

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Г. В. Морванюк, Є. В. Опря

**КОМУНІКАТИВНІ НАВИЧКИ
ТА АЛГОРИТМИ ВЕДЕННЯ
ПАЦІЄНТІВ З ПОШИРЕНИМИ
ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ
НА ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ
ЗА КЕРІВНИЦТВОМ mhGAP
(депресії, самоушкодження, суїциди,
розлади, пов'язані із вживанням психоактивних
речовин, гострий стрес, тривалий розлад горя
та посттравматичний стресовий розлад)**



Одеса

ОНМедУ

2026

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Г. В. Морванюк, Є. В. Опря

**КОМУНІКАТИВНІ НАВИЧКИ
ТА АЛГОРИТМИ ВЕДЕННЯ
ПАЦІЄНТІВ З ПОШИРЕНИМИ
ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ
НА ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ
ЗА КЕРІВНИЦТВОМ mhGAP
(депресії, самоушкодження, суїциди,
розлади, пов'язані із вживанням психоактивних
речовин, гострий стрес, тривалий розлад горя
та посттравматичний стресовий розлад)**



Одеса

ОНМедУ

2026

УДК 616.89-08:614.2:616-051:159.942.5

М79

Автори:

Г. В. Морванюк, Є. В. Опря

Рецензенти:

В. В. Огоренко — д. мед. н., професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету МОЗ України;

О. О. Белов — д. мед. н., доцент, професор кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету МОЗ України

Рекомендовано до друку

Вченою радою Одеського національного медичного університету

Міністерства охорони здоров'я України

(Протокол № 10 від 09.04.2026 року)

Морванюк Г. В.

М79 Комуникативні навички та алгоритми ведення пацієнтів з поширеними психічними розладами на первинній ланці за керівництвом mhGAP (депресії, самоушкодження, суїциди, розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, гострий стрес, тривалий розлад горя та посттравматичний стресовий розлад) [Електронне видання] / Г. В. Морванюк, Є. В. Опря – Одеса : ОНМедУ, 2026. – 100 с.

ISBN 978-966-443-145-0

Навчально-методичний посібник, створений на основі Програми ВООЗ mhGAP, містить практичні рекомендації щодо клінічної оцінки та ведення осіб із психічними, неврологічними розладами та порушеннями, пов'язаними з уживанням психоактивних речовин. Висвітлено пріоритетні стани, оцінку ризиків і алгоритми надання допомоги.

Для здобувачів вищих медичних закладів освіти II–IV рівнів акредитації, а також лікарів загальної практики — сімейної медицини.

УДК 616.89-08:614.2:616-051:159.942.5

ISBN 978-966-443-145-0

© Г. В. Морванюк,
Є. В. Опря, 2026

© Одеський національний
медичний університет, 2026

ПЕРЕДМОВА

Психічні, неврологічні та розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, належать до найпоширеніших причин погіршення здоров'я, повсякденного функціонування та якості життя людей у всьому світі. Вони суттєво впливають не лише на саму людину, а й на її родину, громаду, систему охорони здоров'я та суспільство в цілому. Водночас значна частина людей, які потребують допомоги, не отримує її вчасно або не отримує взагалі. Саме тому інтеграція психічного здоров'я у загальномедичну практику є одним із ключових напрямів сучасного розвитку системи охорони здоров'я.

Для України ця тема має особливе значення. Тривалий вплив війни, вимушене переміщення, втрати, хронічний стрес, соціальна нестабільність і зростання потреб у сфері психічного здоров'я формують нові виклики для медичної системи. За цих умов психічне здоров'я перестає бути виключно сферою спеціалізованої психіатричної допомоги і стає важливою частиною щоденної клінічної практики лікаря. Саме на рівні первинної медичної допомоги, загальномедичних закладів і неспеціалізованих служб часто відбувається перший контакт людини з системою допомоги.

Цей навчально-методичний посібник підготовлено на основі Програми Всесвітньої організації охорони здоров'я mhGAP як практичний інструмент для підтримки лікарів, лікарів-інтернів, здобувачів освіти медичних закладів та освітян у сфері клінічної оцінки й ведення людей із психічними, неврологічними та розладами, пов'язаними з уживанням психоактивних речовин. Його метою є не лише подання узагальненої інформації про пріоритетні стани, а й формування послідовної логіки клінічного мислення, що дозволяє вчасно розпізнавати проблеми, оцінювати ризики, обирати доцільну тактику допомоги та визначати потребу в подальшому супроводі або скеруванні.

Посібник побудований за принципом поєднання доказових підходів, алгоритмічної структури та практичної орієнтації. У ньому представлено вступні розділи, присвячені основам психічного здоров'я, принципам людино-орієнтованої допомоги, клінічному мисленню та загальним правилам оцінки стану пацієнта, а також тематичні модулі, що охоплюють пріоритетні психічні, неврологічні та поведінкові розлади. Таблиці, алгоритми, клінічні поради, ключові повідомлення, практичні схеми та клінічні кейси покликані зробити цей матеріал придатним не лише для навчання, а й для реального використання у повсякденній роботі.

Важливим наскрізним принципом посібника є людино-орієнтований підхід. У центрі клінічної допомоги перебуває людина з її досвідом, потребами, цінностями, труднощами, ресурсами та правом на гідне ставлення. Саме тому посібник орієнтований не лише на правильну діагностичну та лікувальну тактику, а й на формування людиноцентричної, емпатійної та професійної комунікації, без якої неможлива якісна допомога у сфері психічного здоров'я.

Автори сподіваються, що цей посібник стане корисним ресурсом для навчання, клінічної практики, самостійного опрацювання, викладання та професійного розвитку. Його призначення полягає не лише в передачі знань, а й у підтримці тих фахівців, які щоденно працюють із людьми у складних життєвих і клінічних обставинах, допомагаючи їм відновлювати функціонування, безпеку, гідність і якість життя.

ПОДЯКИ

Автори висловлюють щиру вдячність усім, хто долучився до створення цього навчально-методичного посібника та підтримав його підготовку на етапах концептуального опрацювання, змістового наповнення, експертного обговорення й методичного вдосконалення.

Особливу вдячність висловлюємо Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні за послідовну підтримку розвитку сучасних підходів до охорони психічного здоров'я, сприяння впровадженню Програми ВООЗ mhGAP в Україні та підтримку професійних ініціатив, спрямованих на посилення спроможності медичних працівників у наданні допомоги людям із психічними, неврологічними та розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин.

Щиру подяку висловлюємо Одеському національному медичному університету та кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії за академічне середовище, професійну підтримку та сприяння розробленню і впровадженню навчальних матеріалів, орієнтованих на сучасну клінічну практику та потреби медичної освіти.

Окрема вдячність — експертам, освітянам, лікарям-практикам, лікарям-інтернам, супервізорам, тренерам і здобувачам освіти, чий досвід, клінічні спостереження, пропозиції та зворотний зв'язок допомогли зробити цей посібник більш змістовним, практично орієнтованим і придатним до використання в реальній клінічній та освітній роботі.

Автори також висловлюють вдячність колегам і партнерам, залученим до розвитку mhGAP в Україні, зокрема до інтеграції психічного здоров'я в загальномедичну практику, післядипломну підготовку та освітній процес у закладах вищої медичної освіти. Саме завдяки цьому спільному професійному діалогу стало можливим створення посібника, який поєднує доказову основу, методичну логіку та практичну спрямованість.

Щиро дякуємо всім, хто брав участь в обговоренні структури видання, верифікації окремих модулів, уточненні алгоритмів оцінки й ведення, підготовці клінічних кейсів і вдосконаленні мови посібника. Їхній внесок суттєво посилив якість і цілісність цього видання.

Особливу вдячність висловлюємо фахівцям, які щоденно працюють у сфері психічного здоров'я в надзвичайно складних умовах та забезпечують доступність, безперервність і людяність допомоги. Саме їхній практичний досвід, професійна відданість і готовність до змін надають цьому посібнику його справжню цінність.

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	— Всесвітня організація охорони здоров'я
ВІР	— розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин
ДЕМ	— деменція
ДЕП	— депресія
ДПП	— дитячі та підліткові психічні і поведінкові розлади
ЕПІ	— епілепсія
ІНШ	— інші важливі скарги на стан психічного здоров'я
МКХ	— Міжнародна класифікація хвороб
ПАР	— психоактивні речовини
ПМД	— первинна медична допомога
ПНПР	— психічні, неврологічні розлади та порушення, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин
ПСИ	— психози
ПТАО	— підтримувальна терапія агоністами опіоїдів
ПТСП	— посттравматичний стресовий розлад
ASSIST	— Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	— Alcohol Use Disorders Identification Test
CIWA-Ar	— Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised
COVID-19	— Coronavirus Disease 2019
COWS	— Clinical Opiate Withdrawal Scale
ENACT	— Enhancing Assessment of Common Therapeutic Factors
EQUIP	— Ensuring Quality in Psychological Support
mhGAP	— Mental Health Gap Action Programme
MoCA	— Montreal Cognitive Assessment

ЯК КОРИСТУВАТИСЯ ПОСІБНИКОМ

Цей навчально-методичний посібник підготовлено для підтримки лікарів, лікарів-інтернів, здобувачів освіти медичних закладів та освітян у застосуванні підходів Програми ВООЗ mhGAP у клінічній практиці. Посібник орієнтований насамперед на неспеціалізовані умови надання допомоги, зокрема на рівень первинної медичної допомоги, але може бути корисним і для інших фахівців, які працюють із людьми з психічними, неврологічними розладами та порушеннями, пов'язаними з уживанням психоактивних речовин.

Посібник можна використовувати як для послідовного навчання, так і для швидкої клінічної орієнтації під час практичної роботи. Для системного опрацювання матеріалу доцільно починати зі вступних розділів, оскільки саме вони формують спільну основу: сучасне розуміння психічного здоров'я, принципи людино-орієнтованої допомоги, логіку клінічного мислення, базові правила оцінки стану пацієнта та підходи до використання алгоритмів Керівництва mhGAP.

Після вступної частини посібник переходить до клінічних модулів. Кожен модуль побудований за єдиною логікою: розпізнавання стану, клінічна оцінка, визначення ризиків, ведення, подальший супровід і критерії скерування. Така структура дає змогу не лише вивчати окремі розлади, а й формувати послідовний клінічний підхід до прийняття рішень. Цей підхід складається з наступних кроків:

- визначити основну клінічну проблему або провідні симптоми пацієнта;
- перейти до відповідного модуля;
- провести структуровану оцінку стану, функціонування та ризиків;
- використати запропоновані рекомендації щодо ведення;
- визначити потребу в подальшому супроводі або скеруванні до спеціаліста.

У кожному модулі подано елементи, що мають різне практичне призначення. Таблиці та алгоритми допомагають швидко зорієнтуватися в клінічній ситуації. Ключові повідомлення узагальнюють найважливіші практичні висновки. Клінічні поради акцентують увагу на типових помилках і рішеннях, які мають найбільше значення в реальній роботі лікаря. Клінічні кейси призначені для відпрацювання логіки оцінки та ведення пацієнта, а односторінкові підсумки можуть використовуватися для швидкого повторення матеріалу.

Посібник не замінює клінічного мислення лікаря, чинних стандартів медичної допомоги, локальних маршрутів пацієнта або потреби у

консультації спеціаліста у складних чи небезпечних випадках. За наявності невідкладного стану, «червоних прапорців», високого суїцидального ризику, психотичних симптомів, важкого синдрому відміни, порушення свідомості чи іншої клінічної небезпеки пріоритетом завжди є безпека пацієнта та своєчасна організація невідкладної допомоги.

Найбільшу користь цей посібник приносить тоді, коли його використовують не лише як текст для читання, а як практичний робочий інструмент — для навчання, клінічного розбору, підготовки до занять, супервізій, самостійного опрацювання кейсів і підтримки щоденних клінічних рішень.

КОНЦЕПТУАЛЬНА СХЕМА ПОСІБНИКА

Цей навчально-методичний посібник побудований на основі Програми ВООЗ mhGAP і відображає логіку клінічної роботи лікаря з психічними, неврологічними та розладами, пов'язаними з уживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих умовах надання медичної допомоги. В основу структури посібника покладено принцип поетапного переходу від загальних засад до практичного клінічного застосування.

Перший рівень посібника становить вступна частина. Її призначення полягає в тому, щоб сформуванати спільну рамку для подальшого опрацювання всіх клінічних модулів. Саме у вступних розділах окреслюються сучасне розуміння психічного здоров'я, місце Програми ВООЗ mhGAP у системі охорони здоров'я, принципи людиноорієнтованої допомоги, роль первинної медичної допомоги, основи клінічного мислення, біопсихосоціальна модель, підходи до комунікації з пацієнтом, а також типові клінічні помилки, яких слід уникати.

Другий рівень становлять загальні клінічні принципи, які є спільними для всіх модулів. До них належать структурована оцінка скарг і симптомів, аналіз функціонування, виявлення ризиків, оцінка соматичних станів, які можуть імітувати психічні розлади, визначення «червоних прапорців», а також прийняття рішення щодо подальшого ведення, спостереження або скерування. Таким чином, посібник формує не лише знання про окремі розлади, а насамперед єдиний клінічний підхід до оцінки стану людини.

Третій рівень утворюють клінічні модулі. Кожен модуль присвячений окремому пріоритетному стану або групі станів і побудований за спільною внутрішньою логікою. Спочатку подається клінічне значення проблеми, далі — критерії розпізнавання, структурована оцінка, ключові ризики, основні принципи ведення, психосоціальні та, за показаннями, фармакологічні втручання, подальший супровід і критерії скерування. Така побудова дозволяє використовувати посібник як у навчальному процесі, так і в реальній клінічній практиці.

Важливою складовою концепції посібника є поєднання алгоритмічності та клінічного мислення. Алгоритми, таблиці, короткі схеми й односторінкові підсумки допомагають швидко зорієнтуватися в клінічній ситуації, тимчасом як текстові пояснення, клінічні поради та кейси допомагають зрозуміти логіку рішень і уникати механічного застосування рекомендацій без урахування індивідуального контексту пацієнта.

Окреме місце в концептуальній схемі посібника займає людино-орієнтований підхід. У всіх розділах послідовно підкреслюється, що в центрі клінічної допомоги перебуває людина, а не лише її симптоми чи діагноз. Це означає увагу до гідності, прав, досвіду, потреб, життєвої ситуації, ресурсів і цілей пацієнта, а також орієнтацію на партнерську комунікацію і спільне прийняття рішень.

вступні принципи → загальна клінічна логіка → тематичні модулі → алгоритми ведення → клінічні кейси → практичне застосування у щоденній роботі лікаря

Саме така побудова дає змогу використовувати посібник як цілісну систему навчання і водночас як практичний інструмент для підтримки клінічних рішень.

ВСТУПНІ РОЗДЛИ

Основи психічного здоров'я, консультація лікаря та алгоритми. Керівництва mhGAP

НАВІГАЦІЯ У ВСТУПНИХ РОЗДЛАХ

Глобальний тягар ПНПР-розладів; програма mhGAP і людино-орієнтований підхід; клінічне мислення й біопсихосоціальна модель; соматичні стани-імітації та типові помилки; симптом-орієнтований огляд модулів mhGAP і принципи роботи з алгоритмами.

Розділ I. Основи психічного здоров'я та програми mhGAP

Глобальний тягар ПНПР-розладів

Психічні, неврологічні та розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, становлять одну з провідних причин втрати здоров'я, працездатності та якості життя у світі [1–3]. Психічні розлади суттєво впливають на повсякденне функціонування людини, її соціальні ролі, участь у житті громади та економічний добробут суспільств [1, 3].

За даними глобального дослідження тягара захворювань, психічні розлади входять до провідних причин років життя, прожитих з інвалідністю. Депресивний розлад стабільно залишається однією з основних причин втрати здоров'я серед населення різних вікових груп [2]. За оцінками ВООЗ, приблизно одна людина з восьми у світі живе з психічним розладом [3].

Водночас значна частина людей, які живуть із психічними розладами, не отримують необхідної допомоги. У багатьох країнах доступ до спеціалізованої психіатричної допомоги залишається обмеженим, що зумовлює потребу інтеграції послуг у сфері психічного здоров'я до системи первинної медичної допомоги [4]. Саме для подолання цього розриву була створена Програма ВООЗ mhGAP [5].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

ПНПР-розлади є значною частиною глобального тягара захворювань. Для зменшення цього тягара потрібні не лише спеціалізовані служби, а й доступна, структурована допомога на рівні первинної медичної допомоги.

Програма ВООЗ mhGAP

Психічне здоров'я є невід'ємною складовою загального здоров'я та добробуту людини. Відповідно до визначення ВООЗ, психічне здоров'я — це стан благополуччя, у якому людина усвідомлює власні можливості, може долати звичайні життєві труднощі, продуктивно працювати та робити внесок у життя своєї спільноти [6].

Події останніх років, зокрема пандемія COVID-19 та повномасштабна війна в Україні, значно вплинули на психічне здоров'я населення. За оцінками ВООЗ, приблизно 22 % людей, які проживають у зонах конфлікту або постконфліктних регіонах, можуть мати психічні розлади, включаючи депресію, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад та інші стани [7].

У відповідь на зростання потреб ВООЗ розробила програму Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) — практичний інструмент, що підтримує лікарів первинної медичної допомоги та інших медичних працівників у своєчасному виявленні, клінічній оцінці, веденні та подальшому супроводі людей із ПНПР-розладами [5].

Мета посібника

Цей навчально-методичний посібник підготовлено з метою підтримки медичних працівників у застосуванні підходів програми ВООЗ mhGAP у клінічній практиці. Посібник спрямований на формування практичних навичок клінічної оцінки, ведення та подальшого супроводу людей із психічними, неврологічними та пов'язаними із вживанням психоактивних речовин розладами.

У ньому подано структуровані алгоритми клінічної оцінки, рекомендації щодо ведення пацієнтів, клінічні випадки та практичні інструменти, які можуть використовуватися у повсякденній медичній практиці. Посібник може бути корисним для лікарів первинної медичної допомоги, лікарів-інтернів, здобувачів освіти медичних закладів та інших медичних працівників, які надають допомогу людям із психічними розладами.

Інтеграція психічного здоров'я у первинну медичну допомогу

Сучасні системи охорони психічного здоров'я ґрунтуються на принципі поетапної організації допомоги, який часто ілюструють у вигляді піраміди послуг психічного здоров'я. Основна ідея цієї моде-

лі полягає в тому, що більшість потреб населення у сфері психічного здоров'я можуть бути задоволені на рівні громади та первинної медичної допомоги, тимчасом як спеціалізовані служби потрібні для ведення складніших клінічних випадків [4, 9].

У такій моделі лікарі первинної медичної допомоги відіграють ключову роль у ранньому виявленні психічних розладів, проведенні первинної клінічної оцінки, наданні базової допомоги та організації подальшого супроводу пацієнтів [4, 5].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Інтеграція психічного здоров'я у первинну медичну допомогу є одним із найважливіших кроків для подолання розриву в доступі до лікування психічних розладів.

Людино-орієнтований підхід

Людино-орієнтований підхід є одним із ключових принципів сучасної системи психічного здоров'я. Його сутність полягає в тому, що людина, а не її діагноз, перебуває в центрі процесу надання допомоги [8, 10]. У межах цієї моделі людина розглядається не лише як отримувач медичної допомоги, а як активний учасник процесу відновлення та партнер у плануванні лікування [10].

Дослідження демонструють, що впровадження людино-орієнтованих моделей допомоги може підвищувати прихильність до лікування, покращувати досвід пацієнта й сприяти кращим результатам довгострокового ведення [11, 12].

- Людина в центрі допомоги: допомога будується навколо потреб, цілей і життєвих пріоритетів конкретної людини.
- Повага до гідності та прав людини: усі втручання здійснюються з повагою до автономії та прав людини.
- Спільне прийняття рішень: лікар і пацієнт обговорюють варіанти допомоги разом.
- Визнання досвіду людини: особистий досвід життя з розладом є важливим джерелом клінічно значущої інформації.
- Орієнтація на відновлення: метою є не лише зменшення симптомів, а підтримка автономії та повноцінного життя в громаді.

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Залучення пацієнта до прийняття рішень щодо лікування є одним із найефективніших способів підвищення прихильності до терапії. Пацієнти, які беруть участь у плануванні лікування, краще розуміють свій стан і частіше дотримуються рекомендацій.

Піраміда психічного здоров'я та психосоціальної підтримки

Піраміда послуг психічного здоров'я відображає оптимальний розподіл ресурсів і рівнів допомоги: від широких заходів підтримки на рівні громади до спеціалізованих психіатричних служб [9].

Рівень	Зміст	Практичне значення
Самодопомога та підтримка у громаді	Підтримка сім'ї та друзів, участь у житті громади, освітні та просвітницькі заходи, стратегії зниження стресу	Основа профілактики та підтримки психологічної стійкості
Психосоціальна підтримка на рівні громади	Громадські організації, соціальні служби, програми підтримки населення, групи взаємодопомоги	Сприяє соціальній інтеграції та зменшує стигматизацію
Первинна медична допомога	Первинна клінічна оцінка, виявлення поширених психічних розладів, базова допомога, подальший супровід	Ключовий рівень раннього виявлення і стартової допомоги
Спеціалізовані служби психічного здоров'я	Психіатри, клінічні психологи, психотерапевти; ведення складніших клінічних випадків	Потрібні для психотичних розладів, тяжких депресивних епізодів, суїцидальної поведінки та складних неврологічних станів

Рівень	Зміст	Практичне значення
Високоспеціалізована стаціонарна допомога	Стаціонарні психіатричні служби та інтенсивна медична допомога	Необхідна, коли потрібне цілодобове спостереження або інтенсивне лікування

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Ефективна система охорони психічного здоров'я повинна забезпечувати доступність допомоги на всіх рівнях — від підтримки у громаді до спеціалізованих медичних служб.

Розділ II. Консультація лікаря у сфері психічного здоров'я

Клінічне мислення лікаря у сфері психічного здоров'я

Ефективна допомога людям із психічними розладами потребує не лише знання клінічних алгоритмів, а й здатності лікаря застосовувати клінічне мислення під час оцінки стану пацієнта. Клінічне мислення передбачає системний підхід до аналізу симптомів, формування клінічної гіпотези та прийняття обґрунтованих рішень щодо подальших дій [4, 5].

У практиці первинної медичної допомоги пацієнти з психічними розладами часто звертаються зі скаргами, які не завжди прямо вказують на психічний стан. Людина може повідомляти про втому, порушення сну, головний біль, зниження енергії або труднощі з концентрацією. У таких випадках лікарю важливо враховувати як соматичні, так і психологічні аспекти стану пацієнта.

Клінічне мислення також передбачає здатність оцінювати можливі ризики й визначати ситуації, які потребують негайної уваги або скерування до спеціаліста. Особливу увагу слід приділяти суїцидальним думкам, психотичним симптомам, зміні рівня свідомості, неврологічним ознакам та швидкому погіршенню стану [5].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Клінічне мислення допомагає лікарю поєднати знання алгоритмів із розумінням індивідуального досвіду пацієнта та приймати обґрунтовані рішення щодо подальшої допомоги.

Біопсихосоціальна модель психічних розладів

Сучасне розуміння психічних розладів ґрунтується на біопсихосоціальній моделі, відповідно до якої виникнення та перебіг психічних розладів зумовлені взаємодією біологічних, психологічних та соціальних факторів [4, 14]. Такий підхід дозволяє лікарю розглядати стан пацієнта комплексно та враховувати не лише симптоми, але й індивідуальні особливості людини, її життєві обставини та соціальне середовище [4].

- Біологічні фактори: генетична схильність, нейробиологічні механізми, гормональні та метаболічні порушення, соматичні захворювання, побічні ефекти лікарських препаратів.

- Психологічні фактори: емоції, стиль мислення, попередній життєвий досвід, травматичні події, способи подолання стресу.

- Соціальні фактори: умови життя, соціальна підтримка, сімейні відносини, економічні труднощі, насильство, культурні та суспільні впливи.

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Під час оцінки пацієнта важливо враховувати не лише біологічні причини, але й психологічні та соціальні чинники, що можуть впливати на стан людини.

Соматичні стани, які можуть імітувати психічні розлади

Під час оцінки лікар повинен враховувати, що низка соматичних захворювань може проявлятися психічними або поведінковими симптомами. Нерозпізнання соматичної причини може призвести до помилкового психіатричного діагнозу та затримки необхідного лікування [4, 5, 15].

Особливої уваги потребують ситуації, коли спостерігаються раптовий початок симптомів, зміни рівня свідомості, атиповий перебіг, нові симптоми у старшому віці або відсутність попереднього психіатричного анамнезу [5, 15].

Соматичний стан	Які психічні симптоми може імітувати	«Червоні прапорці»	Що доцільно перевірити
Гіпотиреоз	Депресія, апатія, когнітивне сповільнення	Втома, сухість шкіри, збільшення маси тіла	ТТГ, вільний Т4
Гіпертиреоз	Тривога, дратівливість, безсоння	Тахікардія, тремор, пітливість	ТТГ, вільний Т4
Дефіцит вітаміну В12	Депресія, когнітивні порушення, психотичні симптоми	Парестезії, атаксія	Вітамін В12, загальний аналіз крові
Анемія	Слабкість, апатія, зниження концентрації	Блідість, тахікардія	Загальний аналіз крові, феритин
Епілепсія, особливо скронева	Тривога, психотичні симптоми, зміни поведінки	Короткі епізоди втрати свідомості, автоматизми	Неврологічний огляд, ЕЕГ
Органічні ураження мозку	Зміни особистості, апатія, психотичні симптоми	Головний біль, вогнищеві неврологічні симптоми	КТ / МРТ, неврологічний огляд
Делірій	Галюцинації, дезорієнтація, збудження	Гострий початок, коливання симптомів, порушення свідомості	Соматична оцінка, лабораторні дослідження
Побічні ефекти ліків	Тривога, безсоння, психотичні симптоми, зміни настрою	Зв'язок із початком лікування або зміною дози	Медикаментозний анамнез
Гіпоглікемія	Тривога, сплутаність свідомості, агресія	Пітливість, тремор, швидкий початок	Глюкоза крові
Обструктивне апное сну	Депресія, когнітивні порушення, денна сонливість	Хропіння, зупинки дихання увісні	Скринінг сну, за показами полісомнографія

КЛІНІЧНА ПОРАДА

У пацієнтів із вперше виниклими психічними симптомами, особливо за відсутності психіатричного анамнезу, доцільно проводити дуже детальну соматичну оцінку: фізикальний огляд, неврологічний огляд і базові лабораторні дослідження.

КЛІНІЧНІ СИГНАЛИ НЕБЕЗПЕКИ

Раптовий початок психічних симптомів, зміни рівня свідомості, швидке прогресування, нові симптоми у старшому віці, неврологічні ознаки та відсутність психіатричного анамнезу повинні спонукати лікаря першочергово виключити соматичну причину.

Десять типових помилок лікаря при роботі з психічними розладами

Неправильна оцінка психічних симптомів може призвести до помилкової діагностики, затримки лікування або погіршення стану пацієнта. Нижче наведено типові помилки, яких слід уникати під час клінічної оцінки [4, 5, 15].

Типова помилка	Чому це проблема	Як діяти правильно
1. Одразу встановлювати психіатричний діагноз без соматичної оцінки	Можна пропустити соматичне або неврологічне захворювання	Провести базову соматичну оцінку
2. Ігнорувати раптовий початок психічних симптомів	Часто свідчить про делірій або органічне ураження мозку	Оцінити соматичний та неврологічний стан
3. Не враховувати лікарські препарати	Багато препаратів можуть викликати психічні симптоми	Переглянути медикаментозний анамнез
4. Недооцінювати суїцидальний ризик	Може призвести до небезпечних наслідків	Провести системну оцінку суїцидального ризику

Типова помилка	Чому це проблема	Як діяти правильно
5. Ігнорувати зміни поведінки у літніх пацієнтів	Нові психічні симптоми можуть бути проявом деменції або делірію	Провести когнітивну та соматичну оцінку
6. Розглядати тривогу лише як психічний розлад	Тривога може бути симптомом ендокринних або метаболічних порушень	Виключити соматичні причини
7. Не оцінювати функціонування пацієнта	Важливо розуміти вплив симптомів на повсякденне життя	Оцінити соціальне та професійне функціонування
8. Ігнорувати коморбідність	Психічні розлади часто поєднуються між собою	Оцінити можливі супутні розлади
9. Не залучати сім'ю або близьких	Важлива інформація може залишитися невідомою	За можливості отримати додатковий анамнез
10. Не проводити повторну оцінку стану	Симптоми можуть змінюватися з часом	Проводити динамічне спостереження

ПРАКТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Уникнення цих помилок допомагає підвищити точність клінічної оцінки, своєчасно виявляти небезпечні стани та покращувати результати лікування пацієнтів.

Основи клінічної оцінки пацієнта

Клінічна оцінка пацієнта з психічними симптомами повинна бути системною та структурованою. Лікарю важливо оцінити не лише психічні симптоми, але й загальний стан здоров'я, функціонування та можливі фактори ризику [4, 5].

Комплексна оцінка зазвичай включає клінічне інтерв'ю, оцінку психічного статусу, оцінку функціонування, оцінку ризиків і соматичний огляд [4, 5].

Компонент оцінки психічного статусу	Що оцінюється
Зовнішній вигляд	Гігієна, одяг, контакт
Поведінка	Збудження, загальмованість
Настрій та афект	Знижений, тривожний, підвищений
Мислення	Логічність, темп, марення
Сприйняття	Галюцинації та інші порушення сприйняття
Мова	Швидкість, зв'язність, темп
Когнітивні функції	Увага, пам'ять, орієнтація
Критика та усвідомлення стану	Розуміння симптомів і потреби в допомозі

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Клінічна оцінка повинна бути системною і включати як психічні, так і соматичні аспекти стану пацієнта.

П'ять ключових запитань при оцінці стану пацієнта

Під час первинної консультації лікар може використати короткий набір запитань, які допомагають швидко зорієнтуватися у клінічній ситуації та визначити подальшу тактику ведення пацієнта [5].

Запитання	Мета
1. Що саме вас турбує?	Визначити основні симптоми.
2. Коли почалися ці симптоми?	Оцінити тривалість і розвиток симптомів.
3. Як ці симптоми впливають на ваше повсякденне життя?	Оцінити функціонування.

Запитання	Мета
4. Чи були подібні симптоми раніше?	З'ясувати попередній анамнез.
5. Чи виникали у вас думки про те, щоб нашкодити собі або покінчити з життям?	Оцінити суїцидальний ризик.

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Відкриті запитання допомагають створити атмосферу довіри та отримати повнішу інформацію про стан пацієнта.

Навички ефективної комунікації: як говорити з пацієнтом про психічне здоров'я

Ефективна комунікація є ключовим елементом клінічної допомоги у сфері психічного здоров'я. Підхід, орієнтований на людину, передбачає повагу до досвіду пацієнта, активне слухання та залучення пацієнта до прийняття рішень щодо лікування [4, 8].

Принцип	Практичне застосування
Активне слухання	Уважно слухати пацієнта, не перебивати
Відкрите спілкування	Використовувати відкриті запитання
Емпатія	Визнавати переживання пацієнта
Повага	Уникати осуду або стигматизуючих висловлювань
Спільне прийняття рішень	Обговорювати варіанти допомоги разом із пацієнтом

Мета	Приклад відкритого запитання
Зрозуміти проблему	Розкажіть, будь ласка, що вас зараз найбільше турбує?
Дослідити початок симптомів	Коли ви вперше помітили ці зміни у своєму стані?

Мета	Приклад відкритого запитання
Зрозуміти вплив на життя	Як ці труднощі впливають на ваше повсякденне життя?
Дослідити контекст	Що, на вашу думку, могло сприяти появі цих симптомів?
З'ясувати очікування	Якої допомоги ви очікуєте від цієї консультації?

Невдале формулювання	Краще сформулювати так
«У вас просто стрес?»	Що саме зараз є для вас найбільш складним?
«Чому ви так реагуєте?»	Що, на вашу думку, найбільше впливає на ваш стан?
«Ви ж не думаєте про самогубство?»	Чи виникають у вас думки про те, щоб нашкодити собі?

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Повага до досвіду пацієнта та використання емпатійної комунікації допомагають зменшити стигму та сприяють більш ефективному лікуванню.

«Червоні прапорці» у психічному здоров'ї

Під час оцінки пацієнта з психічними симптомами лікар повинен звертати особливу увагу на ознаки, які можуть свідчити про невідкладний стан або серйозне соматичне чи психічне захворювання. Виявлення цих ознак потребує невідкладної клінічної оцінки, додаткового обстеження або скерування до спеціаліста [4, 5].

Ознака	Чому це важливо	Дії лікаря
Суїцидальні думки або наміри	Високий ризик самоушкодження	Негайна оцінка суїцидального ризику
Нещодавня спроба самогубства	Високий ризик повторної спроби	Невідкладна психіатрична допомога

Ознака	Чому це важливо	Дії лікаря
Раптовий початок психічних симптомів	Може свідчити про делірій або органічне ураження мозку	Провести соматичну оцінку
Порушення свідомості або дезорієнтація	Можливий делірій або неврологічний стан	Негайне медичне обстеження
Галюцинації або марення з гострим початком	Можливий психоз або органічне ураження мозку	Клінічна оцінка та скерування
Судоми або епізоди втрати свідомості	Можливий неврологічний розлад	Оцінка на предмет епілепсії
Новий початок симптомів у літньому віці	Можливі деменція або соматичне захворювання	Провести когнітивну та соматичну оцінку
Виражене збудження або агресивна поведінка	Ризик шкоди для пацієнта або інших	Забезпечити безпеку
Швидке погіршення когнітивних функцій	Можливе органічне ураження мозку	Провести неврологічне обстеження
Тяжке порушення функціонування	Значний вплив на життя пацієнта	Розглянути скерування до спеціаліста

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Наявність одного або кількох «червоних прапорців» потребує більш ретельної клінічної оцінки і може вимагати невідкладної допомоги або консультації спеціаліста.

Розділ III. Алгоритми mhGAP для ведення пріоритетних ПНПР-розладів

Симптом-орієнтований огляд пріоритетних ПНПР-розладів

Пацієнти можуть звертатися з різними скаргами, які не завжди одразу вказують на конкретний психічний розлад. Наведена нижче таблиця допомагає лікарю співвіднести основні симптоми пацієнта з

відповідними модулями Керівництва mhGAP, які слід використати для подальшої оцінки та ведення [5]. Якщо симптоматика не вкладається в жодну з рубрик основних симптомів пацієнтів, то звертаємось до модулю Інші важливі скарги на стан психічного здоров'я.

Основні симптоми пацієнта	Ймовірний стан	Модуль mhGAP
Пригнічений настрій, втрата інтересу, втома	Депресія	DEP
Думки про смерть або самоушкодження	Суїцидальна поведінка	SUI
Галюцинації, марення, виражені зміни поведінки	Психози	PSY
Судоми або епізоди втрати свідомості	Епілепсія	EPI
Порушення пам'яті, дезорієнтація	Деменція	DEM
Тривога, страх, повторне переживання травматичної події	Розлади, пов'язані зі стресом	STR
Проблеми з поведінкою або емоціями у дітей	Психічні та поведінкові розлади у дітей	CHILD
Шкідливе вживання алкоголю або наркотиків	Розлади, пов'язані з уживанням речовин	SUB

КЛІНІЧНА ПОРАДА

У пацієнта можуть одночасно спостерігатися симптоми кількох розладів. У такому разі необхідно провести оцінку кожного з відповідних модулів Керівництва mhGAP.

Як користуватися алгоритмами Керівництва mhGAP

Алгоритми mhGAP призначені для підтримки клінічного рішення лікаря під час оцінки та ведення пацієнтів із ПНПР-розладами у неспеціалізованих умовах [5]. Вони допомагають структуровано оцінити симптоми, визначити можливий розлад та обрати відповідну тактику допомоги.

- Визначте основні симптоми та їхній вплив на повсякденне життя.
- Проведіть базову клінічну оцінку: інтерв'ю, психічний статус, функціонування, ризику.
- Зіставте симптоми з пріоритетними ПНПР-розладами, описаними в керівництві mhGAP.
- Перейдіть до відповідного модуля, де наведено алгоритм оцінки, рекомендації щодо лікування та критерії скерування.
- Оберіть відповідну тактику допомоги: психоосвіта, психосоціальні втручання, медикаментозна терапія, скерування до спеціаліста.

ВАЖЛИВІ ПРИНЦИПИ

Алгоритми не замінюють клінічне мислення лікаря. У пацієнта можуть одночасно бути ознаки кількох розладів. За наявності «червоних прапорців» потрібна невідкладна клінічна оцінка, а за складних випадків — консультація спеціаліста у сфері психічного здоров'я.

Перелік джерел

1. World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. Geneva: WHO; 2022.
2. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 Results. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2020.
3. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020. Geneva: WHO; 2021.
4. World Health Organization, World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: WHO; 2008.
5. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings. Version 2.0. Geneva: WHO; 2016.
6. World Health Organization. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Geneva: WHO; 2005.
7. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2019;394(10194): 240–248.

8. WHO Regional Office for Europe. Planning person-centred mental health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
9. World Health Organization. Organization of services for mental health. Geneva: WHO; 2003.
10. World Health Organization. mhGAP training manual for the mhGAP Intervention Guide. Geneva: WHO; 2017.
11. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):207–214.
12. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic conditions. *Lancet*. 2015;385(9979):1638–1645.
13. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva: WHO; 2021.
14. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129–136.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed, text revision (DSM-5-TR). Washington, DC: APA; 2022.

ДЕПРЕСІЯ

Призначення розділу

Розділ структуровано для лікаря, який має швидко виявити депресію, провести диференційну оцінку, оцінити суїцидальний ризик, розпочати базове ведення за логікою mhGAP і прийняти виважене рішення щодо психологічної та медикаментозної допомоги.

Навігація в розділі

- розпізнавання депресії та оцінка тяжкості;
- диференційна оцінка: соматичні причини, горе, біполярний афективний розлад, вживання психоактивних речовин;
- оцінка суїцидального ризику і клінічні межі безпеки;
- психоосвіта, зниження стресу, активація повсякденної активності;
- психологічні втручання, фармакотерапія, моніторинг і подальший супровід.

1. Актуальність проблеми та український контекст

Депресивний розлад є одним із найпоширеніших психічних розладів у світі та однією з провідних причин тривалого страждання, втрати працездатності й погіршення якості життя. За даними ВООЗ, депресію має близько 4% населення світу, зокрема 5,7% дорослих; вона частіше трапляється у жінок, ніж у чоловіків і може призводити до суїциду [1].

Для України тема депресії має особливу вагу через війну, втрати, вимушене переміщення, хронічний стрес і тривале емоційне виснаження. За даними звіту ВООЗ/Європа, понад 70% дорослого населення України повідомляли про симптоми тривоги, депресії або сильного стресу протягом попереднього року, але лише приблизно одна п'ята зверталася по професійну допомогу [2].

МОЗ України повідомляє, що з 1 січня 2025 року безоплатні послуги з охорони психічного здоров'я мають надавати всі заклади первинної медичної допомоги, які контракуються НСЗУ, а у 2025 році понад 20 тисяч лікарів первинної ланки вже надавали такі послуги [3,4]. Це добре узгоджується з підходом mhGAP, у якому депресія входить до числа пріоритетних станів для виявлення та ведення в неспеціалізованих умовах [5, 6].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Депресія є не лише предметом психіатричної допомоги, а й частим клінічним викликом у практиці медичного працівника первинної ланки. В українському контексті лікареві потрібно бути готовим активно виявляти депресію, а не чекати, поки пацієнт сам назве свій стан.

2. Що таке депресія і чим вона не є

Депресія — це психічний розлад, а не просто короточасний смуток, переважно чи емоційна реакція на труднощі. ВООЗ визначає депресивний епізод як стан, для якого характерні пригнічений настрій та/або втрата інтересу чи задоволення більшу частину дня майже щодня щонайменше протягом двох тижнів [1].

Саме стійкість симптомів, їхня вираженість і вплив на повсякденне функціонування відрізняють депресію від звичайних коливань настрою [1, 5]. У клінічній практиці це означає, що лікар має оцінювати не лише «як людина почувається», а й те, чи може вона жити звичним життям, працювати, навчатися, доглядати за собою і підтримувати стосунки.

Депресія — це не лише «сум». Вона може проявлятися втому, безсонням, тривогою, дратівливістю, безнадійністю, труднощами концентрації, тілесними скаргами та втратою інтересу до того, що раніше було важливим, цікавим або приємним [1, 10].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Найпоширеніша помилка — звести депресію до настрою. Насправді це розлад, який охоплює емоції, мислення, тіло й повсякденне функціонування.

3. Основні симптоми і оцінка тяжкості

Для первинної логіки mhGAP ключовими є два центральні симптоми: пригнічений настрій і втрата інтересу або задоволення від звичних занять [5, 10]. До інших типових симптомів належать порушення сну, зміни апетиту або маси тіла, виражена втома, труднощі концентрації, нерішучість, почуття нікчемності або провини, безнадійність, думки про смерть або самогубство [1, 5].

NICE фактично групує епізоди на менш тяжку і більш тяжку депресію; до другої категорії належать помірні й тяжкі стани [7]. Для

клінічної практики це корисно, бо допомагає зосередитися не лише на кількості симптомів, а й на реальному рівні страждання, функціонального зниження та ризиків.

Якщо симптоми вже не просто засмучують, а руйнують роботу, навчання, сімейне життя, самообслуговування, супроводжуються безнадійністю або суїцидальними думками, це не «легкий стан», а клінічно значуща депресія, яка потребує повноцінного плану допомоги [1, 7].

Центральні симптоми: пригнічений настрій; втрата інтересу або задоволення.

Додаткові симптоми: порушення сну; зміни апетиту або ваги; втома; труднощі концентрації; почуття провини; безнадійність; думки про смерть або суїцид.

Тяжкість визначається не лише симптомами, а й рівнем порушення функціонування.

4. Депресія під маскою соматичних скарг

У реальній практиці депресія часто приходить не зі скаргою на настрій, а під виглядом виснаження, безсоння, головного болю, «розбитості», болю в тілі, поганого апетиту або постійного поганого самопочуття. У матеріалах mhGAP підкреслюється, що для депресії типові низький рівень енергії, проблеми зі сном, тривога та множинні стійкі фізичні скарги без чіткого пояснення [5, 10].

Це одна з найважливіших клінічних пасток. Якщо лікар обмежується лише соматичним пошуком, депресія може залишатися невидимою. Саме тому при повторних зверненнях із втомою, безсонням, нечіткими тілесними скаргами та поступовим зниженням функціонування депресію потрібно не виключати, а навпаки — активно шукати [5, 10].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Якщо перед вами пацієнт із повторними соматичними зверненнями, до яких приєдналися втома, безсоння і соціальне або професійне «випадіння», депресія входить до числа найбільш імовірних пояснень.

5. Що потрібно виключити перед тим, як поставити депресію

Оцінка депресії не завершується переліком симптомів. У матеріалах mhGAP прямо зазначено, що перед постановкою діагнозу потріб-

но враховувати фізичні стани, які можуть імітувати депресію, зокрема анемію, недостатнє харчування та гіпотиреоз [10]. Це особливо важливо, якщо в клінічній картині домінують втома, сповільнення, труднощі концентрації, зміна ваги, закреп або інші неспецифічні соматичні симптоми [10, 11].

Окремої уваги потребують ліки як можлива причина депресивно-подібної симптоматики. Перед тим як трактувати стан як первинну депресію, лікар повинен переглянути медикаментозний анамнез: коли з'явилися симптоми, чи не почав пацієнт новий препарат, чи не змінилася доза, чи немає відомих психотропних побічних ефектів [10]. Особливо важливо пам'ятати про системні кортикостероїди, які можуть бути пов'язані з депресією, суїцидальними думками, лабільністю настрою та психотичними реакціями [12].

Третьою великою групою є розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин. mhGAP рекомендує обов'язково оцінювати наявність вживання психоактивних речовин: алкоголь, канабіс, стимулятори, бензодіазепіни та інші речовини, оскільки депресивні симптоми можуть бути пов'язані з інтоксикацією, відміною або змішаною картиною [5, 10].

- Фізичні причини: гіпотиреоз, анемія, недостатнє харчування, інші соматичні стани.
- Ліки: особливо системні кортикостероїди.
- Речовини: алкоголь, канабіс, стимулятори, бензодіазепіни та інші психоактивні речовини.
- Контекст: значна втрата, гострий стрес, недавні зміни в житті.

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Клінічна оцінка депресії не є завершеною, якщо лікар не перевірив соматичні причини, медикаменти, речовини і контекст значної втрати.

6. Горе чи депресія

Горе є нормальною людською реакцією на втрату і не повинно автоматично трактуватися як психічний розлад. У навчальних матеріалах mhGAP рекомендується окремо уточнювати, чи була значна втрата протягом останніх 6 місяців, оскільки нормальна реакція горя може пояснювати частину симптомів, схожих на депресію [10].

Водночас наявність втрати не означає, що депресію можна автоматично виключити. Якщо симптоми стають стійкими, супроводжуються вираженою безнадійністю, почуттям нікчемності, суїцидальними думками або істотно руйнують повсякденне функціонування, лікар повинен думати не лише про горювання, а й про депресивний епізод [1, 10, 13].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Не кожне горе є депресією, але й наявність значної втрати протягом останніх 6 місяців не виключає можливість депресії. Важливо підтримати людину і водночас уважно оцінити, чи не перейшов стан у клінічно значущий розлад.

7. Як не пропустити біполярний афективний розлад перед призначенням антидепресанту

Перед початком терапії антидепресантами лікар повинен перевірити, чи не є депресивний епізод частиною біполярного афективного розладу. Для цього потрібно прямо запитувати про попередні періоди, пов'язані зі значно підвищеним рівнем енергії, зменшеною потребою у сні, надмірною балакучістю, імпульсивністю, ризикованою поведінкою та нетипово високою активністю [8, 14].

Тут важливо чітко розрізняти підходи mhGAP і NICE. У mhGAP для маніакального епізоду орієнтиром є симптоми, що тривають щонайменше 1 тиждень [5]. Натомість NICE рекомендує в первинній ланці: якщо дорослий пацієнт із депресією мав періоди надмірної активності або розгальмованої поведінки, що тривали 4 дні або більше, це вже є підставою запідозрити біполярний афективний розлад і розглянути направлення на спеціалізовану психіатричну оцінку [8].

Помилка на цьому етапі може повести лікаря по хибній траєкторії лікування. Саме тому перед призначенням антидепресанту потрібно не «пригадувати між іншим», а системно уточнювати анамнез манії або гіпоманії [5,8,14].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Практичне правило: mhGAP дає орієнтир ≥ 7 днів для маніакального епізоду, а NICE — ≥ 4 днів як важливий сигнал для виявлення біполярного афективного розладу на первинному рівні.

8. Коли запідозрити депресію: алгоритм mhGAP

У підході mhGAP оцінка депресії починається з простого клінічного запитання: чи є підстави думати про депресію, і чи підтверджується це базовим алгоритмом оцінки [5]. Депресію слід активно підозрювати, якщо симптоми тривають щонайменше 2 тижні, є пригнічений настрій та/або втрата інтересу чи задоволення, а також помітне зниження повсякденного функціонування [1, 5].

Після первинної підозри лікар має перевірити два центральні симптоми, уточнити додаткові симптоми, оцінити тяжкість і функціонування, а також не пропустити суїцидальний ризик, психотичні симптоми, анамнез манії, втрату, речовини, ліки та соматичні стани [5,10]. NICE для первинного виявлення також рекомендує ставити два короткі запитання: чи турбували людину пригнічений настрій або безнадійність і чи була втрата інтересу або задоволення [7].

- Підозра на депресію: симптоми ≥ 2 тижнів.
- Є хоча б ключові симптоми: пригнічений настрій та втрата інтересу.
- Оцінюється тяжкість, повсякденне функціонування і ризику.
- Одразу перевіряються альтернативні пояснення стану.

9. Оцінка суїцидального ризику при депресії

При депресії про суїцид потрібно питати завжди і прямо. І mhGAP, і NICE вимагають, щоб лікар не чекав спонтанної розповіді пацієнта, а безпосередньо з'ясував наявність думок про смерть або самогубство, намірів, планів, доступу до засобів і попередніх спроб [5, 9, 15].

У навчальному матеріалі mhGAP щодо самоушкодження та суїциду пропонується уточнювати: що саме людина думала зробити, коли, де, чи має доступ до засобів і чи були попередні спроби [15]. Після цього важливо оцінити захисні чинники: що утримує людину від дії, хто може підтримати, що допомагало раніше, чи готова людина сказати близьким або звернутися по допомогу при посиленні думок [15].

NICE окремо застерігає не покладатися лише на шкали ризику; оцінка має бути клінічною, індивідуальною і контекстуальною [9]. Якщо є активний намір, конкретний план, доступ до засобів, нещодавня спроба, тяжка ажитація, психотичні симптоми або неможливість безпечно вести пацієнта амбулаторно, потрібне термінове скерування до спеціалізованої допомоги [7, 9].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Найнебезпечніша помилка — не поставити пряме запитання про суїцид. У клінічній практиці пряме, спокійне і структуроване запитання є частиною стандартної допомоги.

Блок 2. Ведення і психосоціальна допомога

10. Ведення депресії: загальна логіка mhGAP

Після клінічної оцінки ведення депресії згідно Керівництва mhGAP будується не навколо одного втручання, а навколо кількох базових компонентів, які поєднуються в індивідуальний план допомоги. До них належать психоосвіта, зниження стресу і посилення соціальної підтримки, сприяння функціонуванню в щоденній діяльності та житті громади, а за показаннями — психологічні та фармакологічні втручання [5, 10].

Це означає, що лікування депресії не починається і не закінчується рецептом. Лікар має не лише звернути увагу на зменшення симптомів, а й допомогти людині повернути відчуття зрозумілості стану, безпеки, підтримки, сприяти участі в повсякденному житті та, по можливості, скерувати до надавачів психологічної допомоги [5, 10].

11. Психоосвіта і що говорити пацієнту

Психоосвіта є базовою складовою ведення депресії. У Керівництві mhGAP рекомендується пояснювати людині і, за її згодою, близьким, що депресія — це реальний і такий, що піддається лікуванню, стан; роз'яснювати симптоми, можливий перебіг, роль стресу, ізоляції та втрати повсякденної активності, а також детально пояснювати доступні варіанти допомоги [10]. NICE додатково підкреслює важливість довіри, безперервності допомоги, поваги до вибору пацієнта і спільного прийняття рішень [7].

ЩО ГОВОРИТИ ПАЦІЄНТУ

Те, що з вами відбувається, схоже на депресію. Це не означає, що ви слабка людина. Це стан, який ми можемо лікувати.

Депресія часто впливає не лише на настрій, а й на сон, енергію, тіло, увагу і здатність жити звичним життям.

Ми не будемо зводити допомогу лише до таблеток. План лікування може включати підтримку, роботу зі стресом, повернення щоденної активності, психологічні методи і, за потреби, ліки.

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

До цього розділу доречно додати посилання або QR-код на відео «Чорний пес: як виглядає депресія», яке допомагає пацієнтові й родині зрозуміти стан без стигми [16].

12. Зниження стресу і посилення повсякденної активності

У mhGAP зниження стресу і посилення соціальної підтримки входять до базового ведення депресії для всіх пацієнтів [10]. Для лікаря це означає не загальну пораду «менше нервувати», а коротку спільну роботу з пацієнтом: виявити поточні психосоціальні стресори, визначити, на що реально можна вплинути вже зараз, допомогти посилити опору на близьких, друзів, громаду та доступні служби, а також підтримати способи самодопомоги, які вже раніше допомагали людині [10].

Не менш важливо поступово відновлювати повсякденну активність. Коли людина в депресії перестає робити навіть те, що раніше її трохи підтримувало, стан може ще більше погіршуватися [10]. Тому лікар має пояснити, що важливо не чекати, поки «з'являться сили», а дуже поступово повернути структуру дня й базову активність.

- Вставати у визначений час.
- Регулярно їсти.
- Щодня виконувати одну просту побутову справу.
- Виходити на коротку прогулянку або трохи рухатися.
- Підтримувати один безпечний соціальний контакт.
- Планувати одну маленьку приємну або значущу дію.

ПРАКТИЧНА ПРИМІТКА

Як додатковий ресурс доцільно використати посібник ВООЗ «Doing What Matters in Times of Stress», який навчає простих навичок самодопомоги [17].

13. Психологічні втручання при депресії

Структуровані психологічні втручання є одним із центральних методів лікування депресії. ВООЗ у межах mhGAP рекомендує для дорослих із помірною та тяжкою депресією поведінкову активацію, когнітивно-поведінкову терапію, міжособистісну психотерапію, те-

рапію розв'язання проблем, короткострокову психодинамічну терапію та деякі підходи так званої «третьої хвили» [6, 18].

NICE при менш тяжкій депресії рекомендує починати з найменш інвазивних і найменш ресурсомістких підходів, насамперед із керованої самопомоги на основі когнітивно-поведінкового підходу, поведінкової активації, психоосвіти або розв'язання проблем [7]. При більш тяжкій депресії NICE розглядає як першу лінію кілька повноцінних варіантів лікування, і серед них найвище у переліку стоїть поєднання індивідуальної когнітивно-поведінкової терапії з антидепресантом [7].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Психологічні втручання при депресії — це не «додаткова опція», а доказове лікування. Саме вони часто формують основу допомоги, а медикаменти вбудовуються в ширший план.

Блок 3. Фармакотерапія і моніторинг

14. Коли антидепресант показаний, а коли ні

Антидепресант не є автоматичною відповіддю на будь-які депресивні скарги. ВООЗ рекомендує розглядати антидепресанти у дорослих з помірною або тяжкою депресією; при легкому депресивному епізоді антидепресанти не слід розглядати як початкове лікування [12].

NICE так само чітко формулює межу: при менш тяжкій депресії антидепресанти не слід рутинно пропонувати як першу лінію; їх пропонують лише тоді, коли це поінформований вибір самого пацієнта [7].

Окремо слід зупинитися і не призначати антидепресант автоматично, якщо є підозра на біполярний афективний розлад, нещодавня значна втрата або відсутнє клінічно значуще функціональне зниження [7, 8, 12].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Антидепресант показаний не «при будь-якій депресії», а насамперед при помірній і тяжкій депресії — після клінічної оцінки і в межах ширшого плану лікування.

15. Як обрати антидепресант першої лінії

У більшості дорослих, коли антидепресант справді показаний і немає спеціальних обмежень, практичним стартовим класом найчастіше є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну. ВООЗ у 2023 році прямо перелічує циталопрам, есциталопрам, флуоксетин, флувоксамін, пароксетин і сертралін як препарати, які можна розглядати при помірній і тяжкій депресії [12].

Остаточний вибір препарату має враховувати суїцидальний ризик, безпеку при передозуванні, супутні соматичні й психічні стани, лікарські взаємодії, попередню відповідь на лікування та ті небажані ефекти, яких пацієнт особливо хоче уникнути, зокрема збільшення маси тіла, седацію та сексуальну дисфункцію [7].

Саме так лікар переходить від абстрактного «який антидепресант призначити» до клінічно точного питання: який препарат у цій ситуації буде найбільш доречним саме для цієї людини [4, 7, 20].

16. Таблиця препаратів: як обрати антидепресант, з яких доз починати і на що звертати увагу

Нижче подано практичну таблицю вибору антидепресанту. Вона не замінює BNF, локальний формуляр або інструкцію до препарату, але дає швидкий орієнтир щодо стартових доз, робочих діапазонів, основних побічних дій і клінічних акцентів [4, 6, 7, 12, 20].

ПРАКТИЧНА ПРИМІТКА

Наведені дози стосуються типового дорослого пацієнта. У літніх пацієнтів, при вагітності, соматичній коморбідності, ризику взаємодій, суїцидальному ризику або підозрі на біполярний афективний розлад вибір препарату й титрація потребують окремої клінічної оцінки [7, 12, 20].

Препарат	Клас / місце в настановах	Початкова доза, мг/добу	Робоча доза, мг/добу	Основні побічні дії	Практичний акцент
Сертралін	СІЗЗС; один із рекомендованих ВООЗ варіантів	50	50–200	Нудота, діарея, головний біль, тремор, безсоння або сонливість, пітливість, сексуальні порушення	Один із найручніших стартових варіантів у первинній ланці
Есциталопрам	СІЗЗС; один із рекомендованих ВООЗ варіантів	10	5–20	Нудота, головний біль, сухість у роті, безсоння, пітливість, сексуальні порушення	Обережність при ризику подовження інтервалу QT
Циталопрам	СІЗЗС; один із рекомендованих ВООЗ варіантів	10 (7 днів)	20–40	Сухість у роті, пітливість, слабкість, нервозність, сонливість або безсоння, сексуальні порушення	Обережність при ризику подовження інтервалу QT
Флуоксетин	СІЗЗС; один із рекомендованих ВООЗ варіантів	20	20–60	Нудота, головний біль, безсоння, тривога / активність на старті, сексуальні порушення	Довший період напіввиведення; це важливо при припиненні лікування
Пароксетин	СІЗЗС; один із рекомендованих ВООЗ варіантів	20	20–40	Нудота, сонливість, пітливість, головний біль, сексуальні порушення, збільшення маси тіла	Частіше, ніж інші СІЗЗС, пов'язаний із симптоматичними відмінами

Препарат	Клас / місце в настановах	Початкова доза, мг/добу	Робоча доза, мг/добу	Основні побічні дії	Практичний акцент
Флувоксамін	СІЗС; один із рекомендованих ВООЗ варіантів	50, частіше увечері	100–300	Нудота, головний біль, сонливість або безсоння, шлунково-кишкові симптоми, сексуальні порушення	Потребує уважності до взаємодій
Міртазапін	Доказовий антидепресант із переліку NICE / BNF	15–30 мг на ніч	30–45	Сонливість / седація, сухість у роті, підвищення апетиту, збільшення маси тіла, запаморочення	Особливо корисний, якщо домінують безсоння, поганий апетит, схуднення
Міансерин	Тетрациклічний антидепресант; не входить до базового переліку ВООЗ 2023	30, увечері або на ніч	30–90	Сонливість / седація, сухість у роті, закріп, запаморочення, ортостатична гіпотензія, збільшення маси тіла; рідко — агранулоцитоз	Седативний варіант, а не стандартний стартовий препарат
Венлафаксин	Інгібітор зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну	37,5 7 днів, потім 75	75–225	Нудота, головний біль, пітливість, сухість у роті, запаморочення, тривога, виражені симптоми відміни	Потрібно контролювати артеріальний тиск

Препарат	Клас / місце в настановах	Початкова доза, мг/добу	Робоча доза, мг/добу	Основні побічні дії	Практичний акцент
Дулоксетин	Інгібітор зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну	60	60–120	Нудота, сухість у роті, закріп, головний біль, запаморочення, сонливість або безсоння, симптоми відміни	Варіант іншого класу, якщо СИЗС не підходить
Вортіоксетин	Подальший варіант; NICE рекомендує після 2 неділях антидепресантів	10	5–20	Нудота, блювання, закріп або діарея, запаморочення, іноді незвичні сновидіння	Краще розглядати як подальший, а не стартовий варіант
Тразодон	Доказовий антидепресант, але не типовий стартовий варіант для первинної ланки	150	150–300	Сонливість, втома, запаморочення, сухість у роті, ортостатичні явища	Розглядається не як стартовий, а як подальший варіант
Амітриптілін	Трициклічний антидепресант; ВООЗ залишає серед можливих варіантів	10–25	100–150	Сонливість, сухість у роті, закріп, ортостатична гіпотензія, затримка сечі, запаморочення	Не найкращий стартовий препарат для первинної ланки; небезпечний при передозуванні

17. Як починати антидепресант і що сказати пацієнту перед стартом

Початок терапії антидепресантами має бути не просто виписуванням препарату, а структурованим клінічним рішенням. Пацієнтові потрібно пояснити, чому саме зараз пропонується медикаментозне лікування, як препарат починати, коли чекати ефекту, які ранні небажані явища можливі і коли буде перший контроль [6, 7].

До старту лікування потрібно попередити, що на початку можуть тимчасово посилитися тривога, внутрішнє напруження або неспокій, а в окремих випадках — суїцидальні думки; якщо це трапляється, потрібен швидкий повторний контакт [7]. Особливо важливо це проговорити молодим дорослим і пацієнтам із підвищеним ризиком суїциду.

Ще один критично важливий пункт — заздалегідь сказати, що препарат не можна різко припиняти самостійно. Перший перегляд після старту зазвичай потрібен протягом 2 тижнів, а якщо пацієнтові 18–25 років або є підвищене занепокоєння щодо суїцидального ризику — через 1 тиждень [7, 20].

ЩО ГОВОРИТИ ПАЦІЄНТУ

Ефект антидепресанту зазвичай не відчувається одразу. Якщо препарат підходить, перші зміни ми очікуємо приблизно протягом 4 тижнів.

На початку лікування інколи тимчасово посилюються тривога, внутрішнє напруження або неспокій. Якщо це станеться, або якщо з'являться думки про самоушкодження чи самогубство, треба звернутися негайно.

Препарат не можна різко припиняти самостійно. Якщо буде потреба його скасувати, ми робитимемо це поступово.

18. Моніторинг, побічні ефекти і коли змінювати тактику

Після початку антидепресанту лікування потрібно регулярно переглядати. І NICE, і mhGAP підкреслюють, що під час повторних контактів слід оцінювати прихильність до лікування, зміну симптомів, побічні ефекти, безпеку і повсякденне функціонування [6, 7]. На початку лікування пацієнтів слід переглядати часто: кожні 1–2 тижні, а NICE рекомендує зазвичай у межах 2–4 тижнів залежно від ризику і клінічної ситуації [7, 20].

Антидепресант не слід визнавати неефективним занадто рано. ВООЗ зазначає, що препарат зазвичай оцінюють у терапевтичній дозі після 4–6 тижнів [6]. Якщо відповіді немає, NICE радить спочатку не поспішати зі зміною таблетки, а перевірити: чи правильний діагноз, чи немає коморбідних станів, психосоціальних чинників або проблем із дотриманням лікування [7].

Після покращення лікування не слід припиняти надто рано. ВООЗ і NICE рекомендують зазвичай продовжувати антидепресант щонайменше 6 місяців після ремісії, щоб зменшити ризик рецидиву [7, 13].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Правильний моніторинг — це послідовність: переносимість → прихильність → рання відповідь → адекватна тривалість проби → корекція тактики або скерування.

19. Ключові помилки лікаря при призначенні антидепресантів

Найчастіша помилка — призначати антидепресант автоматично всім пацієнтам із депресивними скаргами, не розрізняючи тяжкість стану. І ВООЗ, і NICE чітко вказують, що антидепресанти не є рутинним першим кроком при менш тяжкій депресії [7, 12]. Ще одна велика помилка — не перевірити наявність симптомів біполярного афективного розладу перед стартом лікування [7, 8].

Не менш небезпечно — це не оцінити суїцидальний ризик, не врахувати безпеку препарату при передозуванні, не пояснити пацієнту, коли чекати ефекту, не попередити про можливі ранні небажані явища та симптоми відміни, а також не забезпечити ранній перегляд після старту лікування [7, 9, 20].

Саме ці помилки найчастіше призводять не лише до неефективності, а й до втрати довіри, передчасного припинення лікування та погіршення стану [7].

- Призначення антидепресанту при менш тяжкій депресії як автоматичного першого кроку.
- Невиключений біполярний афективний розлад.
- Неоцінений суїцидальний ризик.
- Вибір препарату без урахування безпеки при передозуванні та коморбідності.

- Відсутність пояснення щодо очікуваного ефекту, побічних дій і відміни.
- Відсутність раннього контролю після старту лікування.

Блок 4. Практичне застосування

20. Клінічний випадок

Жінка 36 років звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на втому, безсоння, плаксивість, втрату інтересу до звичних справ, зниження працездатності, труднощі концентрації та відчуття провини. Симптоми тривають 6 тижнів. Вона каже: «Я ніби вимкнулася, у мене зовсім немає сил, енергія на нулі, не можу ні на чому сконцентруватися, тому не можу працювати. Мені взагалі нічого не хочеться» [10].

За алгоритмом mhGAP у цієї пацієнтки є два центральні симптоми — пригнічений настрій і втрата інтересу, симптоми тривають понад 2 тижні, є кілька додаткових ознак і вже помітно порушене функціонування [5, 10]. Уточнювальна оцінка не виявляє ознак манії або гіпоманії, значної недавньої втрати, системних стероїдів, психоактивних речовин чи очевидної альтернативної причини.

У пацієнтки є пасивні суїцидальні думки, але вона заперечує намір і план; як захисний чинник називає дітей і погоджується сказати чоловікові про свій стан. План ведення включає психоосвіту, зниження стресу, залучення підтримки чоловіка, повернення мінімальної повсякденної активності, пропозицію структурованого психологічного втручання та, за спільним рішенням, розгляд СІЗЗС як частини ширшого плану лікування [7, 9, 10, 18].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Навчальна цінність цього випадку в тому, що він показує повну логіку роботи лікаря: розпізнати депресію, провести диференційну оцінку, оцінити суїцидальний ризик, почати базове ведення і лише після цього переходити до фармакотерапії.

21. Подальший супровід пацієнта з депресією

Подальший супровід при депресії потрібен не менше, ніж початкова оцінка. У логіці mhGAP і NICE лікування слід регулярно переглядати, приділяючи особливу увагу прихильності до лікування, змі-

нам симптомів, побічним ефектам, суїцидальному ризику та функціонуванню [6, 7].

На кожному повторному контакті доцільно оцінювати динаміку основних симптомів депресії, сон, апетит, енергію, рівень повсякденного функціонування, суїцидальні думки, прихильність до лікування, побічні ефекти, поточні стресори, соціальну підтримку та виконання домовленостей щодо активності й психологічної допомоги [6, 7].

Після ремісії лікування не слід припиняти передчасно: антидепресант зазвичай продовжують щонайменше 6 місяців [7, 13]. Якщо симптоми не зменшуються, посилюються суїцидальні думки або виникають психотичні симптоми чи ознаки біполярного афективного розладу, тактику потрібно переглянути раніше і задіяти скерування до психіатра.

22. Швидкий алгоритм ведення пацієнта з депресією

Підозрюйте депресію, якщо симптоми тривають щонайменше 2 тижні, є пригнічений настрій та/або втрата інтересу і вже помітне функціональне зниження [1, 5]. Спочатку виключіть біполярний спектр, значну втрату, психоактивні речовини, соматичні та медикаментозні причини [5, 8, 10]. Потім оцініть суїцидальний ризик прямими запитаннями [9, 15].

Для всіх пацієнтів почніть психоосвіту, роботу зі стресом, соціальну підтримку і повернення щоденної активності [10]. При менш тяжкій депресії не поспішайте з антидепресантом [7]. При помірній і тяжкій депресії додайте структуроване психологічне втручання і, за показаннями, антидепресант [6, 7, 18]. Якщо антидепресант призначено — поясніть правила прийому, домовтеся про ранній контроль і регулярно переглядайте відповідь, побічні ефекти, прихильність та безпеку [7, 20].

ШВИДКА СХЕМА ДЛЯ ЛІКАРЯ

Запідозрити → оцінити тяжкість і ризику → виключити біполярний спектр, втрату, речовини, соматичні та медикаментозні причини → почати психоосвіту, зниження стресу і активацію → додати психологічне втручання → за показаннями розглянути антидепресант → регулярно переглядати.

23. Ключові повідомлення для лікаря

- Депресію потрібно активно виявляти, а не чекати, поки пацієнт сам її назве [1, 10].
- Діагноз спирається на тривалість симптомів, ключові симптоми й функціональне зниження [5].
- Перед лікуванням потрібно виключити біполярний афективний розлад, значну втрату, вживання психоактивних речовин, соматичні та медикаментозні причини [8, 10–12].
- Про суїцид потрібно питати прямо [9, 15].
- Базове ведення починається не з таблетки, а з психоосвіти, роботи зі стресом, підтримки та повернення активності [10].
- При менш тяжкій депресії антидепресант не є рутинним першим кроком [7,12].
- При помірній і тяжкій депресії лікування має бути повноцінним, структурованим і поетапним [6, 7, 18].
- Після ремісії лікування не слід припиняти надто рано [7, 13].

24. Односторінковий клінічний підсумок

ШВИДКА СХЕМА ДЛЯ ЛІКАРЯ

Підозрюйте депресію, якщо є щонайменше 2 тижні пригніченого настрою та/або втрати інтересу плюс функціональне зниження [1, 5].

Пам'ятайте, що депресія часто приходить через втому, безсоння, тілесні скарги й зниження працездатності, а не лише через прямі скарги на смуток [1, 10].

Виключіть біполярний спектр, значну втрату, психоактивні речовини, соматичні й медикаментозні причини [8, 10–12].

Оцініть суїцидальний ризик прямими запитаннями [9, 15].

Почніть психоосвіту, зниження стресу, соціальну підтримку і повернення щоденної активності [10].

Додайте структуроване психологічне втручання; антидепресант розглядайте насамперед при помірній і тяжкій депресії [6, 7, 12, 18].

Поясніть, що ефект антидепресанту не миттєвий, ранні небажані явища можливі, а препарат не можна різко припиняти [7, 20].

Регулярно переглядайте лікування, а після ремісії не припиняйте його передчасно [7, 13].

Перелік джерел

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. Geneva: WHO; 2025 Aug 29 [cited 2026 Mar 22].
2. World Health Organization Regional Office for Europe. Health needs assessment of the adult population in Ukraine [Internet]. Copenhagen: WHO/Europe; 2025 [cited 2026 Mar 22].
3. Міністерство охорони здоров'я України. Послуги з охорони психічного здоров'я на «первинці»: що зміниться у 2025 році [Интернет]. Київ: МОЗ України; 2024 [цит. 2026 Бер 22].
4. Міністерство охорони здоров'я України. Понад 20 тисяч лікарів первинної ланки надають в Україні послуги з охорони психічного здоров'я [Интернет]. Київ: МОЗ України; 2025 [цит. 2026 Бер 22].
5. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2026 Mar 22].
6. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. 3rd ed [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Mar 22].
7. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management (NG222) [Internet]. London: NICE; 2022 Jun 29 [reviewed 2026 Jan 30; cited 2026 Mar 22].
8. National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: assessment and management (CG185) [Internet]. London: NICE; updated 2025 [cited 2026 Mar 22].
9. National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NG225) [Internet]. London: NICE; 2022 [cited 2026 Mar 22].
10. World Health Organization. mhGAP training manual for the mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Module: Depression [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2026 Mar 22].
11. NHS. Underactive thyroid (hypothyroidism) [Internet]. NHS; reviewed 2025 [cited 2026 Mar 22].
12. World Health Organization. Antidepressants (tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors) in treatment of adults with depressive episode/disorder [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Mar 22].
13. World Health Organization. Duration of antidepressant treatment [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Mar 22].

14. World Health Organization. Bipolar disorder [Internet]. Geneva: WHO; 2025 Sep 8 [cited 2026 Mar 22].
15. World Health Organization. mhGAP training manual: self-harm/suicide supporting material [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2026 Mar 22].
16. World Health Organization Regional Office for Africa. Video “I had a black dog: his name was depression” [Internet]. WHO AFRO [cited 2026 Mar 22].
17. World Health Organization. Doing What Matters in Times of Stress: An illustrated guide [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2026 Mar 22].
18. World Health Organization. Brief, structured psychological treatment [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Mar 22].
19. World Health Organization. Antidepressant medication in comparison with psychological treatment for moderate-severe depressive disorder [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Mar 22].
20. British National Formulary. Antidepressant drugs: treatment summary [Internet]. London: NICE; 2026 [cited 2026 Mar 22].
21. British National Formulary. Sertraline [Internet]. London: NICE; 2026 [cited 2026 Mar 22].
22. British National Formulary. Escitalopram [Internet]. London: NICE; 2026 [cited 2026 Mar 22].
23. British National Formulary. Citalopram [Internet]. London: NICE; 2026 [cited 2026 Mar 22].
24. British National Formulary. Fluoxetine [Internet]. London: NICE; 2026 [cited 2026 Mar 22].
25. British National Formulary. Paroxetine [Internet]. London: NICE; 2026 [cited 2026 Mar 22].
26. British National Formulary. Fluvoxamine maleate [Internet]. London: NICE; 2026 [cited 2026 Mar 22].
27. British National Formulary. Mirtazapine [Internet]. London: NICE; 2026 [cited 2026 Mar 22].
28. Mianserin 30 mg film-coated tablets. Summary of Product Characteristics [Internet]. Electronic Medicines Compendium [cited 2026 Mar 22].
29. British National Formulary. Venlafaxine [Internet]. London: NICE; 2026 [cited 2026 Mar 22].
30. British National Formulary. Duloxetine [Internet]. London: NICE; 2026 [cited 2026 Mar 22].

31. British National Formulary. Vortioxetine [Internet]. London: NICE; 2026 [cited 2026 Mar 22].
32. National Institute for Health and Care Excellence. Vortioxetine for treating major depressive episodes (TA367) [Internet]. London: NICE; 2015 [reviewed 2018; cited 2026 Mar 22].
33. British National Formulary. Trazodone hydrochloride [Internet]. London: NICE; 2026 [cited 2026 Mar 22].
34. British National Formulary. Amitriptyline hydrochloride [Internet]. London: NICE; 2026 [cited 2026 Mar 22].
35. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 5th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.

САМОУШКОДЖЕННЯ ТА СУЇЦИДИ

1. Актуальність проблеми

Самоушкодження та суїцид є одними з найсерйозніших викликів для систем охорони здоров'я у світі. Суїцид є значною причиною передчасної смертності та втрати років життя, а також має тяжкі соціальні, психологічні та економічні наслідки для родин і суспільства.

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, щороку понад 700 000 людей помирають внаслідок суїциду. Це означає, що приблизно кожні 40 секунд у світі відбувається одна смерть внаслідок суїциду [1]. Суїцид входить до п'яти провідних причин смерті серед осіб віком 15–29 років [1].

Важливо розуміти, що кількість спроб самоушкодження значно перевищує кількість завершених суїцидів. Самоушкодження є важливим фактором ризику подальшого суїциду і часто супроводжується тяжкими психосоціальними наслідками.

Важливим є також те, що багато людей, які здійснили суїцид, контактували з медичними працівниками незадовго до смерті. Дослідження показують, що приблизно 77 % людей контактували з лікарем протягом року перед смертю, близько 45 % — протягом останнього місяця і близько 20 % — протягом останнього тижня [2].

Для лікаря первинної медичної допомоги це має пряме практичне значення: пацієнти із суїцидальними думками часто звертаються не зі скаргами на психічний стан, а через безсоння, тривогу, соматичні скарги, хронічний біль, втому або зниження працездатності.

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Рання ідентифікація суїцидального ризику, емпатійна комунікація та своєчасна організація підтримки можуть відігравати вирішальну роль у запобіганні суїциду.

2. Глобальна статистика суїциду та контекст України

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2019 році приблизно 703 000 людей померли внаслідок суїциду у світі, а глобальний стандартизований за віком рівень самогубств становив приблизно 9,0 на 100 000 населення [3]. У багатьох країнах суїцид залишається однією з провідних причин передчасної смертності серед молоді.

Рівні суїциду відрізняються за статтю: чоловіки помирають унаслідок суїциду значно частіше, тимчасом як жінки частіше повідомляють про суїцидальні думки та здійснюють спроби самоушкодження [3]. Самоушкодження є одним із найважливіших предикторів подальшого суїциду [1].

Для України проблема також є вкрай актуальною. За даними державної статистики, щороку тисячі людей помирають унаслідок самогубства. Важливими факторами ризику залишаються соціально-економічні труднощі, вплив війни, поширеність психічних розладів, зловживання алкоголем та обмежений доступ до спеціалізованої допомоги в окремих регіонах [3, 4].

ПРАКТИЧНИЙ ВИСНОВОК

Для системи охорони здоров'я України особливо важливою є роль лікарів первинної медичної допомоги, які часто є першими фахівцями, до яких звертається людина у стані психологічної кризи.

3. Типи суїцидальної поведінки

Суїцидальна поведінка охоплює спектр станів і дій, пов'язаних із думками про смерть, наміром заподіяти собі шкоду або фактичним самоушкодженням. Розуміння різних форм суїцидальної поведінки є важливим для правильної клінічної оцінки ризику та визначення необхідної допомоги.

У клінічній практиці важливо розрізняти пасивні та активні суїцидальні думки. Пасивні суїцидальні думки включають бажання померти без активного наміру заподіяти собі шкоду, наприклад бажання заснути і не прокинутися. Активні суїцидальні думки передбачають наявність наміру або роздумів про можливість заподіяти собі шкоду, пошук способів або планування конкретних дій.

Самоушкодження без наміру померти також потребує ретельної клінічної уваги, оскільки воно суттєво підвищує ризик подальших суїцидальних спроб.

Форма	Опис
Суїцидальні думки	Думки про смерть або бажання померти. Можуть варіювати від пасивних бажань до активних думок про самогубство

Форма	Опис
Планування суїциду	Наявність конкретного плану самогубства, включаючи спосіб, місце або час
Спроба суїциду	Дія, спрямована на заподіяння шкоди собі з наміром померти, яка не завершилась смертю
Суїцид	Смерть, що настала внаслідок навмисного самоушкодження
Самоушкодження без наміру померти	Навмисне самоушкодження без суїцидального наміру, яке часто виконує функцію зменшення емоційного напруження

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Будь-які повідомлення пацієнта про думки про смерть потребують уважної клінічної оцінки. Перехід від пасивних думок до активного планування може відбуватися поступово.

4. Міфи про суїцид: клінічні коментарі для лікаря

Навколо теми суїциду існує багато поширених міфів. Такі уявлення можуть перешкоджати своєчасному виявленню суїцидального ризику та наданню необхідної допомоги. Для медичних працівників важливо розуміти, що ці міфи можуть впливати як на поведінку пацієнтів, так і на клінічні рішення лікарів.

Міф	Факт	Клінічний коментар
Якщо говорити про самогубство, це може підштовхнути людину до суїциду	Відкрита та чесна розмова про самогубство не підвищує ризик. Навпаки, вона може допомогти людині відчутти підтримку	У клінічній практиці лікарю важливо прямо запитувати про суїцидальні думки
Люди, які говорять про суїцид, не здійснюють його	Багато людей перед суїцидом повідомляють про свої наміри або натякають на них	Будь-які висловлювання про небажання жити слід сприймати серйозно

Міф	Факт	Клінічний коментар
Якщо людина вирішила покінчити з життям, її вже неможливо зупинити	Більшість людей, які думають про самогубство, відчувають амбівалентність	Саме в цей період підтримка з боку медичних працівників і близьких може бути вирішальною
Суїцид відбувається без попереджувальних ознак	У багатьох випадках перед суїцидом спостерігаються поведінкові або емоційні зміни	Важливо звертати увагу на ізоляцію, безнадійність і висловлювання про смерть

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Своєчасне виявлення суїцидальних думок є одним із найефективніших способів профілактики суїциду. Відкрита розмова не провокує суїцид, а створює можливість для допомоги.

5. Коли необхідно проводити оцінку суїцидального ризику

Оцінка суїцидального ризику є важливою частиною клінічної роботи лікаря. Багато пацієнтів із суїцидальними думками не говорять про них спонтанно, тому лікар повинен активно ставити відповідні запитання у ситуаціях підвищеного ризику.

Згідно з рекомендаціями mhGAP, оцінку ризику необхідно проводити у випадках, коли пацієнт повідомляє про думки про смерть або небажання жити, має історію самоушкодження або спроб суїциду, має ознаки інтоксикації або тілесні ушкодження, пов'язані із самоушкодженням, перебуває у стані вираженого емоційного дистресу або має психічний розлад [5].

- виражене почуття безнадійності;
- соціальна ізоляція;
- життєва криза або втрата;
- зловживання алкоголем або наркотиками;
- хронічний біль або тяжке соматичне захворювання.

ВАЖЛИВЕ ПРАВИЛО

Якщо лікар підозрює наявність суїцидальних думок, важливо поставити пряме запитання: «Чи виникають у вас думки про те, щоб заподіяти собі шкоду?» або «Чи думали ви про те, щоб покінчити з життям?»

6. Алгоритм Керівництва mhGAP: оцінка самоушкодження та суїцидального ризику

Алгоритм Керівництва mhGAP передбачає систематичну оцінку клінічної ситуації у пацієнтів із самоушкодженням або суїцидальними думками. Його мета — допомогти лікарю швидко оцінити клінічну ситуацію, визначити наявність безпосередньої небезпеки, виявити фактори ризику та визначити необхідні подальші дії.

1. Чи було серйозне самоушкодження і чи потрібна невідкладна медична допомога.

2. Чи є безпосередня загроза суїциду: наявність думок, наміру, плану, доступу до засобів.

3. Оцінка психічних розладів, які можуть бути пов'язані з суїцидальною поведінкою.

4. Оцінка соматичних факторів: хронічний біль, тяжкі соматичні хвороби, неврологічні стани.

5. Оцінка психосоціальних факторів: життєві кризи, ізоляція, конфлікти, втрати, фінансові труднощі.

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Послідовне використання алгоритму допомагає не пропустити важливі фактори ризику, своєчасно виявити суїцидальну небезпеку та організувати необхідну допомогу.

7. Невідкладна медична допомога після самоушкодження

Першим етапом оцінки пацієнта після самоушкодження є оцінка фізичного стану та визначення необхідності невідкладної медичної допомоги. Пріоритетом завжди є стабілізація фізичного стану пацієнта; лише після цього можна переходити до повної оцінки психічного стану та суїцидального ризику.

Ознаками можливого тяжкого самоушкодження є інтоксикація або отруєння, кровотеча, тяжкі тілесні ушкодження, втрата свідомос-

ті, порушення дихання, виражена сонливість або пригнічення свідомості, судоми та ознаки тяжкого передозування медикаментів.

1. Оцінити життєво важливі функції: свідомість, дихання, кровообіг.

2. Забезпечити стабілізацію стану: контроль дихальних шляхів, зупинка кровотечі, лікування інтоксикації або передозування.

3. Організувати транспортування до стаціонару, якщо це необхідно.

4. Після стабілізації фізичного стану перейти до оцінки суїцидального ризику.

БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТА

Навіть якщо тілесні ушкодження здаються незначними, сам факт самоушкодження потребує клінічної уваги. У кризовий період пацієнта не слід залишати наодинці.

8. Клінічна оцінка суїцидальних думок

Після стабілізації фізичного стану наступним важливим етапом є оцінка наявності суїцидальних думок та намірів. Багато пацієнтів не повідомляють про них спонтанно, тому лікарю важливо активно та прямо ставити відповідні запитання. Дослідження показують, що прямі запитання про суїцид не підвищують ризик суїцидальної поведінки [1].

Основні питання для клінічної оцінки

Що з'ясувати	Приклади запитань
Суїцидальні думки	Чи виникають у вас думки про смерть? Чи думали ви про те, щоб нашкодити собі?
Намір	Наскільки сильними є ці думки? Як часто вони виникають?
План	Чи думали ви про те, як саме могли б це зробити? Чи маєте ви конкретний план?
Доступ до засобів	Чи маєте ви доступ до засобів, які могли б використати для самоушкодження?
Попередні спроби	Чи були у вас спроби самоушкодження раніше?

Особливу увагу слід звертати на наявність конкретного плану, недавньої спроби самоушкодження, вираженого почуття безнадійності, соціальної ізоляції, психотичних симптомів, зловживання алкоголем або наркотиками та імпульсивної поведінки.

ПРИНЦИПИ СПІЛКУВАННЯ

Під час розмови лікар повинен проявляти емпатію, уважно слухати, уникати осуду, визнавати переживання пацієнта і створювати безпечну атмосферу для відкритої розмови.

9. Клінічні сигнали високого ризику суїциду

Під час клінічної оцінки лікар повинен звертати особливу увагу на ознаки, які можуть свідчити про підвищений ризик суїцидальної поведінки. Їхня наявність потребує негайної клінічної уваги та організації допомоги.

Клінічний сигнал	Клінічний коментар
Наявність конкретного плану суїциду	Чітко сформульований план значно підвищує ризик реалізації суїцидальної поведінки
Недавня спроба самоушкодження	Попередні спроби є одним із найсильніших предикторів майбутнього суїциду
Висловлювання про бажання померти	Такі висловлювання свідчать про виражений психологічний дистрес і потребують подальшого уточнення
Виражене почуття безнадійності	Є одним із ключових психологічних факторів ризику
Соціальна ізоляція	Відсутність підтримки значно підвищує ризик
Зловживання алкоголем або наркотиками	Підвищує імпульсивність і знижує контроль поведінки
Психотичні симптоми	Галюцинації або марення можуть підвищувати ризик, особливо якщо мають наказовий характер
Доступ до засобів самоушкодження	Наявність зброї, великої кількості медикаментів або токсичних речовин підвищує ризик реалізації намірів

ВАЖЛИВЕ КЛІНІЧНЕ ЗАУВАЖЕННЯ

Наявність одного або кількох таких сигналів не означає, що суїцид є неминучим, однак вони свідчать про підвищений ризик, який потребує ретельної оцінки та організації підтримки.

10. Що говорити і чого не говорити пацієнту із суїцидальними думками

Комунікація з пацієнтом, який переживає суїцидальні думки, є ключовим елементом клінічної допомоги. Те, як лікар говорить із пацієнтом, може суттєво вплинути на рівень довіри, готовність відкрито говорити про свої переживання та приймати допомогу.

Що говорити	Чого не слід говорити	Чому це важливо
«Дякую, що ви поділилися цим зі мною»	«У вас усе не так погано»	Підтримує довіру і не знецінює переживання
«Я бачу, що вам зараз дуже важко»	«Іншим людям набагато гірше»	Визнання переживань зменшує відчуття ізоляції
«Чи можете ви розповісти більше про те, що вас турбує?»	«Ви повинні бути сильнішими»	Відкрите запитання заохочує до розмови, тимчасом як моралізаторство посилює сором
«Чи виникають у вас думки про те, щоб нашкодити собі?»	«Подумайте про свою родину»	Пряме запитання допомагає оцінити ризик, а тиск може посилити провину

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Іноді коротка емпатійна розмова може стати першим кроком до запобігання суїциду. Пацієнти часто звертаються саме у період кризи, тому повага, уважність та підтримка можуть відігравати вирішальну роль.

11. План безпеки

План безпеки — це практичний інструмент, який допомагає пацієнту визначити конкретні кроки для подолання кризового стану та зменшення ризику самоушкодження. План безпеки розробляється разом із пацієнтом під час консультації.

Крок 1. Попереджувальні знаки

Які думки, образи, настрої або ситуації свідчать про наближення кризи? Наприклад: безсоння, різке погіршення настрою, сильне відчуття самотності, конфлікт або важка подія.

Крок 2. Внутрішні стратегії справляння

Що я можу зробити самостійно, щоб відволіктися і зменшити напруження? Наприклад: дихальні вправи, прогулянка, музика, молитва, теплий душ, ведення щоденника.

Крок 3. Люди та місця, які допомагають відволіктися

З ким я можу побути поруч або куди піти, щоб не залишатися наодинці з кризою?

Крок 4. Люди, до яких я можу звернутися за допомогою

Кому я можу зателефонувати або написати, якщо криза посилюється?

Крок 5. Фахівці та служби допомоги

Лікар, психолог, психіатр, служби екстреної допомоги, гаряча лінія.

Крок 6. Створення безпечного середовища

Як зменшити доступ до засобів самоушкодження: прибрати або замкнути небезпечні предмети, обмежити доступ до медикаментів, попросити близьких допомогти.

Крок 7. Мої сильні сторони та причини жити

Що допомагало мені раніше? Що є для мене найважливішим і заради чого варто жити?

Під час складання плану безпеки лікар повинен використовувати просту й зрозумілу мову, заохочувати пацієнта записувати конкретні контакти та дії і, за можливості, залучати близьких людей.

12. Десять типових помилок лікаря під час роботи з пацієнтами із суїцидальними думками

Типова помилка	Чому це проблема	Як діяти правильно
Уникати прямого запитання про суїцид	Призводить до недооцінки ризику	Ставити прямі, делікатні запитання про думки, намір і план
Знецінювати переживання пацієнта	Посилює ізоляцію і безнадійність	Визнати переживання і проявити емпатію
Моралізувати	Викликає сором і провину	Говорити без осуду, підтримувально
Недооцінювати попередні спроби самоушкодження	Попередня спроба є одним із найсильніших факторів ризику	Будь-яку історію самоушкодження розглядати серйозно
Не оцінювати доступ до засобів самоушкодження	Підвищує ризик реалізації намірів	Обмежити доступ до небезпечних засобів
Залишати пацієнта наодинці у кризовому стані	Може призвести до негайної небезпеки	Забезпечити нагляд і безпечне середовище
Ігнорувати роль родини та соціальної підтримки	Може залишити поза увагою важливий ресурс безпеки	За можливості залучити близьких
Не розробляти план безпеки	Пацієнт залишається без чіткої стратегії дій у кризі	Скласти план безпеки разом із пацієнтом
Робити надмірний акцент лише на медикаментах	Ігнорується значення кризового втручання і підтримки	Поєднувати оцінку ризику, підтримку, план безпеки і лікування психічного розладу
Не організовувати подальший супровід	Після кризи ризик повторних спроб залишається високим	Забезпечити повторні консультації і контакт із системою підтримки

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Навіть коротка емпатійна розмова, своєчасна оцінка ризику та організація підтримки можуть відігравати вирішальну роль у профілактиці суїциду.

13. Клінічний випадок: покроковий розбір за алгоритмом mhGAP

До лікаря первинної медичної допомоги звернувся чоловік 42 років зі скаргами на безсоння, пригнічений настрій, втрату інтересу до звичних занять і постійну втому. Під час розмови пацієнт говорить: «Іноді я думаю, що було б краще, якби мене просто не було».

1. Оцінити, чи було серйозне самоушкодження. У цьому випадку нещодавніх спроб не було, фізичний стан стабільний.

2. Прямо запитати про суїцидальні думки, намір і план. Пацієнт повідомляє, що думки про смерть виникають кілька разів на тиждень, але конкретного плану немає.

3. Оцінити фактори ризику: депресивні симптоми, нещодавня втрата роботи, соціальний стрес.

4. Оцінити захисні фактори: підтримка родини, відповідальність перед дітьми, готовність говорити про переживання.

5. Надати психологічну підтримку: вислухати, проявити емпатію, визнати складність ситуації.

6. Разом із пацієнтом розробити план безпеки і визначити контакти підтримки.

7. Організувати подальший супровід та, за потреби, скерування до психіатра або психолога.

КЛІНІЧНІ ВИСНОВКИ

Прямі запитання про суїцид, оцінка як факторів ризику, так і захисних факторів, емпатійна комунікація та план безпеки є ключовими елементами ведення пацієнта із суїцидальними думками.

14. Алгоритм ведення пацієнта з суїцидальними думками

Наведена нижче швидка схема базується на підходах mhGAP і призначена для використання лікарем у повсякденній практиці.

1. Оцінити фізичний стан пацієнта і визначити, чи потрібна невідкладна медична допомога.
2. Прямо запитати про суїцидальні думки, намір і план.
3. Оцінити фактори ризику та захисні фактори.
4. Забезпечити безпеку пацієнта і не залишати його наодинці при підвищеному ризику.
5. Надати емпатійну підтримку.
6. Розробити план безпеки.
7. Організувати подальший супровід і, за потреби, скерування до спеціаліста.

ПАМ'ЯТАЙТЕ

Лікар первинної медичної допомоги часто є першим фахівцем, до якого звертається людина у кризі. Навіть коротка уважна розмова та своєчасна оцінка ризику можуть врятувати життя.

15. Ключові повідомлення для лікаря

Пряме запитання про суїцид є важливою частиною клінічної оцінки і не підвищує ризик суїцидальної поведінки.

Багато людей із суїцидальними думками контактують із медичними працівниками незадовго до кризи.

Попередні спроби самоушкодження є одним із найсильніших предикторів майбутнього суїциду.

Суїцидальна поведінка має багатофакторну природу і потребує комплексної оцінки.

Емпатійна комунікація має ключове значення і може зменшити відчуття ізоляції.

Безпека пацієнта є першочерговим пріоритетом.

План безпеки допомагає пацієнту діяти структуровано у кризовій ситуації.

Подальший супровід є критично важливим, оскільки ризик повторних спроб зберігається.

ГОЛОВНЕ КЛІНІЧНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Навіть коротка уважна розмова, своєчасна оцінка ризику та організація підтримки можуть врятувати життя. Роль лікаря у ранньому виявленні та допомозі пацієнтам із суїцидальними думками є надзвичайно важливою.

Перелік джерел

1. World Health Organization. Preventing Suicide: A Global Imperative. Geneva: WHO; 2014.
2. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide. *Am J Psychiatry*. 2002.
3. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2021.
4. Державна служба статистики України. Статистичні дані щодо причин смертності населення.
5. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders. Geneva: WHO; 2016.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. London: NICE; 2022.
7. Turecki G, Brent D. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016.
8. Stanley B, Brown G. Safety Planning Intervention. 2012.

РОЗЛАДИ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Навігація в розділі

- загальні клінічні принципи модуля ВПР і «червоні прапорці»;
- розлади, пов'язані із вживанням алкоголю: AUDIT, синдром відміни, CIWA-Ag, тіамін, психосоціальні та фармакологічні втручання;
- інші психоактивні речовини та стимулятори, крім опіоїдів: ASSIST, інтоксикація, синдром відміни, канабіс і стимулятори;
- розлади, пов'язані із вживанням опіоїдів: передозування, налоксон, COWS, ПТАО, психосоціальна підтримка;
- типові помилки лікаря, комунікація, ключові повідомлення і односторінковий клінічний підсумок.

1. Актуальність проблеми та український контекст

Розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, є однією з найбільш клінічно значущих тем для первинної та загальномедичної допомоги. Їхня важливість визначається не лише власне залежністю, а й тим, що вони пов'язані з передозуваннями, синдромами відміни, психотичними епізодами, суїцидальним ризиком, когнітивними порушеннями, травмами, соматичними ускладненнями, інфекціями та соціальною дезадаптацією [1, 2].

Програма ВООЗ mhGAP створена саме для ведення психічних, неврологічних і пов'язаних із вживанням речовин розладів у неспеціалізованих умовах, а отже цей модуль адресований не лише наркологам, а й лікарям первинної медичної допомоги, лікарям загальної практики, лікарям невідкладних станів та іншим медичним працівникам [1, 2].

Український контекст робить цей модуль особливо актуальним. В Україні вже існує окрема нормативна база для трьох великих блоків: розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю, психоактивних речовин і стимуляторів та опіоїдів [14–16]. Саме тому навчальний модуль побудований не абстрактно, а на основі реальної української системи клінічних рішень.

Для розділу, пов'язаного із вживанням алкоголю, особливо важливими є дані опитування ВООЗ 2024 року: серед дорослих в Україні 78,0 % були теперішніми споживачами алкоголю, 57,3 % теперішніх споживачів вживали алкоголь раз на місяць або частіше, а 54,2 % по-

відомили про надмірне епізодичне вживання алкоголю [17]. Водночас значна частка таких людей контактує з медичною системою, але питання про вживання алкоголю їм ставлять недостатньо часто, що підкреслює роль раннього виявлення на первинному рівні [17].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Вживання психоактивних речовин є не вузькою темою наркологів, а повсякденною клінічною реальністю. Лікар первинної ланки має бути готовим активно виявляти ці розлади, а не чекати, поки пацієнт сам їх назве.

2. Загальні клінічні принципи модуля ВПР

У клінічній практиці лікар повинен мислити не категорією «є залежність / немає залежності», а щонайменше чотирма станами: гостра інтоксикація, небезпечне або шкідливе вживання, синдром залежності і синдром відміни [1, 2]. Саме їх розмежування визначає невідкладність допомоги, потребу в госпіталізації, вибір психосоціальних і фармакологічних втручань, а також доцільність подальшого скерування.

Для всієї теми ВПР базовим принципом є інтегрований підхід: оцінювати потрібно не лише речовину, а й фізичний стан, психічну коморбідність, ризик самоушкодження чи шкоди іншим, когнітивні порушення, інші речовини, інфекції та соціальний контекст [1, 2, 14–16].

Лікар має активно запідозрювати ВПР тоді, коли пацієнт звертається з безсонням, тривогою, депресивними симптомами, панічними станами, ажитацією, психозом, хронічним болем, травмами, повторними інтоксикаціями, погіршенням соціального функціонування, конфліктами в сім'ї або раптовими поведінковими змінами [1, 2].

Для раннього виявлення в модулі використовуються два базові інструменти скринінгу.

Інструмент	Для чого використовується	Практичний коментар
AUDIT	Скринінг небезпечного, шкідливого вживання алкоголю та можливої залежності	Ключовий інструмент розділу, пов'язаного із вживанням алкоголю [8, 18]
ASSIST	Ширший скринінг психоактивних речовин, крім алкоголю	Основний інструмент блоку неопіодних ПАР і стимуляторів [12, 15]

3. «Червоні прапорці» при ВПР

Для будь-якого блоку ВПР першим клінічним питанням є не діагноз, а безпека. До станів, що потребують невідкладного втручання, належать: передозування, пригнічення свідомості, порушення дихання, тяжка інтоксикація, делірій, судоми, тяжкий синдром відміни, виражена ажитація, гострий психоз, високий суїцидальний ризик або ризик насильства [3, 10, 11, 13, 16].

У цих випадках лікар не повинен починати з довгого наркологічного інтерв'ю. Пріоритет — стабілізація життєво важливих функцій, безпечне середовище, негайне лікування гострого стану і госпіталізація за показаннями [3, 10, 16].

Ситуація	Чому це небезпечно	Дії лікаря	Де найчастіше трапляється
Пригнічення дихання / кома	Ризик смерті внаслідок передозування	Налоксон, підтримка дихання, екстрена допомога	Опіюїди
Делірій, судоми	Ризик тяжких соматичних ускладнень і летальності	Госпіталізація, лікування відміни, моніторинг	Алкоголь
Гострий психоз, виражена ажитація	Небезпека для пацієнта і оточення	Безпека, симптоматичне лікування, скерування	Стимулятори, інші ПАР
Активний суїцидальний намір	Негайний ризик самоушкодження	Невідкладна оцінка і захист пацієнта	Усі блоки ВПР

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

При ВПР лікар насамперед має відповісти на запитання: «Чи є зараз невідкладний стан?» Лише після цього можна переходити до детальної діагностики і планування довгострокового лікування.

4. Розлади, пов'язані зі вживанням алкоголю: чому цей підрозділ є центральним

Він дійсно є одним із центральних у модулі ВПР. Український стандарт 2025 року прямо підкреслює, що ранній скринінг і короткі втручання мають застосовуватися не лише у спеціалізованій, а й у загальній медичній практиці [8].

Для первинної ланки це означає, що алкоголь — не «вузько наркологічна» проблема, а часта прихована причина порушень сну, тривоги, депресивних симптомів, когнітивних скарг, соматичних ускладнень, травм і сімейних конфліктів [1, 2, 8, 17].

Важливий принцип цього підрозділу полягає в тому, що не існує чіткого безризикового порогу вживання алкоголю [8, 17]. Саме тому стандарт вимагає, щоб інформація про ризики алкоголю надавалася всім пацієнтам, незалежно від результатів скринінгу [8].

5. AUDIT і раннє виявлення проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю

Для цього розділу ключовим скринінговим інструментом є AUDIT. BOOЗ описує його як валідований метод виявлення небезпечного та шкідливого вживання алкоголю і можливої залежності в первинній практиці [18].

Український стандарт конкретизує, що скринінг щодо вживання алкоголю в первинній медичній допомозі слід проводити не рідше одного разу на рік усім пацієнтам, а також у клінічно значущих ситуаціях: при зверненні у відділення екстреної допомоги, під час вагітності, у разі повторних соматичних ускладнень чи підозри на шкідливе вживання [8].

Результати AUDIT мають не просто констатувати ризик, а вести до клінічного рішення: коротка профілактична порада, коротке втручання, коротке консультування з подальшим моніторингом або скерування до спеціаліста [8, 18].

6. Шкідливе вживання, синдром залежності і комплексна оцінка

Пацієнт із проблемами, пов'язаними з алкоголем, не завжди має сформований синдром залежності. Після виявлення проблеми український стандарт вимагає перейти до комплексної оцінки, яка включає анамнез вживання, попереднє лікування, тяжкість залежності, ризик шкоди собі чи іншим, психічну коморбідність, когнітивний стан, соціальну ситуацію і мотивацію до змін [8].

Така оцінка має визначити не лише діагноз, а й реалістичну мету лікування, рівень ризику і потребу в довгостроковій підтримці. У логіці mhGAP це повністю відповідає принципу інтегрованого ве-

дення, коли клінічне рішення не зводиться до ярлика, а базується на оцінці всього функціонального і медичного контексту пацієнта [1, 2].

7. Синдром відміни алкоголю, CIWA-Ar, тіамін і ускладнення

Синдром відміни алкоголю виникає після припинення або значного зменшення вживання алкоголю після періоду інтенсивного вживання [3, 8]. У підході ВООЗ саме бензодіазепіни, а не антиконвульсанти, рекомендуються для профілактики повторних судом після алкогольних судом відміни; при алкогольному делірії антипсихотики можуть використовуватися лише як додаток до бензодіазепінів, але не як самостійне лікування [3, 19].

Український стандарт доповнює це практичним інструментом CIWA-Ar, що дозволяє визначати тяжкість відміни, частоту моніторингу і потребу в стаціонарному лікуванні [8]. Судоми, галюцинації та делірій розглядаються як ускладнення відміни, що потребують пріоритету безпеки та, як правило, стаціонарного ведення [3, 8].

Окреме місце займає тіамін. ВООЗ рекомендує його як частину безпечного ведення алкогольної відміни, а для осіб із високим ризиком енцефалопатії Верніке — парентеральний тіамін [3]. Український стандарт робить цей компонент обов'язковим у лікуванні синдрому відміни [8].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Тіамін при алкогольній відміні — це не «вітамін на додачу», а частина базової клінічної безпеки. Судоми, галюцинації і делірій слід розглядати як ургентні ускладнення.

8. Психосвіта, короткі втручання і психосоціальні підходи при алкогольних розладах

У mhGAP короткі втручання при небезпечному і шкідливому вживанні алкоголю розглядаються як одна з ключових точок впливу на первинному рівні [18]. Психосвіта має бути короткою, неосудливою і практичною: не «Ви самі винні», а «Подивімося, як алкоголь впливає на ваш сон, настрій, пам'ять, стосунки і безпеку» [1, 2, 8].

Коли йдеться про алкогольну залежність, ВООЗ рекомендує структуровані психосоціальні втручання та, за потреби, комбіновані психосоціальні й фармакологічні підходи [4, 5]. Український стандарт

цілком узгоджується з цим і прямо дозволяє поєднувати психосоціальні втручання з фармакотерапією, якщо це клінічно обґрунтовано [8].

У практичному сенсі це означає, що після стабілізації гострого стану лікар має перейти до довгострокового плану: психоосвіта, коротка мотиваційна розмова, визначення реалістичної мети, структуровані психосоціальні втручання, а для частини пацієнтів — фармакотерапія як елемент комбінованого лікування [4, 5, 8].

9. Фармакотерапія алкогольної залежності

У підході ВООЗ фармакотерапія алкогольної залежності не розглядається як ізольоване рішення. ВООЗ рекомендує комбіновані психосоціальні та фармакологічні втручання для дорослих із алкогольною залежністю, оскільки саме вони дають найкращий ефект у більшості пацієнтів [5].

У практичному керівництві ВООЗ для профілактики рецидиву можуть розглядатися акампросат, налтрексон і дисульфірам, а баклофен — у ситуаціях, коли базові варіанти недоступні або протипоказані [5]. Український стандарт при цьому наголошує, що на момент його затвердження в Україні існували обмеження щодо застосування частини препаратів через реєстраційний статус, а тому деталі використання окремих засобів можуть бути винесені до клінічної настанови [8].

Препарат	Основна мета	Практичний коментар	Що важливо пояснити пацієнту
Налтрексон	Зменшення тяги до алкоголю і ризику рецидиву	Розглядається у складі комбінованого лікування [5]	Блокує дію опіоїдів; потрібна оцінка супутніх препаратів
Акампросат	Підтримка утримання від алкоголю	Доцільний після стабілізації і в мотивованого пацієнта [5]	Ефект формується не миттєво; важлива прихильність
Дисульфірам	Формування відразливої реакції на алкоголь	Підходить не всім; потребує доброї мотивації і контролю [5, 8]	Не можна вживати алкоголь на фоні препарату через ризик тяжкої реакції

10. Коморбідність і когнітивні порушення при алкогольних розладах

Оцінка алкогольних розладів без системного скринінгу на депресію, тривогу, посттравматичний стресовий розлад, суїцидальний ризик, порушення сну і вживання інших речовин є неповною [1, 2, 8]. Водночас клінічно важливо пам'ятати, що частина симптомів може бути індукована алкоголем або синдромом відміни, тому деякі психічні розлади потребують повторної оцінки після періоду утримання [8].

Не менш важливими є когнітивні порушення, які можуть впливати на здатність пацієнта брати участь у лікуванні, розуміти план допомоги і дотримуватися його. У навчальних матеріалах до стандарту рекомендується їх активне виявлення, зокрема з використанням MoCA [8].

11. Клінічний кейс: алкогольний розлад

Клінічна ситуація. Чоловік 46 років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на безсоння, тремор, тривогу, пітливість, нудоту і дратівливість. Із анамнезу відомо, що протягом кількох років він майже щодня вживав алкоголь, а останні дві доби намагався повністю припинити вживання самостійно. Дружина повідомляє, що в минулому після різкого припинення вживання алкоголю він уже мав епізод сильного тремору та вираженого збудження. Така клінічна картина змушує думати про синдром відміни алкоголю [1, 3, 4].

Крок 1. Оцінити, чи є невідкладний стан. Лікар насамперед має визначити, чи немає ознак ускладненої відміни: судом, галюцинацій, делірію, порушення свідомості, тяжкої соматичної нестабільності [1, 3, 14]. Якщо такі ознаки є, пацієнт потребує стаціонарного лікування [14].

Крок 2. Оцінити тяжкість синдрому відміни. Якщо пацієнт контактний і стабільний, доцільно використати CIWA-Ar для оцінки тяжкості стану [14]. Це допомагає визначити подальшу тактику, частоту моніторингу та потребу в стаціонарі [14].

Крок 3. Почати лікування відміни. Основою лікування є бензодіазепіни, а також обов'язкове призначення тіаміну для профілактики енцефалопатії Верніке–Корсакова [3, 4, 14]. Лікар має також оцінити рівень гідратації, вегетативні показники, психічний стан і наявність супутніх захворювань [14].

Крок 4. Після стабілізації перейти до оцінки алкогольної залежності. Після купірування гострого стану робота не завершується. Потрібно провести AUDIT, оцінити тяжкість залежності, мотивацію до змін, психічну коморбідність, когнітивні порушення та соціальні проблеми [3, 14, 18].

Крок 5. Сформувати довгостроковий план. План має включати психоосвіту, коротке мотиваційне втручання, психосоціальні втручання і, за показаннями, фармакотерапію в межах комбінованого лікування [7–9, 14].

Ключовий клінічний висновок. Алкогольний кейс не завершується лікуванням відміни.

Правильна траєкторія така: розпізнати відміну → оцінити тяжкість через CIWA-Ag → безпечно пролікувати → перейти до довгострокового лікування алкогольної залежності [3, 4, 14].

12. Інші психоактивні речовини та стимулятори, крім опіоїдів: загальна рамка

Стандарт № 84 створив окрему українську рамку для неопіоїдних психоактивних речовин — канабіноїдів, стимуляторів амфетамінового типу, екстазі, кокаїну, галюциногенів та інших речовин [15]. Це важливо, бо раніше цей блок часто залишався менш структурованим у загальнономедичній практиці.

ВООЗ у свою чергу виділяє для drug use disorders окремі рекомендації щодо коротких психосоціальних втручань, ведення синдрому відміни, психостимуляторних розладів та канабіс-залежності [10]. Для первинної ланки це означає, що канабіс, стимулятори та інші неопіоїдні ПАР треба розглядати як окремий клінічний блок, а не як периферію психіатрії чи наркології [10, 15].

13. ASSIST і раннє виявлення неопіоїдних ПАР

Ключовим інструментом раннього виявлення в цьому блоці є ASSIST, створений ВООЗ для первинної і загальнономедичної практики [12]. Саме він дозволяє системно оцінювати, які речовини вживає пацієнт, який рівень ризику з ними пов'язаний і чи потрібне коротке втручання або скерування [12, 15].

У модулі ВПР це означає чіткий поділ: AUDIT — для розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, ASSIST — для ширшого скринінгу психоактивних речовин [8, 12, 15].

Питання про неопіодні ПАР слід активно ставити при тривозі, безсонні, ажитації, психотичних симптомах, повторних травмах, соціальному погіршенні, правових проблемах, конфліктах у сім'ї або підозрі на полівживання [1, 2, 10].

14. Гостра інтоксикація і синдром відміни при неопіодних ПАР

У логіці mhGAP при неопіодних ПАР лікар насамперед має вирішити, чи є гострий небезпечний стан [1, 2, 10]. Стандарт № 84 також починає алгоритм із невідкладної допомоги при гострому стані, який може бути пов'язаний із вживанням ПАР [15]. Це означає, що при ажитації, психозі, порушенні свідомості, гіпертермії, тахікардії, судомач або іншому ургентному стані пріоритетом є стабілізація, а не детальний збір анамнезу [10,15].

При відміні від канабісу, кокаїну чи амфетамінів ВООЗ прямо зазначає, що найкращою тактикою є підтримувальне середовище, а специфічні лікарські засоби для лікування такої відміни не рекомендуються [11]. Український стандарт узгоджується з цим, вказуючи на симптоматичну фармакотерапію за показаннями і психосоціальні втручання різної інтенсивності [15].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

При відміні, яка пов'язана зі вживанням канабісу або психостимуляторів, лікар не повинен шукати «спеціальну таблетку». Основа допомоги — безпечне середовище, моніторинг, симптоматичне лікування і подальші психосоціальні втручання.

15. Стимулятори, канабіс і психосоціальні втручання

Стимулятори часто у медичній практиці, пов'язані з симптомами тривоги, ажитацією, безсонням, параноїдністю, психотичними симптомами або небезпечною поведінкою [1, 2, 10]. У рекомендаціях ВООЗ для розладів, пов'язаних із вживанням психостимуляторів, ключову роль відіграють психосоціальні втручання, насамперед когнітивно-поведінкова терапія і заохочувальна терапія [20]. Фармакологічне лікування залежності від психостимуляторів не має переконливої доказової бази [20].

Щодо залежності від канабісу ВООЗ рекомендує психосоціальні підходи на основі когнітивно-поведінкової терапії, мотиваційної терапії посилення та сімейної терапії [21]. У неспеціалізованих умовах

може застосовуватися коротке психосоціальне втручання тривалістю 5–30 хвилин із персоналізованим зворотним зв'язком, порадою щодо зменшення або припинення вживання і пропозицією подальшого контакту [22].

16. Клінічний кейс: неопіодні ПАР і стимулятори

Клінічна ситуація. Чоловік 24 років доставлений на консультацію через виражену тривогу, безсоння, підозрілість, психомоторне збудження і скарги на серцебиття. Родичі повідомляють, що останні кілька днів він майже не спав, став дратівливим, говорив уривчасто і поведився дивно. Сам пацієнт неохоче відповідає на запитання, але визнає, що періодично вживає «стимулятори на вечірках». У такій ситуації потрібно думати про гострий стан, пов'язаний із вживанням стимуляторів, з можливими тривожними, психотичними або поведінковими проявами [1, 2, 10, 15].

Крок 1. Оцінити безпеку і невідкладність. Першочергово лікар має оцінити, чи є ознаки тяжкої інтоксикації: виражена ажитація, психоз, ризик насильства, судоми, порушення свідомості, гіпертермія або інша соматична нестабільність [1, 2, 10, 15]. У таких випадках пріоритетом є безпека і симптоматичне ведення гострого стану [10, 15].

Крок 2. Після стабілізації провести скринінг на ПАР. Для ширшої оцінки доцільно використати ASSIST, який є ключовим інструментом у блоці неопіодних психоактивних речовин [12, 15].

Крок 3. Визначити, що саме відбувається. Потрібно розмежувати:

- гостру інтоксикацію;
- синдром відміни;
- шкідливе вживання;
- синдром залежності;
- полівживання [1, 2, 10, 11, 15].

Крок 4. Не поспішати з фармакологічним «лікуванням залежності». Для стимуляторів ВООЗ не рекомендує рутинне застосування низки препаратів як основного лікування залежності; натомість центральне місце посідають психосоціальні втручання [20]. Це одна з найважливіших клінічних особливостей цього блоку.

Крок 5. Після гострого етапу перейти до психосоціальної допомоги. Після стабілізації слід пропонувати коротке втручання, мотиваційну розмову, а за потреби — більш інтенсивні психосоціальні втручання, зокрема когнітивно-поведінкову терапію або заохочувальну терапію [20, 22].

Ключовий клінічний висновок. У кейсах зі стимуляторами або іншими неопіїдними ПАР лікар має рухатися так: оцінити безпеку → стабілізувати гострий стан → провести ASSIST → визначити тип проблеми → перейти до психосоціальних втручань і подальшого супроводу [10, 12, 15, 20, 22].

17. Чому розділ, пов'язаний із вживанням опіїдів, має бути окремим

Ці розлади потребують окремого розділу через особливо високий ризик передозування, пригнічення дихання і смерті, а також через наявність специфічних доказових підходів до лікування [13,16,23]. Український стандарт чітко виділяє гостру інтоксикацію, синдром залежності і стан відміни як окремі клінічні стани [16].

ВООЗ розглядає опіїдну залежність окремо від інших розладів, пов'язаних із речовинами, саме тому, що для неї існує сильна доказова база на користь підтримувального лікування агоністами і профілактики передозування [13, 16, 23–25].

18. Гостра інтоксикація / передозування опіїдами і налоксон

Український стандарт формулює це дуже чітко: гостра інтоксикація опіїдами тяжкого ступеня спрямовує лікаря на відновлення життєво важливих функцій і запобігання смерті [16]. Основними компонентами допомоги є введення налоксону і підтримка дихання; серед допоміжних заходів — забезпечення прохідності дихальних шляхів і, за показаннями, серцево-легенева реанімація [16].

ВООЗ наголошує, що опіїдне передозування оборотне за допомогою налоксону і базової підтримки життєвих функцій, а доступ до налоксону для людей, які ймовірно можуть стати свідками передозування, є одним із ключових заходів зниження смертності [24, 25].

Ознака	Що означає для лікаря	Негайні дії
Пригнічення дихання / ціаноз	Ймовірне передозування опіїдом	Підтримка дихання, налоксон, екстрена допомога
Пригнічення свідомості	Високий ризик життєзагрозливого стану	Оцінка АВС, прохідність дихальних шляхів, моніторинг
Покращення після налоксону	Підтримує діагноз опіїдного передозування	Не припиняти спостереження завчасно

19. Синдром відміни опіоїдів, COWS і ПТАО

Український стандарт наводить чіткі клінічні критерії синдрому відміни опіоїдів і рекомендує клінічну шкалу тяжкості синдрому відміни опіоїдів — COWS — для визначення тяжкості стану [16]. Саме об'єктивізація тяжкості визначає подальшу тактику і момент початку лікування [16].

Один із найсильніших меседжів українського стандарту полягає в тому, що ПТАО є методом вибору для лікування залежності від опіоїдів [16]. Повна абстиненція можлива, але не є основною лікувальною метою для більшості пацієнтів; натомість головними стають зниження нелегального вживання, зменшення шкоди, покращення фізичного і психічного здоров'я, соціального функціонування і якості життя [16].

ВООЗ послідовно підтримує цю логіку в настановах щодо психо-соціально підтриманого фармакологічного лікування опіоїдної залежності [13, 23].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

При опіоїдній залежності найважливіше мислити не категорією «зняти ломку», а категорією довгострокового лікування. Саме ПТАО, а не лише детоксикація, є методом вибору для більшості пацієнтів.

20. Психосоціальні втручання при опіоїдних розладах

ВООЗ прямо вказує, що лікування опіоїдної залежності повинно поєднувати фармакологічну частину з психосоціальною підтримкою [13, 23]. Український стандарт переводить це в практичну мову цілей лікування: скорочення шкоди, покращення здоров'я, соціальної стабільності, працевлаштування, вирішення сімейних і правових проблем [16].

Психосоціальна частина тут включає оцінку депресії, тривоги, ПТСР, суїцидального ризику, супутніх соціальних проблем, підтримку прихильності до ПТАО і допомогу в утриманні пацієнта в системі лікування [13,16].

21. Клінічний кейс: опіоїдний розлад

Клінічна ситуація. Чоловік 32 років звертається зі скаргами на безсоння, дратівливість, лому в тілі, пітливість, ринорею, нудоту і сильний потяг до опіоїду.

Із анамнезу відомо, що протягом кількох років він уживав нелегальні опіоїди, а останні дві доби намагався припинити вживання самостійно. Під час огляду він тривожний, неспокійний, часто позіхає, скаржиться на абдомінальні спазми і майже не спить. Така картина типово відповідає синдрому відміни опіоїдів [13, 16].

Крок 1. Виключити гостру інтоксикацію або передозування. Спершу треба переконатися, що це не передозування і немає пригнічення дихання, порушення свідомості або іншого ургентного стану [16, 24, 25].

Крок 2. Підтвердити синдром відміни і оцінити тяжкість. Український стандарт рекомендує використовувати COWS для оцінки тяжкості синдрому відміни [16]. Саме це визначає подальшу тактику лікування.

Крок 3. Після стабілізації провести комплексну оцінку. Необхідно оцінити:

- історію вживання всіх ПАР;
- попередні передозування;
- психічну коморбідність;
- суїцидальний ризик;
- ВІЛ, вірусні гепатити, туберкульоз;
- соціальні проблеми;
- попередній досвід лікування [16].

Крок 4. Перейти до довгострокового лікування залежності. Український стандарт прямо визначає ПТАО методом вибору для лікування опіоїдної залежності [16]. ВООЗ також підкреслює, що саме довготривале агоністне підтримувальне лікування в поєднанні з психосоціальною підтримкою має найсильнішу доказову базу [13, 23].

Крок 5. Скласти індивідуальний план лікування. План має включати не лише фармакотерапію, а й цілі лікування, психосоціальну підтримку, ведення коморбідності, профілактику передозування і подальший супровід [13, 16, 24].

Ключовий клінічний висновок. Опіоїдний кейс має таку правильну траєкторію: виключити передозування → оцінити відміну через COWS → стабілізувати стан → перейти до довгострокового лікування залежності з ПТАО і психосоціальною підтримкою [13, 16, 24].

22. Десять типових помилок лікаря при роботі з ВІР

1. Чекати, поки пацієнт сам скаже про вживання речовин.
 2. Не використовувати валідовані інструменти скринінгу — AUDIT і ASSIST.
 3. Не відрізняти інтоксикацію, синдром відміни і синдром залежності.
 4. Недооцінювати невідкладні стани: передозування, делірій, судоми, психоз, тяжку відміну.
 5. Зводити лікування лише до «детоксикації».
 6. Ігнорувати психічну коморбідність і суїцидальний ризик.
 7. Не оцінювати когнітивні порушення там, де вони можуть впливати на лікування.
 8. Забувати про психосоціальні втручання.
 9. Використовувати осудливу або стигматизувальну мову.
 10. Не організовувати подальший супровід після гострого контакту.
- Усі ці помилки прямо або опосередковано суперечать логіці mhGAP, яка побудована на ранньому виявленні, інтегрованій оцінці, безпечному веденні і подальшому контакті з пацієнтом [1, 2].

23. Що говорити / чого не говорити пацієнту з ВІР

Що варто говорити	Чого не слід говорити	Чому це важливо
«Я хочу краще зрозуміти, як це впливає на ваше здоров'я і життя»	«Просто пере-станьте вживати»	Перший варіант підтримує партнерську модель допомоги, другий — знецінює клінічну складність ВІР
«Зараз наше перше завдання — безпека і стабілізація стану»	«Спочатку киньте все самі, а потім приходьте»	Лікар формулює реалістичний клінічний пріоритет і не перекладає відповідальність на пацієнта
«Є різні варіанти допомоги, і ми підберемо те, що найкраще підходить саме вам»	«У вас просто слабка сила волі»	Правильна комунікація зменшує стигму і підтримує прихильність до лікування

У модулі ВІР комунікація має бути неосудливою, чіткою і орієнтованою на наступний крок. Це не «м'якість» замість клінічності, а один із ключових інструментів лікування і маршрутизації пацієнта [1, 2, 8, 15, 16].

24. Ключові повідомлення для лікаря

Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин — це часта клінічна реальність первинної ланки, а не вузька наркологічна тема [1, 2, 8, 15–17].

Для раннього виявлення потрібен активний скринінг: AUDIT — для алкоголю, ASSIST — для ширшого скринінгу ПАР [12, 18].

Лікар має відрізнити інтоксикацію, синдром відміни і синдром залежності, бо саме це визначає подальшу тактику [1, 2].

Невідкладні стани мають пріоритет: передозування, пригнічення дихання, делірій, судоми, тяжка відміна, психоз, високий суїцидальний ризик [3, 10, 11, 13, 16, 24].

При алкогольних розладах важливі AUDIT, CIWA-Ar, тіамін, психосоціальні втручання і комбіноване лікування [3–5, 8, 18].

При неопіодних ПАР основа допомоги часто психосоціальна, особливо для канабісу та стимуляторів [10, 11, 20–22].

При опіодній залежності методом вибору є ПТАО / ОАМТ, але найкращий результат дає поєднання фармакотерапії з психосоціальною підтримкою [13, 16, 23].

Лікування ВПР — це процес, а не одноразовий контакт; після гострого етапу пацієнтові потрібні подальша оцінка, план лікування і повторні контакти [1–5, 8, 13, 16].

25. Односторінковий клінічний підсумок

Пацієнти з ВПР часто звертаються не через саму речовину, а через безсоння, тривогу, депресивні симптоми, ажитацію, біль, травми, сімейні кризи або соматичні ускладнення [1, 2]. Саме тому лікар має активно запитувати про вживання психоактивних речовин і використовувати AUDIT для алкоголю та ASSIST для ширшого скринінгу [12, 18].

Перший обов'язок лікаря — визначити, чи є невідкладний стан: передозування, пригнічення дихання, тяжка інтоксикація, делірій, судоми, тяжка відміна, гострий психоз або високий ризик самоушкодження [3, 10, 11, 13, 16, 24]. Якщо небезпека підтверджується, пріоритетом є стабілізація, безпека і госпіталізація за показаннями [3, 16, 24].

Після цього лікар має розмежувати інтоксикацію, синдром відміни і синдром залежності [1, 2]. При алкогольних розладах ключовими інструментами є AUDIT, CIWA-Ar, тіамін, психосоціальні втручання

і, за потреби, комбіноване лікування [3–5, 8, 18]. При неопіїдних ПАР і стимуляторах основою часто є симптоматичне ведення гострого стану і психосоціальні втручання [10, 11, 20–22]. При опіїдній залежності центральне місце займають налоксон, COWS, ПТАО / ОАМТ, психосоціальна підтримка і довгостроковий індивідуальний план [13, 16, 23–25].

ГОЛОВНЕ ПРАВИЛО МОДУЛЯ ВПР

виявити → оцінити ризик → стабілізувати → уточнити тип розладу → організувати лікування → не втратити пацієнта після гострого контакту

Перелік джерел

1. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0 [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2026 Mar 28].
2. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. 3rd ed [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Mar 28].
3. World Health Organization. Management of alcohol withdrawal [Internet]. Geneva: WHO; mhGAP Evidence Resource Centre [cited 2026 Mar 28].
4. World Health Organization. Psychosocial interventions for management of alcohol dependence [Internet]. Geneva: WHO; mhGAP Evidence Resource Centre [cited 2026 Mar 28].
5. World Health Organization. Combined psychosocial and pharmacological interventions for adults with alcohol dependence [Internet]. Geneva: WHO; mhGAP Evidence Resource Centre [cited 2026 Mar 28].
6. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro M. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2026 Mar 28].
7. World Health Organization. Споживання алкоголю в Україні: поведінка та ставлення. Листопад 2024 року: основні висновки [Інтернет]. WHO Ukraine; 2025 [цит. 2026 Бер 28].
8. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ МОЗ України від 16.12.2025 №1897 “Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю»” [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2025 [цит. 2026 Бер 28].

9. World Health Organization. Alcohol use disorders [Internet]. Geneva: WHO; mhGAP Evidence Resource Centre [cited 2026 Mar 28].
10. World Health Organization. Drug use disorders [Internet]. Geneva: WHO; mhGAP Evidence Resource Centre [cited 2026 Mar 28].
11. World Health Organization. Management of drug withdrawal [Internet]. Geneva: WHO; mhGAP Evidence Resource Centre [cited 2026 Mar 28].
12. Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*. 2008;103(6):1039-47.
13. World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2026 Mar 28].
14. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ МОЗ України від 13.01.2025 № 84 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів»» [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2025 [цит. 2026 Бер 28].
15. Державний експертний центр МОЗ України. В Україні вперше затверджено стандарт лікування пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР та стимуляторів, окрім опіоїдів [Інтернет]. Київ: ДЕЦ МОЗ України; 2025 [цит. 2026 Бер 28].
16. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ МОЗ України від 09.11.2020 №2555 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів»» [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2020 [цит. 2026 Бер 28].
17. World Health Organization. Alcohol survey in Ukraine 2024: key findings [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Mar 28].
18. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2001 [cited 2026 Mar 28].
19. World Health Organization. Treatment of alcohol withdrawal delirium [Internet]. Geneva: WHO; mhGAP Evidence Resource Centre [cited 2026 Mar 28].
20. World Health Organization. Psychosocial support for the management of psychostimulant use disorders [Internet]. Geneva: WHO; mhGAP Evidence Resource Centre [cited 2026 Mar 28].
21. World Health Organization. Psychosocial interventions for the management of cannabis dependence [Internet]. Geneva: WHO; mhGAP Evidence Resource Centre [cited 2026 Mar 28].

22. World Health Organization. Brief psychosocial interventions [Internet]. Geneva: WHO; mhGAP Evidence Resource Centre [cited 2026 Mar 28].

23. World Health Organization. WHO updates guidelines on opioid dependence treatment and overdose prevention [Internet]. Geneva: WHO; 2025 Feb 9 [cited 2026 Mar 28].

24. World Health Organization. Opioid overdose [Internet]. Geneva: WHO; 2025 Aug 29 [cited 2026 Mar 28].

25. World Health Organization. Community management of opioid overdose [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2026 Mar 28].

РОЗЛАДИ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТРЕСОМ

Гострий стрес, тривалий розлад горя та посттравматичний стресовий розлад

Призначення розділу

Цей розділ підготовлено для лікаря, який працює в неспеціалізованих умовах надання медичної допомоги та має вміння розрізняти нормальні реакції на надмірний стрес і втрату від клінічно значущих станів, що потребують оцінки, ведення та подальшого супроводу [1, 2]. У розділі подано практичну логіку роботи з гострим стресом, значущими симптомами горя, тривалим розладом горя та посттравматичним стресовим розладом [2].

Особливістю цього розділу є те, що він спирається не лише на загальну логіку Програми ВООЗ mhGAP, а й на Посібник mhGAP з надання допомоги під час гуманітарних надзвичайних станів (mhGAP-ГУМ), який є особливо релевантним для українського контексту війни [2,6]. Саме цей інструмент адаптовано для використання в гуманітарних надзвичайних ситуаціях і він дає практичну рамку для оцінки та ведення станів, пов'язаних із травматичними подіями, втратою, переміщенням та іншими тяжкими психосоціальними стресорами [2].

Розділ допомагає лікарю:

- запідозрити клінічно значущий стрес-асоційований стан;
- провести базову структуровану оцінку;
- не пропустити інші психічні, неврологічні та пов'язані із вживанням психоактивних речовин розлади;
- надати психоосвіту і базову психосоціальну підтримку;
- вчасно визначити потребу в повторному контакті, консультації або скеруванні до спеціаліста [1, 2].

Навігація в розділі

- загальна рамка стрес-асоційованих станів у контексті війни та гуманітарних надзвичайних ситуацій;
- гострий стрес: критерії розпізнавання, оцінка, психоосвіта, базова психосоціальна підтримка, ведення окремих симптомів;
- горе і тривалий розлад горя: межа між нормальною реакцією втрати та клінічно значущим станом;
- посттравматичний стресовий розлад: ключові симптоми, оцінка, ведення та подальший супровід;
- фармакотерапія при стрес-асоційованих розладах;

- типові помилки лікаря;
- швидкий алгоритм і односторінковий клінічний підсумок.

1. Актуальність проблеми та український контекст

Війна, вимушене переміщення, втрата близьких, небезпека для життя, руйнування звичного середовища, фізичне та сексуальне насильство, хронічна невизначеність і численні щоденні стресори формують для населення України тривалий гуманітарний надзвичайний контекст [2, 6]. У таких умовах лікарі первинної медичної допомоги дедалі частіше стикаються з людьми, які звертаються зі скаргами на тривогу, безсоння, виснаження, плаксивість, нав'язливі спогади, емоційне заціпеніння, відчуття постійної загрози, соматичні симптоми без чіткого пояснення або труднощі повернення до звичного функціонування [2, 6].

Важливо розуміти, що після надзвичайного стресу або втрати більшість реакцій є нормальною людською відповіддю на ненормальні обставини [2]. Інтенсивний смуток, плач, тривога, безсоння, підвищена настороженість, дратівливість, тілесний дискомфорт, відчуття розгубленості чи емоційної відстороненості можуть бути частиною природного адаптаційного процесу [2]. У значній частини людей ці реакції зменшуються з часом без розвитку психічного розладу [2].

Водночас у частини людей вплив надмірного стресу або втрати призводить до формування клінічно значущих станів, які вже не можна розглядати лише як транзиторну реакцію [2]. До таких станів належать гострий стрес, посттравматичний стресовий розлад, значущі симптоми горя, тривалий розлад горя, а також інші психічні розлади, які можуть розвинутися або загостритися після впливу травматичних подій, зокрема депресія, розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин, та суїцидальна поведінка [1, 2].

Для працівника первинної медичної допомоги це має безпосереднє практичне значення. Людина, яка переживає стрес-зумовлений стан, далеко не завжди скаже: «У мене ПТСР» або «Я переживаю горе». Значно частіше вона звертається зі скаргами на безсоння, серцебиття, тремтіння, головний біль, втому, роздратованість, труднощі концентрації, плаксивість, відчуття, що «я не справляюся», повторні болі в тілі чи інші соматичні симптоми [2].

У межах Керівництва mhGAP стани, пов'язані зі стресом, розглядаються в модулі «Інші важливі скарги на стан психічного здоров'я» [1]. Проте в умовах війни та інших гуманітарних надзвичайних ситуацій цього часто недостатньо для практичної роботи. Саме тому в

цьому розділі використано підхід mhGAP-ГУМ, де гострий стрес, горе і ПТСР виділено окремо та подано в практичній логіці: оцінка → ведення → подальший супровід [2].

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Після тяжкого стресу або втрати більшість реакцій є нормальними і з часом зменшуються. Клінічна увага потрібна тоді, коли симптоми є вираженими, стійкими, порушують повсякденне функціонування або відповідають критеріям іншого психічного розладу [1, 2]

2. Загальні клінічні принципи

Клінічна робота зі станами, пов'язаними зі стресом, починається не з формального запитання про діагноз, а з більш базового запитання: що саме пережила людина, як це вплинуло на її функціонування і чи не розвинувся стан, який потребує клінічного ведення [1, 2]. Для цього лікар має оцінювати не лише симптоми, а й контекст події, часовий зв'язок між подією та скаргами, рівень повсякденного функціонування, наявність соціальної підтримки, супутні соматичні стани та інші ПНПР-розлади [1, 2].

2.1. Не кожна реакція на стрес є психічним розладом

Інтенсивні емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні реакції після загрозової події або втрати не слід автоматично патологізувати [2]. Смуток, тривога, плач, порушення сну, дратівливість, відчуття нереальності, тілесні симптоми або тимчасова дезорганізація можуть бути частиною природної адаптаційної відповіді [2]. Завдання лікаря — не поспішити з діагнозом психічного розладу, а допомогти відрізнити очікувану реакцію від клінічно значущого стану [1, 2].

2.2. Ключовим критерієм є порушення функціонування

У центрі клінічної оцінки має бути не лише перелік симптомів, а й те, наскільки вони порушують повсякденне життя людини [2]. Чи може людина спати, їсти, доглядати за собою, піклуватися про дітей, працювати, виконувати повсякденні задачі, підтримувати мінімальний контакт із близькими, залишатися у відносній безпеці? Саме значущі труднощі з функціонуванням часто є головною межею між нормальною реакцією і станом, який потребує активного ведення [2].

2.3. Завжди необхідно шукати інші розлади та соматичні пояснення

Стрес-зумовлені симптоми можуть співіснувати з іншими психічними, неврологічними та пов'язаними із вживанням психоактивних

речовин розладами або маскувати їх [1, 2]. Тому оцінка не повинна зупинятися на поясненні «це просто стрес». Лікар повинен зберігати настороженість щодо депресії, суїцидального ризику, розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, психотичних симптомів, а також неврологічних і соматичних станів, що можуть пояснювати або посилювати наявні скарги [1, 2].

2.4. Психоосвіта і психосоціальна підтримка є базою ведення

Для більшості стрес-зумовлених станів першим і найважливішим втручанням є не медикаменти, а пояснення стану, підтримка, допомога в задоволенні базових потреб, посилення соціальної опори і навчання простих способів управління стресом [2, 3]. Саме ці кроки найчастіше створюють основу для відновлення і зменшують ризик хронізації симптомів [2, 3].

2.5. У спілкуванні важливі делікатність і відсутність примусу

Під час оцінки травматичного досвіду або втрати лікар має бути особливо уважним до способу постановки запитань [2]. Потрібно пояснювати мету розмови, поважати конфіденційність, не тиснути на людину, не вимагати подробиць події, не примушувати до емоційного «розкриття», визнавати, що говорити про це може бути важко [2]. Для клінічної оцінки зазвичай достатньо факту події, її приблизного часу та зв'язку між подією і симптомами [2].

2.6. Медикаменти не є рутинною першою лінією

Для гострого стресу, значущих симптомів горя та ПТСР основою допомоги залишаються психосоціальні втручання [2, 4]. Медикаментозне лікування не повинно автоматично призначатися на перший прийом лише тому, що людина пережила сильний стрес або втрату [2, 4, 5].

2.7. Подальший супровід є обов'язковою частиною допомоги

Оцінка стану після травматичної події або втрати не може завершуватися одноразовим контактом [2]. Навіть якщо стан не потребує негайного скерування, лікар має визначити, коли потрібна повторна оцінка, які симптоми мають насторожити пацієнта і його близьких, у яких випадках слід звернутися раніше, і чи є потреба в активнішому супроводі, консультації або скеруванні [2].

КЛІНІЧНА ПОРАДА

Під час роботи зі стрес-зумовленими станами лікар має наперед мислити так: подія → симптоми → функціонування → безпека → супутні розлади → підтримка → повторна оцінка або скерування.

Стан	Часовий критерій	Ключові ознаки	Орієнтир для лікаря
Гострий стрес	До 1 місяця після події	Тривога, безсоння, нав'язливі спогади, уникнення, підвищена настороженість, соматичні симптоми	Психоосвіта, базова психосоціальна підтримка, повторна оцінка через 2–4 тижні
Горе	Після значущої втрати	Смуток, туга, плаксивість, безсоння, виснаження, соціальне відсторонення	Не патологізувати; оцінити функціонування, підтримку, культурний контекст
Тривалий розлад горя	Щонайменше 6 місяців після втрати	Стійка туга за померлою людиною, заглибленість у втрату, інтенсивний емоційний біль, порушення функціонування	Консультація фахівця з психічного здоров'я або скерування
ПТСР	Понад 1 місяць після події	Пережиття, уникнення, посилене відчуття загрози	Психоосвіта, травма-фокусовані психологічні втручання, плановий супровід
Нормальна реакція на стрес / втрату	Перші дні або тижні після події / втрати	Смуток, тривога, порушення сну, плач, емоційне заціпеніння без стійкого руйнування функціонування	Не патологізувати; надати підтримку, психоосвіту та повторно оцінити за потреби

3. Гострий стрес

Гострий стрес — це стан, який може розвинутися після потенційно травматичної події та проявлятися значущими емоційними, когнітивними, поведінковими і соматичними симптомами, що порушують повсякденне функціонування людини [2]. До потенційно травматичних подій належать ситуації, у яких життю або здоров'ю людини чи інших осіб загрожувала небезпека, зокрема фізичне або сексуальне насильство, обстріл, серйозна аварія, тяжка травма, присутність при жо-

рстоких подіях або інші надзвичайно загрозливі обставини [2]. У практиці первинної медичної допомоги гострий стрес часто проявляється не прямою скаргою на травму, а безсонням, внутрішнім напруженням, соматичним дискомфортом, плаксивістю, різкою реакцією на подразники або відчуттям, що людина «не може зібратися» після події [2].

Підозра на гострий стрес є обґрунтованою тоді, коли потенційно травматична подія сталася протягом останнього місяця, симптоми виникли після цієї події, а їхня вираженість призводить до значних труднощів у повсякденному функціонуванні або стає причиною звернення по допомогу [2]. Особливої уваги потребують люди, які залишаються під впливом поточної небезпеки, пережили кілька травматичних подій поспіль або мають обмежену соціальну підтримку, оскільки в таких випадках ризик стійкішого перебігу симптомів є вищим [2].

3.1. Коли слід підозрювати гострий стрес. Лікаря слід думати про гострий стрес, якщо після нещодавньої загрозливої або страшної події людина повідомляє про виражену тривогу, проблеми зі сном, труднощі концентрації, повторювані страшні сни, нав'язливі небажані спогади про подію, уникнення нагадувань про подію, підвищену настороженість, сильну реакцію на гучні звуки чи раптові рухи, відчуття емоційного заціпеніння, виражену плаксивість, дратівливість або злість, тілесні симптоми без очевидного пояснення, зокрема серцебиття, запаморочення, головний біль, болі в тілі, гіпервентиляцію, а також дисоціативні симптоми, пов'язані з тілом [2].

3.2. Оцінка гострого стресу. У практичній логіці mhGAP-ГУМ оцінка гострого стресу може бути побудована навколо трьох ключових запитань [2]:

Чи пережила людина нещодавно потенційно травматичну подію?

Чи є в людини значущі симптоми гострого стресу?

Чи є інші захворювання або розлади, які можуть пояснити симптоми?

Під час оцінки не потрібно детально розпитувати про саму травматичну подію. Для клінічного рішення важливі факт події, часовий зв'язок із симптомами, рівень порушення функціонування та виключення інших станів [2].

3.3. Ведення гострого стресу. За належної підтримки більшість випадків гострого стресу поступово минає [2]. Основою ведення є психоосвіта, базова психосоціальна підтримка, зниження поточних стресогенних чинників, посилення соціальної підтримки та навчання простих навичок управління стресом [2, 3].

У всіх випадках гострого стресу доцільно уважно слухати, але не

примушувати людину говорити; запитати про поточні потреби і занепокоєння; допомогти задовольнити базові потреби; сприяти доступу до медичних, соціальних і гуманітарних послуг; допомогти відновити контакт із родиною або підтримувальним оточенням; за можливості захистити людину від подальшої шкоди [2].

Практично корисною є фраза: «Це нормальна реакція на ненормальні обставини» [2].

3.4. Ведення окремих симптомів. Безсоння при гострому стресі потребує насамперед психоосвіти, перевірки зовнішніх і соматичних причин та нагадування принципів гігієни сну [2]. При гіпервентиляції важливо спочатку виключити соматичні причини, після чого допомогти людині відновити дихання через повільне дихання; не слід радити дихання в паперовий пакет [2]. При нічному нетриманні сечі у дітей після стресової події основою допомоги є підтримка батьків, відсутність покарання та проста поведінкова допомога [2]. При дисоціативних симптомах слід спершу виключити неврологічні та інші соматичні причини [2].

Симптом / ситуація	Що слід оцінити	Практичні дії лікаря
Безсоння	Зовнішні чинники, біль, соматичні причини, гігієна сну	Психоосвіта, немедикаментозні підходи, короткочасна фармакотерапія лише у виняткових ситуаціях
Гіпервентиляція	Соматичні причини	Заспокоїти, пояснити зв'язок зі стресом, навчити повільного дихання; не рекомендувати паперовий пакет
Нічне нетримання сечі у дітей	Інші причини сну-резу, рівень стресу, реакцію батьків	Підтримка батьків, відсутність покарання, проста поведінкова допомога
Дисоціативні симптоми	Неврологічні та інші соматичні причини	Не трактувати як симуляцію, пояснювати зв'язок зі стресом, зберігати поважливу комунікацію
Сильна реакція на тригери	Зв'язок із нагадуваннями про подію, рівень безпеки, наявність ПТСР	Пояснити зв'язок симптомів із травмою, навчити заземлення, оцінити потребу в додатковому супроводі

3.5. Подальший супровід

Якщо стан не покращується або симптоми посилюються, людину доцільно запросити на повторний контакт через 2–4 тижні [2]. Під час повторної оцінки важливо знову перевірити динаміку симптомів, рівень функціонування, безпеку, наявність супутньої депресії, появу симптомів ПТСР та потребу в консультації або скеруванні [2].

КЛЮЧОВІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Гострий стрес слід розглядати в межах першого місяця після потенційно травматичної події [2].

Для клінічного припущення важливі подія, час, симптоми і порушення функціонування [2].

Основою ведення є психоосвіта, базова психосоціальна підтримка, посилення соціальної опори і навчання управлінню стресом [2, 3].

Медикаменти не є рутинною першою лінією при гострому стресі [2, 5].

4. Горе і тривалий розлад горя

Горе є природною людською реакцією на втрату [2]. Найчастіше йдеться про смерть близької людини, однак у контексті війни та гуманітарних надзвичайних ситуацій джерелом глибокого горя також можуть бути втрата дому, безпечного середовища, звичного способу життя, професійної ролі, соціального статусу, домашніх тварин, спільноти або інших значущих зв'язків [2]. У багатьох людей ці втрати поєднуються, тому клінічна картина може включати не лише смуток, а й тривогу, виснаження, розгубленість, тілесні скарги та тимчасове зниження здатності виконувати щоденні ролі [2].

У клінічній практиці надзвичайно важливо підкреслити: горе саме по собі не є психічним розладом [2]. Більшість реакцій горювання є болісними, але природними, і в більшості людей вони поступово зменшуються без формування психічного розладу [2]. Завдання лікаря полягає не в патологізації скорботи, а в розпізнаванні тих випадків, де симптоми стають надмірно вираженими, затяжними або функціонально руйнівними [2].

4.1. Коли слід думати про клінічно значущі симптоми горя.

Людина, яка переживає горе, може звертатися зі скаргами на смуток, плаксивість, тривогу, тугу за померлою людиною, безсоння, втрату

апетиту, виснаження, труднощі концентрації, соціальне відсторонення та тілесні симптоми без нового соматичного пояснення [2]. Клінічна увага потрібна тоді, коли симптоми є вираженими, істотно порушують повсякденне функціонування, тривають довше або є тяжчими, ніж очікується в конкретному культурному та соціальному контексті [2].

4.2. Оцінка горя. Оцінка горя може бути побудована навколо трьох ключових запитань [2]:

Чи була в людини значуща втрата протягом останніх 6 місяців?

Чи є в людини значущі симптоми горя?

Чи є інші захворювання або розлади, які можуть пояснити симптоми?

Факт втрати не виключає наявності депресії. Якщо поряд із горюванням з'являються виражена безнадійність, стійке почуття нікчемності, суїцидальні думки або різке тривале зниження функціонування, слід проводити повноцінну оцінку депресії [1, 2].

4.3. Ведення значущих симптомів горя. Основою ведення горя є психосоціальна підтримка, психоосвіта, делікатне посилення соціальної опори, допомога в адаптації до втрати та спостереження за динамікою стану [2]. Медикаментозного лікування горя не існує [2]. На первинному рівні важливо дати людині відчуття безпечного контакту, допомогти окреслити практичні потреби та підтримати поступове повернення до щоденних справ у прийнятному для неї темпі [2].

Психоосвіта при горі має особливе значення. Людині важливо пояснити, що люди по-різному переживають втрату; що плач або його відсутність не є показником «правильного» чи «неправильного» горювання; що хвилеподібний перебіг горя є нормальним; що з часом інтенсивність переживань у більшості людей зменшується; що горе не має єдиного правильного способу проживання [2].

4.4. Тривалий розлад горя. У частини людей гостра реакція горювання не зменшується належним чином, а зберігається у вираженій формі протягом тривалого часу [2]. Тривалий розлад горя слід підозрювати тоді, коли:

- зберігається стійка туга за померлою людиною або виражена заглибленість у втрату;

- наявний інтенсивний емоційний біль;

- істотно порушене повсякденне функціонування;

- стан триває щонайменше 6 місяців [2].

У таких випадках доцільно проконсультуватися зі спеціалістом з психічного здоров'я або скерувати людину для спеціалізованої допомоги [2].

Клінічний кейс	Тривалий розлад горя
Клінічна ситуація	Жінка 52 років через 8 місяців після загибелі чоловіка скаржиться на постійну тугу, виснаження, безсоння, втрату апетиту та відчуття, що її життя «зупинилося». Вона ізолювалася, припинила працювати і не повернулася до звичних ролей
Клінічне мислення лікаря	Зберігаються стійка туга за померлим, виражена заглибленість у втрату, інтенсивний емоційний біль і значне порушення повсякденного функціонування понад 6 місяців. Це змушує думати про тривалий розлад горя [2]
Практичні дії	Надати базову психологічну підтримку, оцінити рівень ізоляції, депресивні симптоми і суїцидальний ризик, окреслити доступну соціальну підтримку, проконсультуватися з фахівцем з психічного здоров'я або скерувати пацієнтку [1, 2]

4.5. Подальший супровід. Якщо симптоми горя не зменшуються або посилюються, доцільно запланувати повторний контакт через 2–4 тижні [2]. На повторному візиті слід оцінити динаміку симптомів, рівень функціонування, наявність підтримки, ознаки депресії, суїцидальний ризик, ймовірність тривалого розладу горя і потребу в консультації або скеруванні [1, 2].

КЛЮЧОВІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Горе є нормальною реакцією на втрату і не дорівнює психічному розладу [2].

Клінічної уваги потребують значущі симптоми горя, що істотно порушують функціонування [2].

Основою ведення є психоосвіта, психологічна підтримка, соціальна опора і допомога в адаптації до втрати [2].

Медикаменти не є рутинним методом ведення горя [2, 5].

При тривалому, вираженому і дезадаптивному перебігу слід думати про тривалий розлад горя та скерувати до фахівця [2].

5. Посттравматичний стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це специфічний психічний розлад, який може розвинутися після переживання потенційно травматичної події [2, 4]. До таких подій належать обстріли, фізичне або сексуальне насильство, тяжкі аварії, безпосередня загроза смерті, тяжкі поранення або перебування свідком насильства чи загибелі інших людей [2]. Для лікаря первинної ланки важливо пам'ятати, що ПТСР часто поєднується з депресивними симптомами, порушенням сну, соматичними скаргами та, інколи, зловживанням психоактивними речовинами, тому потребує ширшої клінічної оцінки [1, 2, 4].

Важливо підкреслити, що ПТСР розвивається не в більшості людей, які пережили травматичні події [2, 4]. Більшість реакцій на травму з часом зменшуються і не переходять у психічний розлад [2]. Саме тому клінічне рішення має спиратися не лише на сам факт події, а на поєднання часового критерію, специфічних груп симптомів і рівня порушення функціонування [2, 4].

5.1. Коли слід підозрювати ПТСР. У клінічній практиці ПТСР не завжди легко розпізнати з першого контакту. Людина може звертатися насамперед із неспецифічними скаргами на порушення сну, дратівливість, стійкий тривожний або пригнічений настрій, повторні тілесні симптоми без чіткої причини, виснаження чи труднощі концентрації [2, 4]. Ключовими є три групи симптомів: перепроживання травматичної події; уникнення нагадувань про неї; посилене відчуття загрози, яке проявляється підвищеною настороженістю, надмірною пильністю або вираженою реакцією здригання [2, 4]. Підозра на ПТСР є особливо обґрунтованою тоді, коли людина пережила потенційно травматичну подію, характерні симптоми тривають понад 1 місяць після події, симптоми пов'язані саме з цією подією і вони істотно порушують повсякденне функціонування [2, 4].

5.2. Оцінка ПТСР. Оцінка ПТСР будується навколо трьох ключових запитань [2]:

Чи пережила людина потенційно травматичну подію понад місяць тому?

Чи є в людини три характерні групи симптомів ПТСР?

Чи є інші розлади або соматичні стани, які можуть пояснити симптоми?

Перепроживання включає повторювані небажані спогади, страшні сни, флешбеки та сильний дистрес при нагадуванні про подію [2, 4]. Уникнення включає уникання думок, розмов, місць, людей чи ситуацій, що нагадують про подію [2, 4]. Посилене відчуття загрози включає підвищену настороженість, надмірну пильність, сильну реакцію на раптові звуки чи рухи та труднощі розслаблення [2, 4].

Група симптомів ПТСР	Типові прояви	Що це означає для лікаря
Перепроживання	Нав'язливі спогади, страшні сни, флешбеки, виражений дистрес при нагадуванні	Симптоми прямо пов'язані з травматичною подією і підтримують підозру на ПТСР
Уникнення	Уникання думок, розмов, місць, людей чи ситуацій, що нагадують про подію	Людина може обмежувати повсякденне життя, щоб не стикатися з тригерами
Посилене відчуття загрози	Підвищена настороженість, надмірна пильність, реакція здригання, труднощі розслаблення	Вказує на постійне відчуття небезпеки та значне функціональне навантаження

5.3. Ведення ПТСР. У веденні ПТСР першою лінією є психосоціальна допомога та структуровані психологічні втручання [2, 4]. Для дорослих NICE рекомендує насамперед індивідуальні травма-фокусовані КПТ-втручання; залежно від клінічної ситуації також розглядається EMDR [4]. Роль лікаря первинної медичної допомоги полягає у ранньому розпізнаванні ПТСР, поясненні природи симптомів, підтримці безпеки та організації маршруту до належного психологічного лікування [2, 4].

На практиці це означає, що лікар первинної ланки має надати психоосвіту, забезпечити базову психосоціальну підтримку, оцінити поточні потреби і рівень безпеки, посилити соціальну підтримку та, за можливості, організувати скерування на структуроване психологічне лікування [2, 4].

Клінічний кейс	Посттравматичний стресовий розлад
Клінічна ситуація	Чоловік 35 років через 2 місяці після обстрілу скаржиться на безсоння, дратівливість, різку реакцію на гучні звуки, труднощі концентрації та постійне внутрішнє напруження. Він має страшні сни, нав'язливі спогади, уникає транспорту, новин і місць скупчення людей
Клінічне мислення лікаря	Є потенційно травматична подія понад місяць тому та три характерні групи симптомів: пережиття, уникнення та посилене відчуття загрози. Симптоми істотно порушують функціонування, що робить ПТСР найбільш імовірним поясненням стану [2, 4]
Практичні дії	Надати психоосвіту щодо ПТСР, забезпечити базову психосоціальну підтримку, оцінити безпеку і поточні потреби, за можливості скерувати на структуроване психологічне лікування та домовитися про повторний контакт через 2–4 тижні [2, 4]

5.4. Подальший супровід. Регулярне спостереження є обов'язковою частиною плану лікування ПТСР. Другу зустріч доцільно планувати протягом 2–4 тижнів, а подальші — залежно від перебігу розладу [2, 4]. На повторних контактах слід оцінювати динаміку симптомів пережиття, ступінь уникнення, рівень підвищеної настороженості, сон, функціонування, прихильність до лікування, безпеку та потребу в спеціалізованій допомозі [2, 4].

КЛЮЧОВІ ПОВІДОМЛЕННЯ

ПТСР слід підозрювати тоді, коли після потенційно травматичної події понад місяць зберігаються пережиття, уникнення та посилене відчуття загрози [2, 4].

На початку ПТСР може маскуватися під безсоння, дратівливість, тривогу або соматичні скарги [2, 4].

Першою лінією є психосоціальна допомога і структуровані психологічні втручання [2, 4].

Подальший супровід слід планувати рано, зазвичай через 2–4 тижні [2, 4].

6. Фармакотерапія при стрес-зумовлених розладах

Фармакотерапія має допоміжне, а не провідне місце [2, 4]. Для гострого стресу, горя та ПТСР першою лінією допомоги залишаються психоосвіта, психосоціальна підтримка, структуровані психологічні втручання та подальший супровід [2, 4].

6.1. Гострий стрес. При гострому стресі рутинна фармакотерапія не рекомендована [2]. Першою лінією залишаються психоосвіта, базова психосоціальна підтримка, посилення соціальної опори та навички управління стресом [2, 3].

6.2. Горе і тривалий розлад горя. Для симптомів горя медикаменти не слід призначати [2]. Основою допомоги залишаються підтримка, психоосвіта, посилення соціальної опори, допомога в адаптації до втрати та, за потреби, скерування до фахівця [2]. Якщо поряд із горем є клінічна картина депресивного епізоду, слід оцінити депресію окремо і вести її за відповідним розділом посібника [1].

6.3. Посттравматичний стресовий розлад. Для ПТСР медикаменти також не є рутинною першою лінією [4]. Для дорослих з діагнозом ПТСР NICE допускає розгляд венлафаксину або СИЗЗС, зокрема сертраліну, якщо людина надає перевагу медикаментозному лікуванню; таке лікування слід регулярно переглядати [4]. Під час фармакотерапії важливо оцінювати переносимість, прихильність, динаміку симптомів і не втрачати з поля зору потребу в психологічному лікуванні [4, 5].

Стан	Роль фармакотерапії	Що можна розглядати	Що не слід робити
Гострий стрес	Не є рутинною першою лінією	Лише винятково короткочасна симптоматична підтримка у дорослого пацієнта за наявності чітких показань	Не робити бензодіазепіни стандартним рішенням [2, 5]
Горе / тривалий розлад горя	Не є стандартним методом ведення	Оцінювати і лікувати депресивний епізод окремо, якщо він наявний	Не призначати антидепресант як «лікування горя» [1, 2]

Стан	Роль фармакотерапії	Що можна розглядати	Що не слід робити
ПТСР	Додатковий варіант у вибраних клінічних ситуаціях	У дорослих — венлафаксин або СИЗС, зокрема сертралін, якщо людина обирає медикаментозне лікування [4]	Не замінювати психологічне лікування медикаментами; не призначати ліки дітям і підліткам [4]
Діти та підлітки	Медикаменти не є рекомендованим підходом для ПТСР	Психоосвіта, підтримка сім'ї, скерування на психологічну допомогу	Не призначати антидепресанти або інші ліки як стандартне лікування ПТСР [4]

КЛЮЧОВІ ПОВІДОМЛЕННЯ

При гострому стресі медикаменти не є рутинною першою лінією [2].

При горі медикаменти не слід використовувати як стандартне лікування симптомів горювання [2].

При ПТСР у дорослих фармакотерапію можна розглядати, але вона не замінює травма-фокусовані психологічні втручання [4].

Не пропонуйте лікарські засоби для лікування ПТСР дітям і підліткам [4].

7. Типові помилки лікаря при роботі зі стрес-зумовленими розладами

Типова помилка	Чому це проблема	Як діяти правильно
Автоматично вважати будь-яку реакцію на втрату або травму психічним розладом	Призводить до надмірної медикалізації природних реакцій	Оцінити час від події, вираженість симптомів і рівень порушення функціонування
Не уточнювати, коли саме сталася подія або втрата	Без часового критерію важко розрізнити гострий стрес, ПТСР і тривалий розлад горя	Обов'язково уточнювати часовий зв'язок між подією та симптомами

Типова помилка	Чому це проблема	Як діяти правильно
Детально розпитувати про травматичну подію без клінічної необхідності	Може повторно травматизувати людину і знизувати довіру	Для оцінки достатньо факту події, приблизного часу та зв'язку із симптомами
Ігнорувати інші ПНПР-розлади або соматичні причини	Під маскою стресу можуть ховатися депресія, суїцидальний ризик, вживання ПАР або соматичний стан	Завжди проводити базову диференційну оцінку
Оцінювати лише симптоми, але не функціонування	Можна недооцінити клінічну значущість стану	Оцінювати сон, самообслуговування, здатність працювати і підтримувати соціальні контакти
Рутинно призначати медикаменти при гострому стресі або горі	Медикаменти не є першою лінією і можуть заважати правильній тактиці ведення	Починати з психоосвіти, підтримки і посилення соціальної опори
Не враховувати культурні та сімейні форми скорботи	Можна хибно визнати культурно очікувану реакцію патологічною	Делікатно уточнювати, як у середовищі людини зазвичай проживають втрату
Не думати про тривалий розлад горя, якщо інтенсивний біль не зменшується	Людина довго залишається без необхідного скерування	При симптомах понад 6 місяців думати про тривалий розлад горя і скеровувати
Не планувати повторний контакт	Без спостереження легко пропустити погіршення, ПТСР, депресію або суїцидальний ризик	Планувати повторну оцінку, зазвичай протягом 2–4 тижнів

КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Найчастіші помилки виникають тоді, коли лікар або надмірно патологізує природні реакції, або, навпаки, знецінює симптоми, які вже стали клінічно значущими [1, 2]

8. Швидкий алгоритм ведення пацієнта зі стрес-зумовленими станами

Підозрюйте стрес-зумовлений стан, якщо людина пережила потенційно травматичну подію або значущу втрату і після цього з'явилися виражені емоційні, когнітивні, поведінкові або соматичні симптоми [2].

Спочатку уточніть:

- яка саме подія або втрата сталася;
- коли це сталося;
- чи з'явилися симптоми після цієї події;
- наскільки вони порушують повсякденне функціонування [2].

Далі мисліть так:

● якщо подія була в межах останнього місяця і є значущі симптоми з порушенням функціонування — думайте про гострий стрес;

● якщо є втрата і клінічно значущі симптоми горя — оцінійте горе;

● якщо після травматичної події понад місяць зберігаються переживання, уникнення та посилене відчуття загрози — думайте про ПТСР;

● якщо виражена туга, інтенсивний емоційний біль і порушення функціонування зберігаються щонайменше 6 місяців — думайте про тривалий розлад горя [2, 4].

На всіх етапах:

- виключайте соматичні причини;
- оцінійте депресію, суїцидальний ризик та інші ПНПР-розлади;
- починайте з психоосвіти і психосоціальної підтримки;
- не поспішайте з медикаментозним лікуванням;
- плануйте повторну оцінку [1, 2].

Швидка схема для лікаря

Подія / втрата → час від події → симптоми → функціонування → виключення інших станів → психоосвіта і психосоціальна підтримка → повторний контакт / скерування

9. Односторінковий клінічний підсумок

Після важкого стресу або втрати більшість реакцій є нормальними і не потребують негайної патологізації [2]. Клінічної уваги потребують ті стани, при яких симптоми є вираженими, не зменшуються з часом, порушують повсякденне функціонування або поєднуються з іншими ПНПР-розладами чи суїцидальним ризиком [1, 2].

Гострий стрес слід підозрювати, якщо потенційно травматична подія сталася протягом останнього місяця, симптоми виникли після неї і вони порушують функціонування [2].

Горе саме по собі не є психічним розладом; клінічно значущими є ті симптоми горя, які є вираженими, тривало порушують функціонування і виходять за межі очікуваного культурного контексту [2].

Тривалий розлад горя слід підозрювати тоді, коли є стійка туга за померлою людиною або надмірна заглибленість у втрату, зберігається інтенсивний емоційний біль і функціонування порушене щонайменше 6 місяців [2].

ПТСР слід підозрювати, якщо після потенційно травматичної події понад місяць зберігаються переживання, уникнення та посилене відчуття загрози [2, 4].

На первинному рівні допомоги:

- оцініть факт події, час і симптоми;
- оцініть функціонування;
- виключіть соматичні та інші психічні розлади;
- почніть із психоосвіти та психосоціальної підтримки;
- посильте соціальну опору;
- навчіть базових навичок управління стресом;
- заплануйте повторну зустріч [2, 3].

Пам'ятайте:

- не потрібно змушувати людину детально переповідати травму;
- медикаменти не є рутинною першою лінією при гострому стресі або горі;

● при ПТСР у дорослих антидепресанти можна розглядати лише в окремих клінічних ситуаціях, але вони не замінюють травма-фокусоване психологічне лікування;

● антидепресанти не слід призначати дітям і підліткам для ведення ПТСР [4, 5].

Перелік джерел

1. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 2.0 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2026 Apr 10].

2. World Health Organization, United Nations High Commissioner for Refugees. mhGAP humanitarian intervention guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2026 Apr 10].

3. World Health Organization. Doing what matters in times of stress: an illustrated guide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2026 Apr 10].

4. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder. NICE guideline NG116 [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018 [updated 2025 Apr 8; cited 2026 Apr 10].

5. National Institute for Health and Care Excellence. Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults. NICE guideline NG215 [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2022 [cited 2026 Apr 10].

6. WHO Regional Office for Europe. Health needs assessment of the adult population in Ukraine: survey report: April 2025 [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025 [cited 2026 Apr 10].

ЗМІСТ

Передмова	3
Подяки	5
Перелік скорочень	6
Як користуватися посібником	7
Концептуальна схема посібника	9
Вступні розділи	11
Депресія	27
Самоушкодження та суїциди	48
Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин	61
Розлади, пов'язані зі стресом	79

ДЛЯ ПОДАТОК

Навчальне видання

**МОРВАНЮК Ганна Володимирівна,
ОПРЯ Євген Васильович**

**КОМУНІКАТИВНІ НАВИЧКИ ТА АЛГОРИТМИ ВЕДЕННЯ
ПАЦІЄНТІВ З ПОШИРЕНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ
НА ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ ЗА КЕРІВНИЦТВОМ mhGAP
(депресії, самошкодження, суїциди, розлади, пов'язані
із вживанням психоактивних речовин, гострий стрес,
тривалий розлад горя та посттравматичний стресовий розлад)**

Навчальний посібник

Електронне видання

Формат 60x84/16. Ум.-друк. арк. 5,76. Тираж 1 пр. Зам. 3076

Одеський національний медичний університет
65001, Одеса, Валіховський пров., 2.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 668 від 13.11.2001.
e-mail: office@onmedu.edu.ua тел.: (048) 723-42-49 факс: (048) 723-22-15

