повторного переживания.

#### 2.3 Симптомы, связанные с ощущением повышенной угрозы в настоящий момент

- » Люди, испытывающие эти симптомы, могут ошибочно считать, что они по-прежнему находятся в серьезной опасности. Такое ощущение повышенной угрозы в настоящий момент может стать причиной повышенной бдительности и чрезмерной реакции на внезапный раздражитель.
- **Повышенная бдительность:** чрезмерная обеспокоенность и настороженность в отношении опасности (например, крайне повышенная осторожность в общественных местах по сравнению с поведением других людей, неоправданное стремление к выбору «безопасных» мест для сидения и т. д.).
- **Чрезмерная реакция на внезапный раздражитель:** состояние, в котором человек легко пугается или начинает нервничать, т. е. реагирует появлением *чрезмерного* страха в ответ на неожиданные движения или громкие звуки. Эти реакции считаются чрезмерными, если они намного более выражены по сравнению с реакциями других людей и человеку требует значительное время, чтобы успокоиться.

#### 2.4 Проявления, характерные для ПТСР

- » Во всех возрастных группах к проявлениям, характерным для ПТСР, относятся тревога, депрессия, злость, бессонница, оцепенение и жалобы на симптомы, не объяснимые физическим состоянием. У детей с ПТСР также часто отмечается утрата приобретенных навыков, например, ночное недержание мочи, повышенная эмоциональная зависимость и вспышки гнева. Подростки с ПТСР часто совершают рискованные действия. У взрослых и подростков с ПТСР часто наблюдаются проблемы, связанные с употреблением алкоголя и наркотических средств.

### Подробная информация об оказании помощи

#### 3.1 Первая психологическая помощь

» Дополнительная информация о первой психологической помощи приведена в документе ВОЗ, фонда War Trauma Foundation и организации World Vision International «Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах». ВОЗ, Женева, 2011 г. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/45/9789244548202\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/45/9789244548202_rus.pdf?ua=1))

#### 3.2 Воздействие на психосоциальные факторы, вызывающие у человека стресс в настоящий момент

- » **Расспросите о психосоциальных факторах, вызывающих у человека стресс в настоящий момент.** По мере возможности используйте **методики решения проблем**, чтобы помочь человеку ослабить воздействие основных психосоциальных факторов, вызывающих стресс, и улучшить взаимоотношения с другими людьми. Привлекайте соответствующие службы местного сообщества и местные ресурсы (например, с согласия человека).
- » Оцените ситуацию на предмет наличия любой формы насилия (например, бытового насилия) и отсутствия должного внимания к человеку (например, в отношении детей и пожилых людей). Такую оценку следует проводить в специальном месте в уединенной обстановке. Свяжитесь с юридическими службами и объединениями, представляющими местные ресурсы (например, социальными службами, местными объединениями по защите населения) в соответствующем порядке (например, с согласия человека) для решения проблемы насилия.
- » При необходимости определите **членов семьи, оказывающих поддержку** человеку, и как можно больше вовлекайте их в решение проблем пациента.

- » При работе с детьми и подростками: **⚠**
  - Оцените ситуацию на предмет наличия **грубого обращения, отчуждения или запугивания**. Прямо спросите ребенка или подростка об этом в уединенной обстановке. Для обеспечения безопасности ребенка или подростка по мере возможности работайте с семьей, школой и местным сообществом.
  - Проведите оценку состояния на предмет наличия психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ (особенно депрессии), и назначьте соответствующее лечение (**см. основную схему**). Оцените психосоциальные факторы, вызывающие стресс у **лиц, осуществляющих уход** за ребенком или подростком.

#### 3.3 Управление стрессом

Рассмотрите возможность обучения человека дыхательным упражнениям, методике последовательного расслабления мышц и другим аналогичным методикам, приемлемым в местных условиях.

- » **Дыхательные упражнения**  
Эта методика предполагает объяснение того, что в тревожном состоянии отмечается быстрое поверхностное грудное дыхание, а концентрация внимания на медленном ритмичном брюшном дыхании позволяет ослабить тревогу. Она предполагает обучение человека дыханию диафрагмой.
- » **Последовательное расслабление мышц**  
Эта методика предполагает объяснение того, что в тревожном состоянии мышцы напрягаются и что систематическое расслабление мышц позволяет ослабить тревогу. Она предполагает обучение человека тому, как последовательно напрягать и расслаблять основные группы мышц обычно в направлении от ног к голове. Пример алгоритма последовательного расслабле-

ния мышц приведен в приложении документа ВОЗ, фонда War Trauma Foundation и организации World Vision International. *Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers* («Первая психологическая помощь: методическое руководство для организации деятельности работников на местах») ВОЗ, Женева, 2013 г.

#### 3.4 Повышение эффективности действенных способов, помогающих справиться с ситуацией, и укрепление социальной поддержки

- » Рассчитывайте на **сильные стороны и способности** человека. Спросите, что хорошего происходит в его жизни. Как у него дела? Как он раньше справлялся с трудностями?
- » Попросите человека **назвать людей, которые оказывают ему эмоциональную поддержку**. Попросите человека назвать других людей, которым он доверяет. Это могут быть некоторые члены семьи, друзья или люди из местного сообщества. Побуждайте человека проводить время и говорить о своих трудностях с людьми, которым он доверяет.
- » Поощряйте **возврат к общественной деятельности и обычной жизни**, насколько это возможно (например, посещение школьных занятий, присутствие на семейных встречах, посещение соседей, выполнение общественных дел на работе, занятия спортом, участие в жизни местного сообщества, встречи с друзьями).
- » Предупредите человека о том, что алкоголь и наркотики не помогают восстановлению и что интенсивное употребление алкоголя и наркотических средств, в том числе безрецептурных лекарственных препаратов, приобретенных в аптеках, может стать причиной новых социальных проблем и проблем со здоровьем.

# Состояния, связанные исключительно со стрессом

## Подробная информация о проведении оценки состояния и оказании помощи

### 3.5 Дополнительные подходы к устранению явных симптомов острого стрессового расстройства, которое развилось после недавно произошедшего крайне пугающего или ужасающего стрессового события

#### 3.5.1 Бессонница как проявление острого стрессового расстройства

- » Применяйте общие подходы для устранения симптомов острого стрессового расстройства (см. подразделы РСС 3.1-3.4).
- » Исключите внешние причины бессонницы (например, шум). Исключите или воздействуйте на возможные соматические причины (например, физическую боль), даже если бессонница началась сразу после стрессового события.
- » Попросите человека дать свое объяснение причины бессонницы.
- » Дайте рекомендации относительно гигиены сна (в том числе посоветуйте не употреблять психостимуляторы, такие как кофе, никотин и алкоголь).
- » Объясните, что эта проблема часто возникает у людей, переживших очень сильный стресс.
- »  В исключительных случаях для лечения бессонницы у взрослых, которая существенно мешает повседневной деятельности, можно рассмотреть назначение бензодиазепинов (например, диазепам в дозе 2–5 мг/день, лоразепам в дозе 0,5–2 мг/день в соответствии с примерным перечнем основных лекарственных средств ВОЗ) на краткий срок (3–7 дней). Такой подход применим, если использование вмешательств, направленных на улучшение психологического состояния (например, методик расслабления), не представ-

ляется возможным. В этом случае необходимо принять во внимание следующие меры предосторожности:

- У некоторых людей использование бензодиазепинов может быстро привести к развитию зависимости. Во многих случаях бензодиазепины назначают необоснованно часто. Эти препараты следует использовать для лечения бессонницы только в исключительных случаях в течение очень короткого времени.
- При назначении этих препаратов пожилым людям , если возможно, следует делать выбор в пользу бензодиазепинов короткого действия (например, лоразепам). При этом, как правило, необходимо снижать дозу (например, до половины указанных выше доз для взрослых).
- Не следует назначать бензодиазепины во время беременности  и кормления грудью.
- Сопутствующие соматические заболевания: перед назначением бензодиазепинов оцените вероятность их влияния на сопутствующие заболевания и вероятность развития лекарственного взаимодействия. Используйте национальный фармацевтический справочник или фармацевтический справочник ВОЗ.
- » **НЕ** назначайте бензодиазепины для лечения бессонницы у детей и подростков. 
- » Если через месяц проблема сохраняется, повторно оцените состояние человека на предмет наличия сопутствующих психических расстройств и назначьте лечение (см. основную схему). При отсутствии сопутствующих психических расстройств, а также при отсутствии ответа на лечение этих расстройств **ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.** 

#### 3.5.2 Ночное недержание мочи как проявление острого стрессового расстройства

- » Применяйте общие подходы для устранения симптомов острого стрессового расстройства (см. подразделы РСС 3.1-3.4).
- » Расспросите о появлении ночного недержания мочи, чтобы убедиться, что оно развилось после стрессового события. Исключите возможные соматические причины или воздействуйте на них (например, наличие признаков инфекции мочевых путей), даже если ночное недержание мочи появилось в течение месяца после потенциально травмирующего события.
- » Оцените состояние лиц, осуществляющих уход, на предмет наличия психических расстройств и воздействия психосоциальных факторов, вызывающих стресс, и окажите соответствующую помощь.
- » Проведите разъяснительную работу с лицами, осуществляющими уход. Объясните им, что не следует наказывать ребенка за недержание мочи. Объясните, что недержание мочи – это частая реакция детей на воздействие стрессовых факторов и что наказание усугубляет стресс ребенка. Объясните лицам, осуществляющим уход, что следует сохранять спокойствие и оказывать ребенку эмоциональную поддержку. Объясните лицам, осуществляющим уход, что не следует акцентировать внимание на симптомах и следует благосклонно относиться к ребенку в остальное время.
- » Рассмотрите возможность обучения родителей простым поведенческим методам (например, поощрение ограниченного употребления жидкостей перед сном, поощрение пользования туалетом перед сном). Наградой может быть дополнительное игровое время, звездочки на схеме или другое похожее поощрение, приемлемое в местных условиях.

## Подробная информация о проведении оценки состояния и оказании помощи

» Если через месяц проблема сохраняется, повторно оцените состояние человека на предмет наличия сопутствующих психических или соматических расстройств и назначьте лечение (**см. основную схему**). При отсутствии сопутствующих психических расстройств, а также при неэффективности лечения этих расстройств **ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.** 🚫

### 3.5.3 Гипервентиляция как проявление острого стрессового расстройства

- » Применяйте общие подходы для устранения симптомов острого стрессового расстройства (**см. подразделы РСС 3.1-3.4**).
- » Исключите и устраните возможные соматические причины, даже если гипервентиляция появилась сразу после стрессового события. Всегда проводите необходимое медицинское обследование для выявления возможных соматических причин.
- » Объясните, что эта проблема иногда возникает у людей, переживших очень сильный стресс.
- » Сохраняйте спокойствие, по возможности устраните причины тревоги и научите человека, как правильно дышать (т. е. объясните, что дышать надо как обычно, не глубже и не быстрее).
- » Обратите внимание, что широко используемая методика дыхания в бумажный пакет изучена недостаточно хорошо. Ее применение у людей с заболеваниями сердца и бронхиальной астмой сопряжено с определенным риском.
- » **НЕ** 🚫 советуйте детям использовать методику дыхания в бумажный пакет.

» Если через месяц проблема сохраняется, повторно оцените состояние человека на предмет наличия сопутствующих психических расстройств и назначьте лечение (**см. основную схему**). При отсутствии сопутствующих психических расстройств, а также при неэффективности лечения этих расстройств **ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.** 🚫

### 3.5.4 Диссоциативные двигательные и чувствительные расстройства (например, не объяснимый физическим состоянием паралич, не объяснимая физическим состоянием утрата речи или потеря зрения) как проявление острого стрессового расстройства

- » Применяйте общие подходы для устранения симптомов острого стрессового расстройства (**см. подразделы РСС 3.1-3.4**).
- » Помимо этого, всегда проводите осмотр пациента и основные медицинские исследования для выявления, лечения или исключения возможных соматических причин, даже если проблема появилась сразу после стрессового события.
- » Попросите человека дать собственное объяснение имеющимся симптомам.
- » Признайте страдания человека и сохраняйте уважительное отношение к нему. При этом старайтесь не упоминать никакие выгоды, которые человек может получить благодаря симптомам.
- » Объясните, что эта проблема иногда возникает у людей, переживших очень сильный стресс.

- » Следуйте общим рекомендациям по лечению не объяснимых физическим состоянием соматических симптомов (**см. подраздел ПРОЧ**).
- » Рассмотрите возможность, с учетом культурных особенностей, применения вмешательств, которые не причиняют вреда.
- » Если через месяц проблема сохраняется, повторно оцените состояние человека на предмет наличия сопутствующих расстройств и назначьте лечение (**см. основную схему**). При отсутствии сопутствующих психических расстройств, а также при неэффективности лечения этих расстройств **ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.** 🚫

# Состояния, связанные исключительно со стрессом

## Подробная информация о проведении оценки состояния и оказании помощи

### 3.6 Психобразование для людей с ПТСР

Настоящее руководство по психобразованию предназначено для людей с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и лиц, осуществляющих уход за ними. Рекомендации по психобразованию людей с симптомами острого стрессового расстройства приведены выше в подразделе «Рекомендации по оценке и оказанию помощи».

#### » Объясните, как появляются, развиваются и исчезают симптомы

- В первые несколько дней или недель после крайне утрашающего или пугающего события у большинства людей отмечаются реакции, связанные со стрессом, такие как плаксивость, испуг, злость или чувство вины. Кроме этого, могут появиться физические реакции, нервозность, трудности с засыпанием, пугающие сны, человек может постоянно воспроизводить произошедшее событие в памяти. У большинства людей эти реакции проходят естественным образом.
- Если эти реакции сохраняются более месяца, становятся постоянной проблемой и нарушают повседневную жизнь человека, может иметь место ПТСР.
- У многих людей ПТСР со временем проходит без лечения. Однако лечение позволяет ускорить процесс выздоровления.

#### » Объясните, что такое ПТСР

- Людям с ПТСР часто кажется, что они все еще в опасности, и поэтому они могут быть очень напряжены. Они могут легко пугаться (нервные) или могут постоянно находиться в ожидании опасности.
- Люди с ПТСР переживают нежелательные воспоминания о травмирующем событии. Напоминания об этом событии могут вызывать такие эмоции, как страх и ужас, сходные с чувствами, которые люди испытали во время самого события. Иногда может появиться ощущение, что событие повторяется. Кроме этого, могут появиться кошмарные сны.

- Такие навязчивые мысли и воспоминания о травмирующем событии доставляют очень много проблем. Поэтому люди с ПТСР естественно стараются избегать любых напоминаний о событии. К сожалению, такое поведение может привести к определенным проблемам в жизни. Например, если человек с ПТСР ищет возможность не ходить на работу, потому что он подвергся насилию на рабочем месте, это может отрицательно сказаться на его зарплате.
- Как это ни парадоксально, избегание мыслей о чем-то обычно приводит к тому, что человек думает об этом еще больше. Попросите человека провести такой мыслительный эксперимент: «Постарайтесь не думать о белом слоне в течение одной минуты. Получилось ли у вас это сделать? Возможно, вы решите, что не думать о белом слоне невозможно. Так и с травмирующими воспоминаниями при ПТСР — чем больше вы стараетесь не думать о них, тем больше вы о них думаете».
- Если возможно, объясните, что у людей с ПТСР иногда бывают и другие нарушения, такие как боли по всему телу, упадок сил, утомляемость, раздражительность и подавленное настроение.

#### » Объясните, что можно найти эффективное лечение

- Эффективные методы лечения существуют.
- Для того, чтобы человек почувствовал ослабление симптомов ПТСР, может потребоваться лечение в течение нескольких недель.

#### » Обратите особое внимание пациента на следующую информацию

Объясните человеку с ПТСР, что ему следует:

- придерживаться обычного ежедневного распорядка, насколько это возможно;
- поговорить с близкими людьми о том, как он себя чувствует, и о том, что случилось, но только когда он будет к этому готов;
- заниматься расслабляющими делами, чтобы ослабить тревогу и напряжение (см. подраздел РСС 3.3) (Обсудите

- способы расслабления приемлемые с точки зрения местных обычаев.);
- регулярно заниматься физическими упражнениями;
- постараться соблюдать режим сна (т. е. каждый вечер ложиться спать в одно и то же время, каждый раз стараться спать столько же, сколько и в предыдущий раз, не спать слишком много);
- избегать употребления алкоголя и наркотиков для того, чтобы справиться с симптомами ПТСР;
- обращать внимание на появление мыслей о самоубийстве и снова обратиться за помощью при их появлении.

В целях согласования с «Руководством mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств» термин «дополнительная помощь» означает вмешательство, для обучения которому медицинскому работнику требуется значительное время и для проведения которого также требуется значительное время. Как правило, такие вмешательства проводят специалисты.

В этом подразделе приведено краткое описание двух вмешательств, относящихся к категории дополнительной психологической помощи. В этом разделе такие вмешательства обозначены аббревиатурой «ДОП», что обозначает необходимость привлечения значительных *дополнительных* кадровых ресурсов для их реализации. Алгоритмы выполнения этих вмешательств не включены в этот раздел.

Возможность проведения описанных ниже вмешательств, относящихся к категории дополнительной психологической помощи, следует рассматривать, когда человек находится в спокойной обстановке, то есть в его жизни не происходит никаких травмирующих событий и нет *непосредственного* риска подвергнуться воздействию травмирующих факторов в будущем. Единого экспертного мнения относительно целесообразности проведения этих вмешательств при наличии какого-либо риска пока нет.

## Когнитивно-поведенческая терапия с акцентом на травмирующем переживании (КПТ-ТП)

Индивидуальная и групповая когнитивно-поведенческая терапия с акцентом на травмирующем переживании (КПТ-ТП) основана на идее о том, что у людей с ПТСР присутствуют бесплодные мысли и убеждения, связанные с травмирующим событием и его последствиями. Вследствие этих мыслей и убеждений человек начинает избегать всего, что напоминает о пережитом(-ых) событии(-ях), однако, это не дает нужного результата; при этом у человека сохраняется ощущение нависшей угрозы. Когнитивно-поведенческая терапия с акцентом на травмирующем переживании обычно заключается в обеспечении воображаемого и (или) реального воздействия факторов, напоминающих о травмирующем событии, и (или) непосредственном воздействии на связанные с ним бесплодные мысли и убеждения.

## Десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ)

Десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ) основана на идее о том, что неприятные мысли, чувства и нарушения поведения возникают из-за наличия непереработанных воспоминаний. Лечение включает проведение стандартизированных процедур, во время которых пациент одновременно концентрируется на а) спонтанных ассоциациях с травмирующими образами, мыслями, эмоциями и физическими ощущениями и б) билатеральной стимуляции, которая чаще всего представляет собой повторяющиеся движения глаз. Как КПТ-ТП, так и ДПДГ направлены на ослабление ощущения стресса и подкрепление убеждений, позволяющих адаптироваться к травмирующему событию. В отличие от КПТ-ТП, ДПДГ не предусматривает а) подробного описания события, б) непосредственного воздействия на убеждения, в) расширенного воздействия факторов, связанных с травмирующим событием, г) заданий на дом.

# Приложение

Предлагаемые изменения в текущей редакции «Руководства mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств» для включения в него раздела, посвященного состояниям, связанным исключительно со стрессом (РСС)

- » **Основная схема.** Добавить сноску со следующим текстом: «Перейти к разделу, посвященному состояниям, связанным исключительно со стрессом (РСС), можно из раздела о депрессии.» В противном случае необходимо четко указать на основной схеме, что перечисленные соматические и эмоциональные симптомы депрессии также могут наблюдаться при РСС.
- » **Раздел «Депрессия».** В текущей редакции в блоке, завершающем работу с данным разделом, приведен следующий текст: «Выйдите из этого раздела и оцените состояние человека на предмет наличия прочих значимых жалоб на эмоциональное состояние и жалоб, не объяснимых физическим состоянием, см. раздел ПРОЧ.» Текст этого блока можно изменить, включив вопрос для уточнения у человека, испытывает ли он стресс из-за серьезного потрясения (утраты, травмирующих событий). При ответе «ДА» будет дана ссылка на раздел о РСС. При ответе «НЕТ» будет дана ссылка на раздел ПРОЧ.
- » **Раздел «ПРОЧ».** При ответе «ДА» на вопрос «Было ли у человека в последнее время какое-либо серьезное потрясение (утрата, травмирующие события)?» нужна будет отсылка к разделу о РСС.

- » **Ссылки.** Ссылки на раздел о РСС (как возможном сопутствующем расстройстве) необходимо будет включить в разделы ДЕП, ПСИ, РАЗ, ПОВ, АЛК, НАР и СУИ.
- » **Дополнительная психологическая помощь.** Этот раздел необходимо будет обновить, включив в него приведенные выше определения КПП-ТП и ДПДГ.

В этом разделе «Руководства mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств» приведены рекомендации по оценке и оказанию помощи при остром стрессовом расстройстве, посттравматическом стрессовом расстройстве и горе в неспециализированных медицинских учреждениях. Он представляет собой **приложение** к «Руководству mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ, в неспециализированных медицинских учреждениях» (ВОЗ, 2010 г.). Руководящие принципы, отраженные в этом разделе, основаны на официально утвержденных рекомендациях группы по разработке руководства ВОЗ.

Этот раздел необходимо всегда использовать совместно с «Руководством mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ, в неспециализированных медицинских учреждениях» (ВОЗ, 2010 г.), в котором освещены общие принципы лечения и ведения пациентов с разными психическими, неврологическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением наркотиков и других веществ.

За дополнительной информацией обращайтесь по адресу:

Department of Mental Health  
and Substance Abuse  
World Health Organization  
Avenue Appia 20  
CH-1211 Geneva 27  
Switzerland

Электронная почта:  
mhgap-info@who.int  
Веб-сайт: [www.who.int/mental\\_ health/mhgap](http://www.who.int/mental_health/mhgap)

