



Всесвітня організація
охорони здоров'я

Європейське регіональне бюро



UNHCR
The UN Refugee Agency

mhGAP-IG

Оцінка та ведення розладів, безпосередньо пов'язаних зі стресом:

Модуль посібника mhGAP з надання допомоги



Програма дій ВООЗ
у сфері психічного здоров'я

Вперше було опубліковано англійською мовою Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 2013 році під назвою:
Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module (version 1.0)

Ключові слова

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.

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

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ш, Denmark

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

© Всесвітня організація охорони здоров'я, 2016 р.

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

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

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

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

Ел. пошта: mhgap-info@who.int для коментарів щодо цього модуля або запитів щодо навчальних матеріалів, пов'язаних із ним.

Веб-сайт: www.who.int/mental_health/mhgap



Підготовку модуля «Оцінка та управління розладами, безпосередньо пов'язаними зі стресом» координував Марк ван Оммерен під керівництвом Шекара Саксейна.

Розробку цього модуля курувала команда mh-GAP з Відділу з питань психічного здоров'я та зловживання психоактивними речовинами ВООЗ. Учасники команди: Ніко Кларк, Тарун Дуа, Александра Фляйшманн, Шекар Саксейн, Чіара Сервілі, Ютаро Сетоя, Марк ван Оммерен і Тагі Ясамі.

Ми висловлюємо подяку Лінн Джонс (Центр з питань охорони здоров'я та прав людини ім. Франсуа-Зав'є Баню, Гарвардська школа громадського здоров'я) за надання технічних порад у процесі розробки цього модуля.

Рецензенти

Коррадо Барбуй (Спільний дослідно-навчальний центр з питань психічного здоров'я ВООЗ, Університет Верони), Томас Барретт (Денверський університет); П'єр Бастен (Міжнародний комітет Червоного хреста); Ахмад Баване (International Medical Corps); Майрон Белфер (Гарвардський університет); Джонатан Біссон (Університет Уельсу); Кріс Бреуін (Університетський коледж Лондона); Джудіт Коен (Університетський медичний коледж ім. Дрекселя); Кейті Доусон (Університет Нового Південного Уельсу); Жуп де Жон (Амстердамський вільний університет); Пем Дікс (Disaster Action); Кріс Доурік (Ліверпульський університет);

Рабай Ель Шамме (Університет св. Йосифа, Бейрут); Джуліан Ітон (CBM); Кароліна Ечевєррі (Колумбія); Пітер Х'ю (Національна служба охорони здоров'я, Сполучене Королівство); Лінн Джонс (Гарвардська школа громадського здоров'я); Сухад Жуде (Міністерство охорони здоров'я, Йорданія); Ашраф Каджі (Стелленбосський університет); Беріт Кізелбах (ВООЗ); Арва Хашан (Міністерство охорони здоров'я, Йорданія), Рус Корсте (Нідерланди); Петті Левін (США), Андреас Меркер (Університет Цюріха); Сара Мейєр (Школа громадського здоров'я Університету ім. Джона Гопкінса та Блумберга); Лора Мюррей (Школа громадського здоров'я Університету ім. Джона Гопкінса та Блумберга); Халід Саїд (ВООЗ); Пау Перез-Салез (Mídicos del Mundo); Бхава Пудял (Непал); Сесіль Руссо (Університет Макгілла); Елісон Шейфер (World Vision International); Мерієн Шіпельрурд (Управління верховного комісара ООН зі справ біженців); Сорайя Седат (Стелленбосський університет); Пратап Шаран (Всеіндійський інститут медичних наук); Ренато Суза (Університет Сан-Паоло); Зекарі Стіл (Університет Нового Південного Уельсу); Самвел Сукісян (Єреванський державний університет); Юріко Сузукі (Національний інститут психічного здоров'я, Японія); Вітце Тол (Школа громадського здоров'я Університету ім. Джона Гопкінса та Блумберга); Грем Торнікрофт (Інститут психіатрії, Сполучене королівство); Пітер Фентефогел (HealthNet TPO); Інка Вайсбеккер (International Medical Corps), Енн Вілхойт (Центр постраждалих від тортур), а також Дуг Цацик (Вашингтонський університет).

Фінансування

Управління верховного комісара ООН зі справ біженців (UNHCR)
Група з розробки рекомендацій
Джонатан Біссон (Уельський університет);
Джудіт Коен (Університетський медичний коледж ім. Дрекселя); Жуп де Жон (голова) (Амстердамський вільний університет); Зейнаб Хіязі

(International Medical Corps); Олаїнка Омїгбудон (Шпиталь Університетського коледжу, Ібадан); Сорайя Седат (Стелленбосський університет); Деррік Сайлов (Університет Нового Південного Уельсу); Ренато Суза (Міжнародний комітет Червоного хреста); Атула Суматіпала (Інститут досліджень і розвитку, Колумбія); Лакшмі Віджайкумар (SNEHA, Ченнай), Інка Вайсбеккер (International Medical Corps), а також Дуг Цацик (Вашингтонський університет).





I	Вступ.....	5
II	Розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом (РБС).....	6
	Посібник з оцінки та ведення.....	7
	Додаткова інформація для оцінки та вибору втручань.....	11
III	Професійні психологічні втручання (ППВ).....	16
	Додаток. Запропоновані зміни до поточного «Посібника mhGAP з надання допомоги» для забезпечення його відповідності Модулю щодо розладів, безпосередньо пов'язаних зі стресом.....	17





Цей Модуль посібника з надання допомоги, розроблений у рамках Програми дій ВООЗ у сфері психічного здоров'я, містить поради з оцінки та ведення станів, пов'язаних із гострим стресом, посттравматичним стресовим розладом і горем, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я. Він є додатком до «Посібника mhGAP з надання допомоги з психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я» (mhGAP-IG 1.0; ВООЗ, 2010 р.).

Рекомендації, представлені в цьому модулі, ґрунтуються на рекомендаціях, офіційно затверджених Групою з розробки, доступних тут: www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/

Цей модуль обов'язково має використовуватися разом із «Посібником mhGAP з надання допомоги з психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних

речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я» (ВООЗ, 2010 р.), який окреслює відповідні загальні принципи догляду та ведення низки інших психічних, неврологічних розладів, а також розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.

(http://www.who.int/mental_health/publications/mh-GAP_intervention_guide/en/index.html)

У майбутньому цей модуль може бути інтегровано в інші продукти таким чином:

- Цей модуль у повній формі може бути інтегрований у подальші видання «Посібника mhGAP з надання допомоги».
- Цей модуль у спрощеній формі може бути інтегрований у новий продукт ВООЗ та UNHCR — «Посібник mhGAP з надання допомоги за гуманітарних надзвичайних станів» (заплановано на 2014 р.).

Програма ВООЗ «mhGAP» розробляє матеріали, пов'язані з програмним плануванням, ситуаційним

аналізом, адаптацією клінічних протоколів до місцевого контексту, навчанням і супервізією, а також моніторингом і оцінкою. Із подальшими питаннями щодо цих тем звертатися за адресою: mhgap-info@who.int.

Розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом (РБС)



Медичний персонал часто стикається з людьми, які постраждали від потенційно травматичних подій (наприклад, серйозні аварії, фізичне та сексуальне насильство, катастрофи) або від втрати близьких людей. Одразу після травматичної події велика кількість людей переживає дистрес, але при цьому в них не розвиваються розлади, які потребують клінічного ведення. У невеликої кількості людей розвиваються один або кілька з таких розладів:

• Проблеми та розлади, які з великою ймовірністю можуть розвинути під впливом стресогенних чинників, але також можуть розвинути й без такого впливу.

Серед них: депресивний розлад (ДЕП), психоз (ПСИ), поведінкові розлади (ПР), розлади внаслідок вживання алкоголю (АЛК), розлади внаслідок вживання наркотичних речовин (НРК), самоушкодження/суїцид (СУІ), а також інші значущі емоційні або медично непояснювані скарги (ІНШ). Ці розлади вже описано у відповідних модулях «Посібника mhGAP з надання допомоги».

• Проблеми та розлади, які розвиваються під впливом стресогенних чинників. Поміж них: (а) значні симптоми гострого стресу; (б) посттравматичний стресовий розлад (ПТСР); а також (в) горе та пролонгована реакція горя. У цьому модулі розглянуто питання оцінки та ведення саме цих розладів.

Реакції людей на вплив потенційно травматичних подій, які відбулися нещодавно, є різноманітними. У цьому модулі термін «симптоми гострого стресу» використовується для опису широкої низки емоційних, когнітивних, поведінкових і соматичних симптомів, які розвиваються упродовж приблизно одного місяця після події (або подій). Серед прикладів симптомів, які розвиваються як у дорослих, так і в дітей, — симптоми пережиття, а також симптоми, пов'язані з відчуттям посиленої загрози; безсоння, сильне серцебиття, зміни у настрої та поведінці, низка фізичних скарг; у дітей також — регресивна поведінка, у тому числі й нічний енурез. Ці симптоми можуть вказувати на наявність психічного розладу, але часто вони є тимчасовими та не пов'язані з психічним розладом. Попри це, якщо вони перешкоджають повсякденному функціонуванню або якщо люди звертаються по допомогу через них, тоді їх слід вважати **значними симптомами гострого стресу**.

Розлади, безпосередньо пов'язані зі стресогенними чинниками, часто розвиваються сукупно з іншими розладами, описаними в «Посібнику mhGAP». **Оцінку та ведення осіб, які підпадають під критерії будь-яких інших розладів, описаних у «Посібнику mhGAP», необхідно проводити згідно з рекомендаціями відповідного модуля на**

додаток до порад, наведених у цьому модулі.

«Посібник mhGAP з надання допомоги» розроблено для медичного персоналу, який надає клінічну допомогу в закладах із низьким рівнем фінансового забезпечення. За умов застосування «Посібника» за гуманітарних надзвичайних станів така психологічна допомога має супроводжуватися відповідними міжсекторальними, соціальними втручаннями. Їх описано у виданні Референтної групи з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки за надзвичайних станів Міжвідомчого постійного Комітету (IASC) «Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка за гуманітарних надзвичайних станів: *Що мають знати суб'єкти, які надають гуманітарну допомогу у сфері охорони здоров'я?»* (2010 р.) (www.who.int/entity/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf)

Посібник з оцінки та ведення РБС 1



Оцінка	Рішення	Ведення
<p>1. Чи розвинулися в особи симптоми гострого стресу після впливу потенційно травматичної події, яка сталася НЕЩОДАВНО (упродовж приблизно одного місяця)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • З'ясуйте, скільки часу минуло після потенційно травматичної події (напр., після надзвичайно загрозливої або страшною події, такої, як фізичне або сексуальне насильство, серйозна аварія). • Якщо подія сталася менше, ніж місяць тому, проведіть оцінку симптомів гострого стресу, які з'явилися після події. Поміж них можуть бути: <ul style="list-style-type: none"> – Безсоння – Симптоми пережиття. → РБС 2 – Симптоми уникнення. → РБС 2 – Симптоми, пов'язані із відчуттям посиленої загрози. → РБС 2 – Будь-які тривожні емоції або думки – Зміни в поведінці, які турбують особу або її близьких (напр., агресивність, соціальна ізоляція/відчуження та (у підлітків) ризикована поведінка. – Регресивна поведінка, у тому числі нічний енурез (у дітей) – Медично не пояснені фізичні скарги, у тому числі гіпервентиляція та дисоціативні розлади рухової активності та відчуття (напр., параліч, неспроможність говорити чи бачити).¹ 	<p>ТАК Якщо особа відповідає усім цим критеріям:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пережила потенційно травматичну подію приблизно місяць тому 2. має симптоми гострого стресу, які з'явилися після цієї події 3. має труднощі з повсякденним функціонуванням або звернулася по допомогу через ці симптоми <p>Тоді ця особа, скоріше за все, має значущі симптоми гострого стресу.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Запропонуйте першу психологічну допомогу: → РБС 3.1 <ul style="list-style-type: none"> ◦ Слухайте. НЕ примушуйте особу говорити. ◦ Проведіть оцінку її потреб і побоювань. ◦ Допоможіть особі вирішити її найнагальніші базові фізичні потреби (напр., знайти притулок, де вона може переночувати). ◦ Допоможіть особі отримати необхідні послуги та точну інформацію, зв'язатися з родиною та службами соціальної допомоги. ◦ Наскільки це можливо, допоможіть захистити особу від подальшої шкоди. • Проведіть оцінку та, наскільки це можливо, вирішіть проблеми, пов'язані з поточними стресогенними чинниками, в тому числі - насильством, яке триває. → РБС 3.2 • Розгляньте можливість навчити особу основам управління стресом. → РБС 3.3 • Допоможіть особі визначити, які існують позитивні методи копію й моделі соціальної підтримки, та розвинути їх. → РБС 3.4 • НЕ призначайте бензодіазепіни або антидепресанти для ведення гострого стресу. • Розгляньте додаткові стратегії ведення таких станів: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Безсоння як симптому гострого стресу. → РБС 3.5.1 ◦ Нічного енурезу як симптому гострого стресу. → РБС 3.5.2 ◦ Значущих медично не пояснених соматичних скарг: <ul style="list-style-type: none"> ▪ загальні рекомендації: див. mhGAP-IG 1.0, стор. 81 ▪ рекомендації щодо гіпервентиляції як симптому гострого стресу → РБС 3.5.3

¹ Термін «дисоціативні розлади рухової активності та відчуття» узгоджений із поточним проектом МКХ-11



Оцінка	Рішення	Ведення
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ рекомендації щодо сенсомоторної дисоціації як симптому гострого стресу → РБС 3.5.4. • Запропонуйте психоедукацію. Поясніть, що: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Люди часто переживають гострий стрес унаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних чинників. ◦ У більшості людей симптоми гострого стресу послаблюються з часом. • Попросіть особу повернутися для проведення повторного огляду, якщо симптоми посиляться або якщо в неї не буде ніякого покращення стану упродовж одного місяця після події. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Під час повторного огляду проведіть оцінку на ПТСР (див. нижче), а також на ДЕП, ПР, АЛК, НРК і СУЇ («Зведена таблиця» mhGAP-IG 1.0).
<p>2. Чи є в цієї особи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • З'ясуйте, скільки часу минуло після потенційно травматичної події (напр., після надзвичайно загрозливої або страшної події, такої як фізичне або сексуальне насильство, серйозна аварія). • Якщо подія сталася принаймні місяць тому, проведіть оцінку симптомів травматичного стресу² (див. РБС 2: повний опис цих термінів і симптомів, у тому числі в дітей): – Симптоми перепроживання <i>Це такі повторювані та небажані згадування про подію, наче вона відбувається тут і зараз (напр., у снах, які лякають, флешбеки або нав'язливі спогади, що супроводжуються інтенсивним страхом або жахом).</i> 	<p>ТАК Якщо особа відповідає усім цим критеріям: 1. пережила потенційно травматичну подію приблизно місяць тому 2. має принаймні один симптом перепроживання ТА один симптом уникнення, А ТАКОЖ один симптом перезбудження 3. має труднощі з повсякденним функціонуванням Тоді в цієї особи, скоріше за все, є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Проведіть оцінку та, наскільки це можливо, вирішіть проблеми, пов'язані з поточними стресогенними чинниками, в тому числі – насильством, яке триває. → РБС 3.2 • Запропонуйте психоедукацію. → РБС 3.6 • Якщо є можливість звернутися до підготовлених терапевтів, які працюють під супервізією, розгляньте можливість направити особу на: <ul style="list-style-type: none"> ◦ індивідуальну або групову травмосфокусовану когнітивно-поведінкову терапію (КПТ-Т) → ППВ або ◦ десенсибілізацію та переробку травми за допомогою руху очей (ДПРО) → ППВ • Розгляньте можливість навчання особи управлінню стресом (напр., дихальні вправи, прогресована м'язова релаксація). → РБС 3.3

² Опис симптомів травматичного стресу відповідає поточному проекту статті про ПТСР у МКХ-11 за однієї відмінності: у ньому пропонується класифікувати стан як ПТСР у період до одного місяця (напр., за кілька тижнів) після події. У цей проект статті не включено такі симптоми, як заціпеніння та збудження, що не є специфічними для ПТСР.



Оцінка	Рішення	Ведення
<p>– Симптоми уникнення Вони включають у себе навмисне уникнення думок, спогадів, діяльності або ситуації, які нагадують людині про подію.</p> <p>– Симптоми, пов'язані з відчуттям посиленої загрози Вони включають у себе підвищену пильність (надмірну настороженість щодо потенційних загроз) або надмірну реакцію здригання (напр., людина реагує здриганням або підстрибує від переляку) на найменші подразники.</p> <p>Оцініть труднощі з виконанням звичайної роботи, навчанням, виконанням домашніх або соціальних справ.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Допоможіть особі визначити, які існують позитивні методи копіngu й моделі соціальної підтримки, та розвинути їх. → РБС 3.4 • Для дорослих розгляньте можливість застосування антидепресантів у разі, якщо немає можливості направити особу на КПТ-Т, ДПРО або на навчання з управління стресом, або якщо вони виявилися неефективними. → ДЕП 3 (детальнішу інформацію щодо призначення антидепресантів див. у: → <i>mhGAP-IG 1.0 стор. 14-15</i>) • НЕ призначайте антидепресанти для ведення ПТСР дітям і підліткам. • Запропонуйте регулярне спостереження, напр., раз на 2–4 тижні: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Таке спостереження може поводитися під час особистої зустрічі в закладі охорони здоров'я, по телефону або за допомогою спільного³ медичного працівника. ◦ Під час проведення повторного огляду оцініть, чи покращується стан людини.
<p>3. Чи тужить особа після втрати близької людини?</p>	<p>ТАК Особа тужить.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • НЕ призначайте бензодіазепіни для ведення симптомів горя. • Слухайте, не примушуючи особу говорити. • Проведіть оцінку її потреб і побоювань. • Обговоріть культурно прийнятні моделі туги/ пристосування та підтримайте особу в дотриманні їх. • За потреби надайте особі соціальну підтримку або мобілізуйте її. • Із дітьми та підлітками, які втратили своїх батьків або інших опікунів, обговоріть їхню потребу в захисті та безперервному підтримувальному догляді, у тому числі й соціально-емоційній підтримці. • ПРОКОНСУЛЬТУЙТЕСЯ ЗІ СПЕЦІАЛІСТОМ, якщо особа звертається з проханням щодо інтенсивнішого лікування.

³ Від перекладача: тут і далі термін «спільнотний» (англ. мовою – community/community-based) використовується на позначення амбулаторних (позаінституційних) послуг тощо, які надаються за місцем проживання особи, або, іншими словами, у звичних для особи умовах за принципом розширення доступу до життєво важливих медичних/соціальних послуг у менш обмежувальному середовищі.



Оцінка	Рішення	Ведення
<p>4. Чи є в цієї особи пролонгована реакція горя?⁴ Оцініть наявність таких симптомів (напр., стійка та сильна туга за померлою людиною; заглибленість у померлу людину або обставини її смерті; відчуття гіркоти щодо втрати, труднощі зі прийняттям втрати; труднощі з виконанням якоїсь роботи або встановленням дружніх стосунків; відчуття того, що життя не має сенсу) та пов'язаного з ними емоційного болю.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оцініть труднощі із виконанням звичайної роботи, навчанням, виконанням домашніх або соціальних справ. • Спитайте, коли особа пережила втрату. 	<p>ТАК Якщо особа відповідає усім цим критеріям: 1. У неї є стійка та сильна туга за померлою людиною або заглибленість у неї (зазвичай поєднується з іншими симптомами горя, такими, як злість, труднощі зі прийняттям втрати) та пов'язаний із ними емоційний біль. 2. Вона має труднощі із повсякденним функціонуванням. 3. Вона постійно тужить принаймні шість місяців та впродовж періоду, значно довшого, аніж це прийнято в культурі цієї особи. Тоді в цієї особи може бути пролонгована реакція горя.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Дотримуйтеся порад, наведених вище (застосовні до УСІХ людей, які переживають горе). • ПРОКОНСУЛЬТУЙТЕСЯ ЗІ СПЕЦІАЛІСТОМ з метою подальшої оцінки та ведення.
<p>5. Чи є в цієї особи супутнє захворювання?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Повторно) перевірте, чи немає в цієї особи психічного, неврологічного захворювання або захворювання, пов'язаного зі вживанням психоактивних речовин (у тому числі ризику суїциду/самоушкодження) (→ Зведена таблиця). <p><i>Зверніть увагу на те, що це захворювання могло існувати до події, яка сталася.</i></p>	<p>ТАК</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Якщо в цієї особи є супутнє психічне, неврологічне захворювання або захворювання, пов'язане зі вживанням психоактивних речовин, (у тому числі ризик суїциду/самоушкодження), то в такому разі ведіть і розлад, безпосередньо пов'язаний зі стресом, і супутнє захворювання. • Якщо ПТСР є супутнім захворюванням до депресії, помірної чи тяжкої, розгляньте можливість лікування обох захворювань. → ДЕП 3 • Якщо депресія, помірна чи тяжка, розвинулася після втрати, яка сталася нещодавно (напр., упродовж останніх двох місяців), не застосовуйте ведення антидепресантами або психотерапію як терапію першого ряду. → ДЕП

⁴ Термін «пролонгована реакція горя» узгоджений із поточним проектом МКХ-11.

Додаткова інформація для оцінки та вибору втручань РБС 2

2. Оцінка симптомів травматичного стресу

Рекомендації щодо оцінки містяться в «Загальних принципах mhGAP щодо догляду», «Зведеній таблиці» та «Посібнику з оцінки та ведення». У цьому розділі описано три кластери симптомів травматичного стресу, які необхідно оцінити: симптоми пережиття, симптоми уникнення, а також симптоми, пов'язані з відчуттям посиленої загрози.

2.1 Симптоми пережиття

У постраждалих людей можуть бути повторювані та небажані згадування про подію, наче вона відбувається тут і зараз, що супроводжуються інтенсивним страхом або жахом. Такі згадування можуть з'являтися у формі нав'язливих спогадів, страшних снів або, у тяжких випадках, – флешбеків. Згадування можуть бути у формі образів, звуків (напр., звуків пострілів) або запахів (напр., запаху нападника).

- Нав'язливі спогади небажані, зазвичай чіткі та викликають сильний страх або жах.
- Флешбек — це епізод, коли на якусь мить **людина вірить у те, що вона повернулася в час події**, проживає її знову **та діє відповідним чином**. Люди, які мають флешбеки, зазвичай на кілька секунд або хвилин втрачають зв'язок із реальністю.

- У дорослих **страшні сни** мають бути пов'язані з подією або якимись її аспектами.
- У дітей симптоми пережиття також можуть проявлятися шляхом страшних снів без чіткого змісту, нічних страхів або відтворення травматичного змісту в повторюваній грі або малюнках.

2.2 Симптоми уникнення

Вони включають у себе навмисне уникнення **ситуацій, діяльності, думок** або **спогадів**, які нагадують людині про травматичну подію. Це, наприклад, може бути небажання говорити про травматичну подію з медичним працівником.

Люди зазвичай використовують такі стратегії для того, аби уникнути пережиття симптомів, які викликають у них стрес. Парадоксальним чином такі стратегії уникнення призводять до підвищення частоти симптомів пережиття.

2.3 Симптоми, пов'язані з відчуттям посиленої загрози

Постраждалі можуть мати хибне відчуття, що вони все ще перебувають під серйозною загрозою. Ці пережиття посиленої поточної загрози можуть спричинитися до підвищення пильності в особи та

зробити її схильною до надмірної реакції здригання.

- **Підвищена пильність:** надмірне занепокоєння та пильність щодо небезпеки (напр., знаходячись у місцях загального користування, особа значно пильніша, ніж інші, без необхідності обирає «безпечніші» місця для сидіння тощо).
- **Надмірна реакція здригання:** здригається при найменших подразниках, іншими словами, реагує *надмірним* страхом на неочікувані раптові рухи або гучний шум. Такі реакції вважаються надмірними, якщо особа реагує значно сильніше, ніж інші, і їй потрібно значно більше часу для того, аби заспокоїтися.

2.4 Характеристики, пов'язані із ПТСР

Для всіх вікових груп характеристики, пов'язані з ПТСР, включають тривожність, депресію, злість, безсоння, заціпеніння, а також медично не пояснювані скарги. Окрім того, діти з ПТСР часто демонструють регресивну поведінку, таку як нічний енурез, чіпляння та спалахи гніву. У підлітків із ПТСР звичайною рисою є ризикова поведінка. Зловживання алкоголем і наркотиками є розповсюдженою проблемою і для дорослих, і для підлітків.

Детальна інформація про втручання РБС 3



3.1 Психологічна перша допомога

Подальші рекомендації щодо психологічної першої допомоги див. у:

ВООЗ, Фондація травми війни, World Vision International. *Психологічна перша допомога: Рекомендації для польових працівників (Psychological First Aid: Guide for field workers)*. ВООЗ Женева, 2011 р. (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf)

3.2. Робота з поточними психосоціальними стресогенними чинниками

- **Спитайте особу про поточні психосоціальні стресогенні чинники.** Наскільки це можливо, використайте **методи рішення проблем** (problem-solving technique) для того, щоби допомогти особі зменшити вплив основних психосоціальних стресогенних чинників або труднощів, пов'язаних зі стосунками. Скористайтеся спільнотними послугами та ресурсами у випадку, коли це доречно (напр., за згодою особи).
 - Оцініть та опрацюйте будь-яку ситуацію насильства (напр., домашнє насильство) та занедбання (напр., дітей або осіб старшого віку). Така оцінка потребує приватного, конфіденційного простору. Зв'яжіться з юридичною службою та ресурсами (напр., зі спільнотними соціальними службами, мережами захисту) для вирішення питань насильства у випадку, коли це доречно (напр., за згодою особи).
 - Якщо це припустимо, визначте **членів родини, готових надати допомогу**, та залучайте їх настільки, наскільки можливо.
- Для дітей і підлітків:
- Оцініть, чи страждають вони від **жорсткого**

поводження, ігнорування або цькування.

Запитайте у дитини або підлітка про це напряду у приватному середовищі. Наскільки це можливо, працюйте з родиною, школою та громадою, аби забезпечити безпеку дитини чи підлітка.

- Оцініть та ведіть психологічні та неврологічні розлади, розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами (особливо депресію) (→ **Зведена таблиця**), а також психосоціальні стресогенні чинники **опікунів** дітей та підлітків.

3.3 Управління стресом

Розгляньте можливість навчання людей дихальним вправам, прогресованій м'язовій релаксації та їхнім культурним еквівалентам.

Дихальні вправи

Ця техніка включає в себе пояснення того, що тривожність пов'язана зі швидким поверхневим грудним диханням, а також того, що зосередження на повільному, розміреному та черевному диханні призводить до зменшення тривоги. У рамках цієї техніки необхідно навчити особу дихати діафрагмою.

Прогресована м'язова релаксація

Ця техніка включає в себе пояснення того, що тривожність пов'язана з напруженням м'язів, а також того, що систематичне розслаблення м'язів призводить до зменшення тривоги. У рамках цієї техніки необхідно навчити особу систематично напружувати та розслабляти основні групи м'язів, починаючи зі ступень і закінчуючи верхньою частиною тіла. Приклад протоколу з прогресованої м'язової релаксації можна

знайти в додатку до:

ВООЗ, Фондація травми війни, World Vision International. *Психологічна перша допомога: Посібник для методиста для навчання польових працівників (Psychological First Aid: Facilitator's manual for orienting field workers)*. ВООЗ: Женева, 2013 р.

3.4 Розвиток позитивних методів копіngu і мереж соціальної підтримки

- Спирайтеся на **сильні сторони та навички** особи. Спитайте в неї, що в неї добре. Яким чином вона себе підтримує? Яким чином вона додала труднощі раніше?
- Попросіть особу **назвати тих людей, які надають їй емоційну підтримку**. Попросіть її назвати інших людей, яким вона довіряє. Серед таких людей можуть бути певні члени родини, друзі або люди з її громади. Підтримайте особу в тому, щоб вона проводила з ними час і розмовляла з тими людьми, яким довіряє, про свої труднощі.
- Підтримайте особу в тому, щоб вона **відновила свою соціальну активність та звичний порядок життя** настільки, наскільки можливо (напр., відвідувала школу, родинні зустрічі, зустрічалася із сусідами, брала участь у соціальних заходах на роботі, громадській діяльності, прогулянках із друзями).
- Приверніть увагу особи до того факту, що алкоголь і наркотики не допомагають процесу відновлення, а інтенсивне споживання алкоголю та наркотичних речовин (у тому числі й медикаментів, куплених в аптеці без рецепту) може призвести до нових проблем зі здоров'ям та соціальних проблем.



3.5 Додаткові стратегії ведення видимих симптомів гострого стресу після нещодавньої стресової події, особливо загрозливої або жахливої

3.5.1 Безсоння як симптом гострого стресу

- Застосуйте загальні стратегії ведення симптомів гострого стресу (→ РБС 3.1–3.4).
- Виключіть зовнішні причини безсоння (напр., шум). Виключіть та пролікуйте можливі фізичні причини (напр., фізичний біль), навіть якщо безсоння розпочалося одразу ж після стресової події.
- Спитайте, чи є в особи власне пояснення причин безсоння.
- Надайте поради щодо гігієни сну (в тому числі щодо уникнення використання психостимуляторів, наприклад, кави, нікотину та алкоголю).
- Поясніть, що в людей часто з'являються такі проблеми внаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних чинників.
- У виняткових випадках, коли недоступне психологічне втручання (напр., техніки релаксації), можна розглянути можливість короткострокового лікування (3–7 днів) дорослих бензодіазепінами (напр., діазепам, 2–5 мг/день, лоразепам, 0,5–2 мг/день; обидва препарати включено в «Типовий список основних лікарських препаратів ВООЗ») як варіанту лікування безсоння, яке серйозно перешкоджає повсякденному функціонуванню. В такому випадку необхідно взяти до уваги такі застереги:
 - У деяких людей унаслідок вживання бензодіазепінів може швидко розвинутися залежність від них. Бензодіазепіни іноді

призначаються в надмірній кількості. Їх слід призначати для лікування безсоння лише на короткий термін і у виняткових випадках.

- Старшим людям зазвичай потрібні нижчі дози (напр., половина дози для дорослих, наведених вище); якщо такі є в наявності, то слід призначати бензодіазепіни короткої дії (напр., лоразепам).
- Слід уникати призначення бензодіазепінів під час вагітності та грудного вигодовування.
- У разі супутніх медичних захворювань: перш ніж призначати бензодіазепіни, зважте на можливий вплив лікарського препарату на супутні захворювання або на можливу взаємодію одного лікарського препарату з іншими. Проконсультуйтеся з Національним фармацевтичним довідником або із Фармацевтичним довідником ВООЗ.
- Не призначайте бензодіазепіни для лікування безсоння в дітей і підлітків.
- Якщо проблема не проходить упродовж одного місяця, проведіть повторну оцінку з метою виявлення супутнього психічного розладу та його лікування (→ **Зведена таблиця**). Якщо в цієї особи немає супутнього психічного розладу або якщо особа не реагує на лікування супутнього психічного розладу, **ПРОКОНСУЛЬТУЙТЕСЯ ЗІ СПЕЦІАЛІСТОМ.**

3.5.2 Нічний енурез як симптом гострого стресу в дітей

- Застосуйте загальні стратегії ведення симптомів гострого стресу (→ РБС 3.1–3.4).
- Отримайте медичні записи особи щодо нічного енурезу для підтвердження того, що ця проблема

з'явилася тільки після стресової події. Виключіть та пролікуйте можливі фізичні причини (напр., якщо є ознаки того, що в дитині є інфекція сечовивідних шляхів), навіть якщо нічний енурез розпочався упродовж одного місяця після потенційно травматичної події.

- Проведіть оцінку психічних розладів і поточних стресогенних чинників опікунів дитини та запропонуйте відповідне їх ведення.
- Проведіть просвітницьку роботу з опікунами. Поясніть, що їм не слід карати дитину за нічний енурез. Поясніть, що нічний енурез – це звичайна реакція дітей, які пережили стрес, а покарання виявиться додатковим стресом. Поясніть опікунам важливість того, аби вони залишалися спокійними та емоційно підтримували дитину. Навчіть опікунів не звертати надто багато уваги на симптом та давати дитині позитивну увагу в інший час.
- Розгляньте можливість навчити батьків використовувати прості поведінкові втручання (напр., винагородження дитини, якщо вона уникає надмірного вживання напоїв перед сном або ходить у туалет перед сном). Такими винагородами може бути додатковий час на ігри, зірочки у спеціальній таблиці або інший місцевий еквівалент.
- Якщо проблема не проходить упродовж одного місяця, проведіть повторну оцінку з метою виявлення та ведення супутнього психічного розладу (→ **Зведена таблиця**). Якщо в дитини немає супутнього психічного розладу або якщо вона не реагує на лікування супутнього психічного розладу, **ПРОКОНСУЛЬТУЙТЕСЯ ЗІ СПЕЦІАЛІСТОМ.**



3.5.3 Гіпервентиляція як симптом гострого стресу

- Застосуйте загальні стратегії ведення симптомів гострого стресу (→ РБС 3.1–3.4).
- Виключіть та пролікуйте можливі фізичні причини, навіть якщо гіпервентиляція розпочалася одразу ж після стресової події. Завжди проводьте базове медичне обстеження для виявлення можливих фізичних причин.
- Поясніть, що в людей часто з'являється така проблема внаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних чинників.
- Зберігайте спокійне ставлення, за можливості усувайте джерела тривоги та навчайте правильному диханню (тобто заохочуйте людей дихати нормально, не глибше і не швидше, ніж звичайно).
- Зверніть увагу на те, що дихання з використанням паперового пакету є широко розповсюдженою технікою, але вона не є добре вивченою. Є ризик того, що цю техніку можуть застосувати до людей із серйозними захворюваннями або з астмою.
- **НЕ** заохочуйте дітей повторно дихати у паперовий пакет.
- Якщо проблема не проходить упродовж одного місяця, проведіть повторну оцінку з метою виявлення супутнього психічного розладу та його лікування (→ **Зведена таблиця**). Якщо в цієї особи немає супутнього психічного розладу або якщо особа не реагує на лікування супутнього психічного розладу, **ПРОКОНСУЛЬТУЙТЕСЯ ЗІ СПЕЦІАЛІСТОМ.**

4.5.3 Сенсомоторна дисоціація (напр., медично не пояснюваний параліч, медично не пояснювана неспроможність говорити або бачити) як симптом гострого стресу

- Застосуйте загальні стратегії ведення симптомів гострого стресу (→ РБС 3.1–3.4).
- Окрім того, завжди обстежуйте пацієнта та проводьте базове медичне обстеження для виявлення, лікування або виключення можливих фізичних причин проблеми, навіть якщо вона з'явилася одразу ж після стресової події.
- Спитайте, чи є в особи власне пояснення причин таких симптомів.
- Визнайте страждання людини та підтримуйте поважливі стосунки, але водночас з уважністю поставтеся до того, щоби уникати підтримки будь-яких підсвідомих переваг, які особа може отримувати від цих симптомів.
- Поясніть, що в людей часто з'являється така проблема внаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних чинників.
- Застосуйте загальні стратегії ведення медично не пояснюваних соматичних симптомів (→ **ІНШ**).
- У випадку, якщо це припустимо, розгляньте можливість використання культурно зумовлених втручань, які не завдають шкоди.
- Якщо проблема не проходить упродовж одного місяця, проведіть повторну оцінку з метою виявлення супутніх розладів та їх лікування (→ **Зведена таблиця**). Якщо в цієї особи немає супутнього психічного розладу або якщо особа не реагує на лікування супутнього психічного розладу, **ПРОКОНСУЛЬТУЙТЕСЯ ЗІ СПЕЦІАЛІСТОМ.**

3.6 Психоедукація щодо ПТСР

Наступні рекомендації з психоедукації розроблені для людей із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР)

та їхніх опікунів. Рекомендації щодо психоедукації людей із симптомами гострого стресу див. вище у «Посібнику з оцінки та ведення».

Поясніть протікання симптомів.

- Упродовж періоду від кількох днів до кількох тижнів після надзвичайно загрозливої або страшної події в більшості людей розвиваються певні реакції, пов'язані зі стресом, такі як відчуття слізливості, наляканості, злості або вини. Також може з'явитися фізична реакція, здригання або труднощі зі сном, страшні сни або постійне відтворення події подумки. В більшості людей такі реакції проходять самі собою.
- Якщо такі реакції зберігаються довше, ніж упродовж місяця, перетворюються на постійну проблему та призводять до труднощів із повсякденним функціонуванням людини, це може вказувати на ПТСР.
- У більшості людей ПТСР проходить сам собою без лікування. Проте лікування прискорить процес одужання.



Поясніть природу ПТСР.

- Люди з ПТСР часто відчувають, що вони все ще перебувають під серйозною загрозою, й відповідно можуть бути дуже напруженими. У них може бути сильна реакція здригання, або вони можуть постійно вичікувати на небезпеку.
- Люди з ПТСР переживають небажані згадування травматичної події. Якщо їм щось нагадає про подію, вони можуть переживати такі емоції, як страх і жах, подібні до почуттів, які вони переживали власне під час події. Іноді їм може здаватися, що подія знову відбувається. У них можуть бути страшні сни.
- Такі нав'язливі думки та спогади про травматичну подію є надзвичайно тривожними. Тому цілком природним є те, що люди з ПТСР намагаються уникати будь-чого, що могло б нагадати їм про таку подію. На жаль, таке уникання може призвести до проблем у їхньому житті. Наприклад, якщо особа із ПТСР уникає того, щоб ходити на роботу, тому що там на неї було скоєно напад, це вплине на її життя.
- Як це не парадоксально, але намагання уникнути думання про щось зазвичай призводять до того, що людина думає про це ще більше. Попросіть особу спробувати провести подумки такий експеримент: «Постарайтеся не думати про білого слона впродовж хвилини». Наскільки це вам удалося? Скоріше за все, ви з'ясували, що слона неможливо викинути з голови. Те саме стосується і травматичних спогадів, якщо у вас ПТСР: що більше ви намагаєтеся уникнути думати про них, то більше ви про них думаєте.
- Якщо це доречно у випадку цієї людини, поясніть, що в людей із ПТСР можуть бути сумісні проблеми, такі, як біль у тілі, низький рівень енергії,

втомлюваність, дратівливість і пригнічений настрій.

Поясніть, що ефективне лікування можливе.

- Ефективне лікування існує.
- Цілком можливо, що знадобиться лікування упродовж кількох тижнів перед тим, як людина відчує послаблення симптомів ПТСР.

Підкресліть важливість такої інформації.

Скажіть людині з ПТСР, що важливо робити таке:

- Продовжуйте жити звичним життям настільки, наскільки це можливо.
- Розмовляйте з людьми, яким довіряєте, про те, що ви відчуваєте або що сталося, але тільки тоді, коли будете до цього готові.
- Займайтеся релаксаційними вправами для зниження рівня тривоги та напруження (→ РБС 3.3). Обговоріть культурно прийнятні моделі релаксації.
- Регулярно займайтеся фізичними вправами.
- Намагайтеся підтримувати постійний цикл сну (тобто лягайте спати в той самий час щовечора, намагайтеся спати стільки ж, скільки й раніше, уникайте спати забагато).
- Уникайте споживання алкоголю чи наркотиків для того, щоби впоратися із симптомами ПТСР.
- Зважайте на свої думки про суїцид і звертайтеся по допомогу, якщо вони з'являються.

Професійні психологічні втручання (ППВ)

Для цілей «Модуля посібника mhGAP з надання допомоги» термін «професійне втручання» використовується на позначення такого втручання, яке потребує більше кількох годин на підготовку медичного працівника і зазвичай більше, ніж кілька годин для їх впровадження. Такі втручання зазвичай проводяться спеціалістами.

У цьому розділі наведено короткі описи двох професійних втручань. У цьому модулі ці втручання позначено аббревіатурою « → ППВ » на означення того, що їх застосування потребує *значних* людських ресурсів. Протоколи цих втручань у цей модуль не включені.

Професійні втручання, описані нижче, слід застосовувати тоді, коли людина знаходиться у безпечному середовищі, тобто наразі не відбувається травматичних подій, і людина не перебуває під *неминучою* загрозою подальшого впливу травматичних подій. Спеціалісти не дійшли згоди щодо прийнятності їх застосування в небезпечному середовищі.

Травмосфокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ-Т)

В основу індивідуальної та групової травмосфокусованої когнітивно-поведінкової терапії (КПТ-Т) покладено ідею про те, що у людей з ПТСР є непомічні думки та уявлення, пов'язані з травматичною подією та її наслідками. У результаті цих думок і уявлень формується непомічне уникання нагадувань про подію (події) та підтримується відчуття поточної загрози. Травмосфокусовані когнітивно-поведінкові

втручання зазвичай включають у себе (уявну та/або реальну) експозиційну терапію та/або прямий критичний розгляд непомічних думок і уявлень, пов'язаних із травмою.

Десенсибілізація та переробка травми за допомогою руху очей (ДПРО)

В основу десенсибілізації та переробки травми за допомогою руху очей покладено ідею про те, що негативні думки, почуття та поведінка є результатом неопрацьованих спогадів. Терапія полягає в застосуванні стандартних процедур, які включають у себе концентрацію уваги водночас на (а) спонтанних асоціаціях на травматичні образи, думки, емоції та тілесні відчуття та (б) двосторонній стимуляції, яка зазвичай забезпечується шляхом повторюваних рухів очей. Подібно до КПТ-Т, метою ДПРО є зниження суб'єктивного дистресу та посилення адаптивних уявлень, пов'язаних із травматичною подією. На відміну від КПТ-Т, ДПРО не потребує (а) детальних описів події, (б) прямого критичного розгляду уявлень, (в) тривалої роботи із впливом події або (г) виконання домашніх завдань.

Додаток. Запропоновані зміни до поточного «Посібника mhGAP з надання допомоги» для забезпечення його відповідності Модулю щодо розладів, безпосередньо пов'язаних зі стресом



- **Зведена таблиця:** Додати зноску, у якій вказано: «Модуль «Оцінка та управління розладами, безпосередньо пов'язаними зі стресом (РБС)» пов'язаний із Модулем «Депресія». Альтернативний варіант - чітко вказати у Зведеній таблиці, що перелічені наявні соматичні та емоційні симптоми ДЕП також застосовні й до РБС.
- **Модуль «Депресія»:** У блоці виходу тепер зазначено: «Вийдіть з цього модуля та проведіть оцінку інших значущих емоційних або медично не пояснюваних соматичних скарг « → ІНШ». Цей блок можна змінити і запитати, чи людина переживає стрес через вплив надзвичайних стресогенних чинників (втрат, травматичних подій). Якщо особа відповідає «ТАК», тоді клініцист має перейти до модуля РБС. Якщо особа відповідає «НІ», тоді клініцист має перейти до модуля ІНШ.
- **Модуль «ІНШ»:** Відповідь «ТАК» на запитання «Чи пережила особа нещодавно вплив надзвичайних стресогенних чинників (втрат, травматичних подій)?» є вказівкою клініцисту, аби він повернувся до модуля РБС.
- **Посилання:** У модулях ДЕП, ПСИ, ПР, АЛК, НРК і СУІ необхідно зробити посилання на модуль РБС (як на можливий супутній розлад).
- **Професійні психологічні втручання (ППВ):** Цей розділ необхідно оновити і додати до нього наведені вище визначення КПТ-Т і ДПРО.

Європейське регіональне бюро ВООЗ

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

Країни-члени

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

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

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

ВСЕСВІТНЯ ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЄВРОПЕЙСЬКЕ РЕГІОНАЛЬНЕ БЮРО
Бюро ВООЗ в Україні
04070, Київ, Україна
вул. Боричів Тік, 30
Тел.: +38 044 425 88 28 Факс: +38 044 425 88 31
Ел. пошта: whoukr@euro.who.int
www.euro.who.int/ukraine