

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
№ _____

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ПЕРВИННОЇ ТА СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС.
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД.
ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ**

2024

ВСТУП

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини з метою покращення результатів надання медичної допомоги пацієнтам з гострою реакцією на стрес та посттравматичним стресовим розладом.

Даний УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою на основі клінічної настанови «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, в якому розглядаються питання медичної допомоги пацієнтам з гострою реакцією на стрес (ГРС) та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

Ознайомитися з текстом клінічної настанови «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» можна за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

Даний УКПМД розроблено мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей - лікарі-психіатри, лікарі-психіатри дитячі, лікарі-психотерапевти, лікарі-психологи, психологи та клінічні психологи.

В УКПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам з ГРС та ПТСР. Основним завданням при розробці протоколу були забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтам з ГРС та ПТСР створення єдиних принципів щодо профілактики, діагностики, лікування та спостереження пацієнтів, а також обґрунтування кадрового забезпечення та ресурсного оснащення закладів охорони здоров'я (далі - ЗОЗ).

Відповідно до ліцензійних вимог та стандартів акредитації у ЗОЗ має бути внутрішній документ ЗОЗ, що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо.

Перелік скорочень, що використовуються у протоколі

АД	Антидепресанти
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГРС	Гостра реакція на стрес
ДПРО	Десенсибілізація та переробка рухом очей
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
КМП	Клінічний маршрут пацієнтів
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
КТ	Комп'ютерна томографія
МКХ-10	Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-е видання)
МКХ-11	Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (11-е видання)
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МРТ	Магнітно-резонансна томографія
НЕТ	Наративно-експозиційна терапія
Не-ТФ-КПТ	Нетравмафокусована когнітивно-поведінкова терапія
ПА	Порушення адаптації
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
СІЗЗС	Селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну
ТФ-КПТ	Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЧМТ	Черепно-мозкова травма
CAPS-5	Шкала клінічної діагностики ПТСР на основі DSM-5
DSM-5	Керівництво з діагностики і статистики психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 5-е видання
KidNET	Наративно-експозиційна терапія для дітей.
PHQ-9	Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire)
PSQI	Пітсбурзький опитувальник якості сну
CFTSI	Втручання з приводу травматичного стресу дитини та сім'ї
mhGAP	Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я
ICPC-2	Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги 2 видання

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1. Діагноз:

Гостра реакція на стрес

Посттравматичний стресовий розлад

Порушення адаптації

2. Коди стану або захворювання.

Коди стану або захворювання відповідно до НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

Гостра реакція на стрес (F43.0)

Посттравматичний стресовий розлад (F43.1)

Порушення адаптації (F43.2)

Інші реакції на тяжкий стрес (F43.8).

Реакція на тяжкий стрес, не уточнена (F43.9).

Коди стану або захворювання відповідно до МКХ-10:

Гостра реакція на стрес (F43.0)

Посттравматичний стресовий розлад (F43.1)

Порушення адаптації (F43.2)

Короткочасна депресивна реакція (F43.20).

Пролонгована депресивна реакція (F43.21).

Змішана тривожна і депресивна реакція (F43.22).

З переважанням емоційних порушень (F43.23).

З переважанням порушень поведінки (F43.24).

Змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25).

Інші реакції на тяжкий стрес (F43.8).

Реакція на тяжкий стрес, не уточнена (F43.9).

3. Протокол призначений для: лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, лікарів-педіатрів, лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів судово-психіатричних експертів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психологів, клінічних психологів.

4. Мета: визначення та розробка комплексу заходів з профілактики, раннього та своєчасного виявлення, діагностики, лікування та реабілітації гострої реакції на стрес, розладів адаптації, посттравматичного стресового розладу, впровадження медико-організаційних та лікувально-діагностичних підходів на основі сучасних принципів доказової медицини.

5. Дата складання протоколу: 2024 рік.

6. Дата перегляду протоколу 2029 рік.

7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Дубров Сергій перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;

Гармата Олена головний спеціаліст сектору з охорони психічного здоров'я Департаменту медичних послуг

	Міністерства охорони здоров'я України, заступник голови робочої групи;
Мішиєв В'ячеслав	директор комунального некомерційного підприємства «Клінічна лікарня «ПСИХІАТРІЯ»» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), завідувач кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою);
Аврамчук Олександр	доцент кафедри клінічної психології Українського католицького університету (за згодою);
Ассонов Дмитро	PhD, асистент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Возніцина Ксенія	директор державного закладу «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» Міністерства охорони здоров'я України;
Гуль Андрій	медичний директор державної установи «Інститут судової психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»;
Климчук Віталій	віце-президент Національної психологічної асоціації, експерт проекту «Психічне здоров'я для України» (за згодою);
Марута Наталія	заступник директора з наукової роботи «Інститут неврології, психіатрії і наркології Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Марценковський Дмитро	асистент кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Омелянєвич Віталій	доктор медичних наук, професор, професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Підлісецька Леся	керівник клініки психічного здоров'я дітей, підлітків та молоді, Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр (за згодою);
Сумарюк Богдан	асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології Буковинського державного

Франкова Ірина	медичного університету, експерт проекту «Психічне здоров'я для України» (за згодою); асистент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (за згодою);
Хаустова Олена	завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Чабан Олег	доктор медичних наук, професор, академік АНВО України, директор інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
----------------	--

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного веб-сайту Міністерства охорони здоров'я (<http://www.moz.gov.ua>) та з Реєстру медико-технологічних документів (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>).

Рецензенти:

Венгер Олена Петрівна	завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, доктор медичних наук, професор;
Маркова Маріанна Владиславівна	завідувач кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету МОЗ України, доктор медичних наук, професор;
Пилягіна Галина Яківна	завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я імені П. Л. Шупика МОЗ України, доктор медичних наук, професор.

8. Коротка епідеміологічна інформація

Інформація щодо поширеності та захворюваності ПТСР в Україні за офіційними даними МОЗ України на момент розробки даного УКПМД відсутні. Відповідно до останніх опублікованих досліджень в Україні поширеність ПТСР коливалася від 11.1% до 50.8%, КПТСР – від 9.2% до 14.6% залежно від методології та часу проведення дослідження.

Дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), свідчать, що психічна травматизація є поширеною в усьому світі, що вона нерівномірно розподілена серед населення, зокрема майже три чверті всіх випадків ПТСР припадають на країни з низьким та середнім рівнем доходу. Ризик ПТСР суттєво відрізняється залежно від типу травми, оскільки травми, пов'язані з міжособистісним насильством (особливо сексуальним насильством у стосунках), несуть найвищий ризик подальшого розвитку ПТСР. Також існує високий тягар ПТСР на рівні популяції, пов'язаний з несподіваною смертю близької людини – дуже поширеним типом травми, який асоціюється з низьким ризиком ПТСР на індивідуальному рівні.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Згідно з «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10-СМ (ВООЗ, 1992), гостра реакція на стрес (F43.0) – тимчасовий розлад, що розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай зникає через кілька годин, днів або тижнів; за МКХ-11 (ВООЗ, 2018), гостра реакція на стрес вважається нормальною реакцією на аномальні життєві обставини. ПТСР (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенну подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

ГРС та ПТСР – стани психіки, які мають наступні базові симптоми:

повторне переживання травматичної події в теперішньому часі, коли подія не просто згадується, а переживається як така, що відбувається знову тут і зараз;

свідоме уникнення нагадувань, які можуть призвести до повторного переживання травматичної події (подій);

стійке відчуття підвищеної поточної загрози, наприклад, про що свідчить підвищена пильність або посилена реакція здригання на такі подразники, як несподівані звуки.

Основна відмінність між ГРС і ПТСР в МКХ-10-СМ, DSM-V та МКХ-11 – це тривалість часового проміжку, що минув з моменту травматичної події. Окрім того, DSM-V пропонує більш специфічний підхід до визначення травматичного досвіду та мінімальної кількості симптомів кожного кластеру для постановки діагнозу, ніж МКХ-10 та МКХ-11.

Відповідно до DSM-V ГРС діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць. ПТСР виникає після ГРС або латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 місяців або зрідка – до декількох років. Перебіг

ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше трьох місяців, і хронічний, коли симптоми зберігаються три і більше місяці. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 місяців після травматичної події, розлад визначається як ПТСР з пізнім проявом. ПТСР має хвилеподібний перебіг. У більшості випадків пацієнти одужують, але інколи хвороба триває протягом багатьох років після травматичного досвіду і трансформується в стійку зміну особистості (F62.0).

Важливе значення має інтегрована медична допомога з комплексною соціальною реабілітацією пацієнтів з ПТСР, із залученням членів сім'ї.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

1. Основні заходи з попередження розвитку ГРС, ПТСР та порушень адаптації

Положення протоколу

Профілактика включає ряд заходів, спрямованих на попередження розвитку ГРС, ПТСР та порушень адаптації внаслідок потенційно травматичних подій, які реалізуються шляхом проведення підготовки та попередньої психоосвітньої роботи щодо реагування психіки на важкі психотравмуючі події. Основні заходи профілактики ГРС, ПТСР та порушень адаптації включають надання особам, що зазнали травматичних подій, емоційної підтримки та інформації про механізми впливу стресу на організм, а також про заходи щодо подолання цього впливу

Профілактика розвитку ГРС, ПТСР та порушень адаптації спрямована на зменшення ризику виникнення цих станів в осіб, які зазнали впливу потенційно травматичних подій. Важливо створити безпечне середовище та сприяти психологічній стійкості, надаючи інформацію та підтримку. Психоосвіта щодо стресових реакцій, розвиток навичок копінгу та регуляції емоцій, а також соціальна підтримка можуть сприяти зниженню ризику психологічних проблем після травматичного досвіду.

Обґрунтування

Доведена ефективність та доцільність щодо застосування підходу «першої психологічної допомоги» під час подій надзвичайно загрозливого або катастрофічного характеру.

Існує доказова база доцільності щодо застосування підготовки з першої психологічної допомоги для своєчасного реагування під час катастрофи чи терористичних актів для попередження розвитку ПТСР. Наявні докази того, що перша психологічна допомога сприяє збільшенню усвідомленості про можливості адаптації до досвіду травматичних ситуацій, зменшенню стигматизації, посиленню мотивації до звернення за спеціалізованою допомогою та соціальною підтримкою.

Необхідні дії**Обов'язкові:**

Проведення психоосвітніх заходів, направлених на поліпшення розуміння можливих реакцій організму у відповідь на перенесену травматичну подію.

Навчання базовим навичкам регуляції емоційного стану.

Рекомендації пацієнту щодо можливості звернення до інших немедичних структур, доступних в громаді, з метою отримання відповідного рівня емоційної підтримки.

Бажані:

Проводити професійно-психологічну підготовку (зокрема до перебування в полоні), психологічну просвіту окремих категорій осіб:

які за своєю професійною діяльністю можуть перебувати в екстремальних ситуаціях, у тому числі командування та працівників правоохоронних органів та військовослужбовців, військових формувань, рятувальників, медичних працівників невідкладної допомоги, тощо;

перед виконанням службово-бойових завдань в екстремальних (бойових) умовах за спеціально розробленими програмами у системі бойової та спеціальної, професійної, службової підготовки окремо за категоріями персоналу.

У зоні катастроф і терористичних актів працівники сфери екстреної медичної допомоги та психічного здоров'я, які першими прибувають на місце катастрофи, підготовлені військовослужбовці та працівники служб швидкого реагування на надзвичайні ситуації визначають необхідність надання першої психологічної допомоги пацієнтам. Першим етапом надання допомоги в таких ситуаціях є сортування потерпілих з метою виявлення осіб, які потребують негайної професійної допомоги, від тих, хто потребує психосоціальної підтримки, підходу з урахуванням травми та/або першої психологічної допомоги

Основними ознаками, за якими можна виявити осіб, що потребують професійної психологічної допомоги, є:

стійка нездатність рухатися;

втрата спогадів, таких як факти, інформація та досвід;

дисоціація, деперсоналізація, дереалізація;

надзвичайна збудження (панічні атаки, посилене або/та нерегулярне серцебиття);

дисфункціональні реакції провини (провина постраждалого, провини відповідальності);

безпорадність, безнадійність;

саморуїнні думки (самогубство або думки про вбивство когось іншого);

неорганізована, жорстка, агресивна (аутоагресивна або/ чи гетероагресивна) поведінка, що впливає з психічних розладів;

функціональні порушення (напр., соціальні, професійні, в обов'язках по догляду).

Перша психологічна допомога тим, хто цього може потребувати, спрямовується на емоційну підтримку та практичну допомогу, що включає огляд

місця події; ініціацію контакту у ненав'язливий, емпатійний та підтримувальний спосіб; забезпечення безпеки та фізичного комфорту, емоційну стабілізацію пацієнтів; визначення нагальних потреб та проблем пацієнтів; пропонувати практичну допомогу, допомогу у встановленні зв'язку та отриманні соціальної підтримки; надання інформації щодо стратегії подолання стресу, наприклад якнайшвидше повернутися до звичного розпорядку дня або рутинної діяльності; сконтактувати пацієнтів із суміжними службами.

Заходи формальної травмофокусованої психотерапії особам проводяться тільки після виставлення діагнозу.

2. Первинна медична допомога

1) Діагностика

Положення протоколу

Обов'язкові заходи включають проведення опитування при обстеженні пацієнтів з фізичними проблемами, пов'язаними із стресом, визначення дати та опису травматичних подій, а також застосування стандартизованого опитувальника для верифікації ПТСР за підозри на його наявність. У разі верифікованого результату, пацієнтів слід інформувати щодо можливих змін у їх психічному стані та направити до фахівця з психічного здоров'я, зокрема лікаря-психіатра, для встановлення діагнозу.

Обґрунтування

Рекомендовано проведення скринінгу щодо наявності ГРС, ПТСР та порушень адаптації в осіб групи ризику, що сприяє ранньому виявленню цих станів.

Необхідні дії

Обов'язкові:

При обстеженні пацієнтів, які звертаються до лікаря з повторюваними неспецифічними проблемами з фізичним здоров'ям, рекомендується проводити опитування щодо того, чи зазнала людина будь-яких травматичних подій нещодавно або в минулому, визначити дату та описати приклади таких подій (була учасником або свідком катастрофи, військових подій, насилля тощо).

При проведенні клінічного огляду на амбулаторному прийомі звертати увагу на психічний стан пацієнта, зокрема, у пацієнтів групи ризику розвитку ПТСР. Якщо встановлено факт наявності травматичної ситуації в минулому, з часу події пройшло більше 30 днів та наявні окремі симптоми, для верифікації ПТСР провести анкетне опитування з використанням стандартизованого Опитувальника для скринінгу ПТСР, наведеному у додатку 1 до цього УКПМД.

Під час інформування пацієнта щодо психічного здоров'я надавати інформацію, що виявлені зміни можуть бути проявом реакції на стрес та запропонувати психосоціальні втручання. Якщо з часу травматичної події пройшло більше 30 днів, повідомити пацієнта, що він потребує спеціалізованої допомоги фахівців з психічного здоров'я, а також про те, де саме така допомога може бути надана пацієнту.

Пацієнтам, які дають ствердну відповідь на запитання № 2 Опитувальника для скринінгу ПТСР, провести подальший скринінг згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги при депресії з використанням опитувальника PHQ-9 – для діагностики можливого депресивного розладу та, за необхідності, направити пацієнта до фахівця з психічного здоров'я (лікаря-психіатра) для встановлення діагнозу.

У випадку, якщо пацієнт становить небезпеку для себе або оточуючих – термінове направлення у ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

2) Лікування

Положення протоколу

Ефективне лікування ГРС/ПТСР, розладів адаптації на етапі первинної медичної допомоги включає немедикаментозні методи (консультування пацієнта, надання інформації про ГРС, ПТСР та порушень адаптації, їх лікування, позитивні перспективи відновлення здоров'я, рекомендації щодо здорового способу життя), фармакотерапію та проведення психосоціальних втручань, ефективне ведення супутніх гострих та хронічних станів та захворювань, а також регулярний подальший супровід, в тому числі моніторинг змін стану пацієнта, дотримання ним отриманих рекомендацій та/або регулярність і правильність прийому медикаментів та наявність/відсутність побічних дій медикаментів, якщо такі були призначені лікарем-психіатром.

Рекомендується залучати пацієнта до програм реабілітації та надати інформаційні матеріали на основі Інформаційного листа «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад», наведеного у додатку 2 до цього УКПМД.

Обґрунтування

Доведено, що своєчасна адекватна медична допомога при ГРС, ПТСР та ПА в більшості випадках дозволяє досягти значного терапевтичного ефекту, поліпшити якість життя, соціальні функції пацієнта, в тому числі, трудову діяльність, зменшити економічні витрати сім'ї та суспільства в цілому.

Існують чисельні докази щодо ефективності травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ) і десенсибілізації та переробки рухом очей (ДПРО) у пацієнтів з ПТСР, відтак, рекомендація пацієнту щодо отримання спеціалізованої медичної допомоги є доцільною.

Доведена доцільність призначення фармакотерапії стрес-асоційованих розладів за показаннями. У випадках, коли дорослий пацієнт з ПТСР піддається фармакотерапії антидепресантами (АД), таке лікування необхідно продовжувати протягом, як мінімум, 6 місяців, з урахуванням терапевтичної відповіді.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Провести консультування пацієнта із роз'ясненням у доступній формі особливостей розвитку, клінічних симптомів, лікування та психосоціальних втручань при ПТСР та ПА, а також необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації.

Надати інформацію щодо:

потенційно несприятливого впливу алкоголю та інших психоактивних речовин на перебіг ПТСР;

перспектив відновлення здоров'я, необхідних термінів;

необхідності виконання рекомендацій лікаря;

необхідності дотримання здорового способу життя, проведення заходів психологічної та соціальної реабілітації, необхідності початку/продовження лікування супутніх та хронічних станів та захворювань;

можливостей отримання спеціалізованої медичної допомоги, а також інших послуг у сфері психічного здоров'я, що доступні у даній громаді.

Запропонувати пацієнту використання психологічних технік управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо).

Надати рекомендації щодо немедикаментозного та медикаментозного лікування пацієнтам з ПТСР та ПА, які відчують клінічно значущі симптоми: хронічний біль, безсоння, тривогу. Лікування супутніх захворювань здійснюється згідно із відповідними галузевими стандартами медичної допомоги.

Надати інформацію щодо потенційних переваг психосоціальної реабілітації та практичних порад щодо доступу до відповідної інформації та послуг; сприяти емоційній та соціальній підтримці.

Фармакотерапія ПТСР та ПА не повинна використовуватися в якості обов'язкового першочергового лікування для дорослих.

Препаратами першого ряду для лікування пацієнтів з ПТСР є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС).

Вибір АД має бути індивідуальним, базуватися на аналізі клінічного стану пацієнта. Препаратами вибору є: пароксетин, сертралін.

При призначенні лікарського засобу пацієнту надається інформація щодо відстроченого ефекту початку дії препарату, тривалості курсу лікування, необхідності дотримання режиму лікування, симптомів відміни, потенційної побічної дії препаратів. Надається роз'яснення щодо відсутності звикання та виникнення залежності при лікуванні АД.

Пацієнтам з ознаками вираженої тривоги АД з групи СІЗЗС призначаються довготривало.

Бажані:

Забезпечити моніторинг ефективності лікування, призначеного спеціалістом ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

Залучати пацієнта до участі в програмах психологічної, соціальної та фізичної реабілітації.

За можливості залучати членів сім'ї пацієнта до обговорення та планування лікування.

Надати роздрукований Інформаційний лист «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад», наведений у додатку 2 до цього УКПМД.

3) Подальше спостереження

Положення протоколу

Подальше спостереження передбачає моніторинг ефективності лікування пацієнтів з ГРС/ПТСР та ПА з контрольними оглядами через 2 тижні після призначення терапії АД, подальшим проведенням оглядів кожні 2-4 тижні протягом перших 3 місяців лікування. Для пацієнтів з ризиком суїциду дата контрольного огляду встановлюється не пізніше, ніж через 1 тиждень після першого звернення.

Слід зауважити, що регулярний зв'язок з пацієнтами, телефонний контакт із застосуванням контролю прихильності до лікування є важливими складовими процесу моніторингу та підтримки пацієнтів.

Обґрунтування

Доведено, що моніторинг пацієнтів із ПТСР є доцільним для підвищення ефективності лікування.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Всім пацієнтам встановлюється дата контрольного огляду через 2 тижні після призначення терапії АД, після цього – кожні 2-4 тижні у перші 3 місяці лікування.

При позитивному ефекті лікування подальші контрольні огляди можливо проводити через більш тривалі проміжки часу.

Пацієнтам з високим суїцидальним ризиком не слід одноразово виписувати рецепт на лікарські засоби на тривалий період, з метою запобігання медикаментозного отруєння.

Пацієнтам, молодшим 30-ти років, призначається дата контрольного огляду не пізніше, ніж через 1 тиждень після призначення терапії АД (у зв'язку з високим ризиком суїциду у цій віковій групі).

Відміна АД по закінченню курсу лікування проводиться поступово – зменшення дози впродовж 4-х тижнів, при виникненні симптомів відміни – впродовж більш тривалого терміну.

Бажані:

Рекомендується встановити регулярний телефонний контакт з пацієнтом (лікарський або сестринський – за наявності відповідної підготовки, рекомендоване проходження навчання за програмою mhGAP).

З пацієнтами, які не з'явилися на повторний огляд, встановлюється подальший зв'язок.

Під час огляду та при телефонному контакті проводиться контроль прихильності до лікування, підтримка мотивації та надання рекомендацій.

3. Спеціалізована медична допомога

1) Діагностика

Положення протоколу

Для комплексної оцінки пацієнтів із ГРС, ПТСР або ПА важливо проводити ретельний аналіз історії життя, сімейного стану та психічного стану з урахуванням симптомів ПТСР, використовуючи структуровані клінічні інтерв'ю та шкали клінічної діагностики. Одночасно слід звертати увагу на суїцидальний ризик, коморбідність та ефективність лікування, установлюючи регулярні контрольні огляди, що дозволяють вчасно коригувати підходи до терапії.

Після визначення клінічних ознак ймовірного ПТСР, пацієнта слід направити на психодіагностику та верифікацію психічного стану (психоемоційний стан, когнітивний стан, особистісні зміни, типові копінг-стратегії та наявні ресурси).

Обґрунтування

Основою комплексної оцінки стану пацієнта є ретельний аналіз, що охоплює відповідну історію життя, у тому числі історію психічної травми, сімейний стан, рівень соціального функціонування, професійної працездатності і психічний стан з урахуванням симптомів, коморбідної психічної патології, суїцидального ризику та якості життя.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Принципи клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу включають:

збір та оцінку даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінку скарг на здоров'я) з урахуванням травматичного впливу та діагностичних критеріїв МКХ 10 та DSM-V;

збір анамнезу розладу з оцінкою його динамічних особливостей, особливостей життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості – необхідно врахувати психотравмуючі моменти протягом життя пацієнта, особливості його фізичного та психічного розвитку, соматичні захворювання впродовж життя. Слід звернути увагу на шкідливі звички; зібрати фармакоанамнез (у тому числі зловживання непсихотропними препаратами).

Оцінка з позиції безпеки і небезпеки, в тому числі поточного ризику для себе або інших: суїцидальні думки (план), засоби (наприклад, зброя, надлишок ліків тощо), анамнез (наприклад, насильство або спроби самогубства), поведінки (наприклад, агресія, імпульсивність), поточні стресори життя, попереднє лікування психічних розладів та адиктивної поведінки.

Для підтвердження діагнозу та оцінки змін симптомів протягом часу рекомендується використання структурованого клінічного інтерв'ю (наприклад, DSM-5, PCL-5) та шкали клінічної діагностики, а саме CAPS-5 - для дорослих, що наведено у додатку 3 до цього УКПМД або CATS - для дітей та підлітків, що наведені у додатку 4 до цього УКПМД.

Здійснення диференційної діагностики (депресивні розлади, тривожні розлади, порушення адаптації, залежність від алкоголю та психоактивних речовин, хронічний біль, розлади особистості, затяжна реакція суму та інші).

Визначення коморбідності (з депресіями, біполярним афективним розладом, розладами особистості, адиктивними порушеннями, генералізованими тривожними та панічними розладами, а також соціальними фобіями).

Психодіагностичний метод передбачає такі інструменти:

для підтвердження діагнозу ПТСР та оцінки змін симптомів протягом часу необхідно використовувати шкалу клінічної діагностики CAPS-5, що наведена у додатку 3 до цього УКПМД;

для проведення скринінгу на наявність травми у дітей та підлітків необхідно використовувати CATS у одному з двох варіантів відповідно до віку пацієнтів: для 3-6 років чи для 7-17 років, що наведені у додатку 4 до цього УКПМД;

для самооцінки та динаміки змін симптомів ПТСР протягом часу необхідно використовувати контрольний список ПТСР для DSM-V, PCL-5;

для діагностики ПА використовується шкала депресії, тривоги і стресу DASS-21, що наведена у додатку 5 до цього УКПМД.

Бажані:

За наявності відповідних симптомів коморбідних психічних розладів лікарями-психіатрами, лікарями-психіатрами дитячими, лікарями-психотерапевтами, лікарями-психологами, психотерапевтами / клінічними психологами можуть також використовуватись:

для скринінгу на наявність в минулому потенційно травматичних подій необхідно використовувати контрольний список життєвих подій для DSM-V;

для скринінгу симптомів тривожних та депресивних розладів госпітальна шкала тривоги і депресії HADS;

для детальної оцінки симптомів депресивних розладів рекомендовано використовувати шкалу депресії Гамільтона HAM-D;

для детальної оцінки симптомів тривожних розладів рекомендовано використовувати шкалу тривоги Гамільтона HAM-A;

для визначення якості сну рекомендовано використовувати Пітсбурзький опитувальник якості сну PSQI;

для оцінки коморбідних когнітивних порушень рекомендовано використовувати Монреальську шкалу оцінки когнітивних функцій MoCA.

Використання методів нейрофізіологічного обстеження та нейровізуалізації, таких як електроенцефалографія, комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія, рекомендується лише для проведення диференційної діагностики та визначення органічних уражень головного мозку, зокрема під час верифікації органічних пошкоджень, таких як черепно-мозкові травми, нейроінфекції чи судинні порушення головного мозку.

2) Лікування

Положення протоколу

Психотерапія є важливими елементами лікування ПТСР та ПА оскільки спрямовані на покращення психічного стану пацієнта та полегшення його адаптації до травматичного досвіду.

Психотерапевтичні підходи спрямовані на зменшення симптомів ПТСР, таких як повторювані відтворення травматичних подій, нічні жахіття, агресія та ізолюваність.

Підставою для початку лікування є порушення соціального функціонування, відсутність ефективності надання первинної медичної допомоги, побажання пацієнта щодо лікування у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

Фармакотерапію ПТСР слід розглядати як альтернативу психотерапії лише у випадках, коли пацієнт не може проходити або не отримує задовільних результатів від неї. Застосування АД, зокрема СІЗЗС, рекомендується як терапія першого ряду, з урахуванням індивідуальних особливостей та супутніх депресивних розладів. У випадках відсутності відповіді на фармакотерапію, слід розглядати альтернативні препарати, комбіновану терапію та можливість додаткової психотерапії для оптимізації результатів

Обґрунтування

Психотерапевтичні техніки дозволяють пацієнтам усвідомлювати та коригувати хибні переконання, які можуть виникати внаслідок травматичного досвіду або коморбідних порушень. Серед рекомендованих напрямків психологічного супроводу, варто обирати насамперед травмофокусовані підходи (ТФ-КПТ, ДПРО, когнітивно-процесуальну терапію, пролонговану експозиційну терапію).

Психотерапевтичні методи сприяють активній адаптації пацієнта до зміненого стану та навчають ефективним стратегіям копінгу для подолання труднощів, пов'язаних із стресом.

Фармакотерапія ПТСР не повинна розглядатися як рутинна терапія першої лінії замість психотерапії, сфокусованій на травмі.

Медикаментозне лікування не повинно застосовуватися для лікування ГРС та ПА (наприклад, якщо симптоми зберігаються менше 4 тижнів) у дорослих, крім випадків, коли тяжкість розладу людини не може бути врегульована за допомогою тільки психотерапевтичних методів.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Психотерапевтична допомога

Обговорити з пацієнтом доцільність та можливість отримання психотерапевтичної допомоги. У разі згоди пацієнта на отримання такої допомоги, надати інформацію про доказові методи психотерапевтичної допомоги, доступні в межах ЗОЗ.

В якості першої лінії психотерапевтичної допомоги слід запропонувати наступні методи:

травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) – для дітей, підлітків та дорослих із ПТСР;

десенсибілізація та переробка рухом очей (ДПРО) – для дорослих;

когнітивно-процесуальна терапія;

продовжена експозиційна терапія.

У разі відмови або неможливості отримання пацієнтом допомоги із використанням методів першої лінії, слід розглянути можливість використання альтернативних методів психотерапевтичної допомоги.

Медикаментозна терапія

Лікування АД має розглядатися в якості терапії ПТСР, ГРС та ПА у дорослих у тому випадку, коли:

пацієнт відмовляється або не здатний проходити лікування за допомогою психотерапії;

пацієнт недостатньо стабільний для залучення до психотерапії (ауто/гетероагресивна поведінка);

пацієнт не отримав задовільних результатів від лікування психотерапією;

пацієнт має велику кількість дисоціативних симптомів, які можуть значно посилитися при застосуванні психотерапії;

пацієнт має коморбідні депресивні розлади.

У випадках, коли приймається рішення приступити до медикаментозної терапії, необхідно регулярно перевіряти психічний стан пацієнта з тим, щоб при необхідності почати допоміжну психотерапію.

У випадках, коли симптоми не зменшуються у відповідь на медикаментозну терапію, необхідно розглянути наступне:

збільшити дозування в межах дозволеної норми;

перейти на альтернативні АД;

розглянути потенціал для проведення психотерапії.

У разі позитивної відповіді на медикаментозне лікування, воно повинно тривати не менше 12 місяців.

У випадках, коли розглядається медикаментозне лікування в якості лікування для дорослих з ПТСР, ГРС та ПА, повинні обиратися СІЗЗС як терапія першої лінії (пароксетин, сертралін та флуоксетин), або інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (венлафаксин).

Бажані:

Втручання з приводу травматичного стресу дитини та сім'ї бажано проводити замість підтримуючого консультування для дітей та підлітків, у яких спостерігаються симптоми ПТСР, протягом перших трьох місяців після травми.

У разі неможливості очних зустрічей із пацієнтом рекомендовано проводити ТФ-КПТ із застосуванням засобів телемедицини.

Наративно-експозиційна терапія (НЕТ) для дорослих – бажано проводити, коли травма пов'язана із геноцидом, громадянськими конфліктами, тортурами, політичним переслідуванням, переміщенням.

Терапія сконцентрована на теперішньому часі – бажано проводити з особами у разі неможливості проведення або неефективності ТФ-КПТ.

Тренінг щеплення від стресу – бажано проводити з особами у разі неможливості проведення або неефективності ТФ-КПТ.

Групова ТФ-КПТ (для дорослих) – бажано проводити з особами у разі неможливості проведення або неефективності ТФ-КПТ.

Рекомендувати фізичні вправи для покращення загального самопочуття.

Особливості лікування ГРС/ПТСР/ПА із коморбідною патологією

Коморбідні патології потребують інтегрованого підходу, зокрема застосування ТФ-КПТ та Не-ТФ-КПТ, мінімізацію суїцидального ризику при супутній депресії, та врахування специфічних особливостей лікування при супутніх патологіях:

ТФ-КПТ – бажано проводити для осіб із ПТСР та розладом зловживання психоактивними речовинами замість стандартного лікування розладів зловживання психоактивними речовинами.

Не-ТФ-КПТ – бажано проводити нетравмафокусовану когнітивно-поведінкову терапію для осіб із ПТСР та розладом зловживання психоактивними речовинами замість стандартного лікування розладів зловживання психоактивними речовинами у разі, коли ТФ-КПТ недоступна або неприйнятна для пацієнта.

У випадках, коли тяжкість супутньої депресії виключає ефективну участь у терапії та/або пов'язана з високим ризиком суїциду, рекомендується мінімізувати суїцидальний ризик та депресивну симптоматику до лікування ПТСР.

При сполученні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин необхідно розглянути можливість лікування двох патологічних станів одночасно.

Якщо ПТСР поєднується з будь-якою церебральною (ЧМТ) або соматичною патологією, лікування таких станів здійснюється одночасно згідно із відповідними галузевими стандартами медичної допомоги.

4. Подальше спостереження

Положення протоколу

Моніторинг пацієнтів із ПТСР базується на доказах та впроваджує модель покрокового догляду, яка передбачає систематичний нагляд за найбільш тяжкими пацієнтами, забезпечуючи регулярне спостереження на різних етапах медикаментозної терапії та консультації відповідно до тяжкості та складності стану. Обов'язкові заходи включають щоденне спостереження протягом перших двох тижнів, зі зміною частоти спостереження в залежності від потреб та один раз на тиждень після першого місяця терапії, забезпечуючи надійний медичний контроль та взаємодію з пацієнтами.

Обґрунтування

Існує доказова база доцільності моніторингу пацієнтів із ПТСР для підвищення ефективності лікування.

Модель покрокового догляду спрямована на забезпечення моніторингу осіб, що отримують допомогу, відповідно до тяжкості та складності стану. Даний підхід передбачає постійний моніторинг пацієнтів, які є найбільш проблемними,

отримують більш інтенсивні втручання, мають підвищений ризик поганої психологічної адаптації.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Спостереження за станом пацієнта на етапі медикаментозної терапії проводиться щоденно впродовж перших двох тижнів, через день впродовж наступних двох тижнів (якщо немає іншої потреби більш інтенсивного спостереження, наприклад при відсутності терапевтичного ефекту, ускладненнях від терапії, коморбідних розладах та інших), та один раз на тиждень після першого місяця терапії, якщо немає потреби в більш інтенсивному спостереженні.

Консультації проводяться з частотою, яку встановлює лікар-психіатр, але не рідше, ніж описане вище.

Пацієнтам із ПТСР та ПА рекомендовано подальший медико-психологічний супровід та спостереження.

При передачі відповідальності за продовження призначень, лікар загальної практики-сімейний лікар має отримати чітку рекомендацію щодо плану лікування, дозування ліків та очікуваної тривалості лікування.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Перша психологічна допомога

У зоні катастроф і терористичних актів лікарі екстреної медичної допомоги, працівники сфери психічного здоров'я, які першими прибувають на місце катастрофи, підготовлені військовослужбовці та працівники служб швидкого реагування на надзвичайні ситуації та інші фахівці першої лінії реагування повинні зорієнтуватися в ситуації та надати пацієнтам першу психологічну допомогу.

Перша психологічна допомога включає наступні етапи:

1) встановлення контакту із пацієнтом у ненав'язливій і співчутливій манері, для цього необхідно:

назвати себе й описати свою роль;

попросити дозволу поговорити;

пояснити цілі розмови;

запитати про нагальні потреби.

2) Забезпечення безпеки й фізичного комфорту:

впевніться, що пацієнт перебуває у фізичній безпеці, допоможіть зробити оточення безпечнішим, розпитайте про потребу в медикаментах чи інших необхідних засобах (окуляри, милиці та інше);

поінформуйте щодо ситуації, пошуково-рятувальних робіт та/або служби;

запропонуйте пацієнту забезпечити собі певний фізичний комфорт (щоб зменшити почуття безпорадності, бажано заохотити його подбати про такі чинники, як їжа, захист від вітру або освітлення);

запропонуйте різні форми соціального комфорту та допоможіть зв'язатися з іншими пацієнтами;

захистіть пацієнта від додаткових травм і потенційних нагадувань про них.

3) Емоційна стабілізація пацієнтів:

поважайте бажання пацієнта побути на самоті, дайте йому кілька хвилин, не робіть активних спроб втрутитися, спокійно помовчіть і залишайтеся поряд: скажіть йому, що ви тут, поблизу, якщо будете потрібні, або повернетесь до нього за кілька хвилин;

запропонуйте свою підтримку і допоможіть йому зосередити увагу на конкретних почуттях, думках і досяжних цілях;

заручіться підтримкою родичів/друзів;

відверто поговоріть про його нагальні проблеми або труднощі;

надайте інформацію, яка допоможе йому зорієнтуватися в оточенні;

попросіть вислухати вас, дивлячись вам в очі;

поясніть, де він знаходиться;

поговоріть про той аспект ситуації, який знаходиться під контролем, вселяє надію або має позитивний характер;

запропонуйте робити повільні і глибокі вдихи та видихи;

попросіть назвати п'ять нейтральних речей, які він може бачити, чути та відчувати.

- 4) Збирання інформації:
з'ясуйте нагальні потреби та проблеми пацієнтів, які потребують вирішення або негайного направлення до спеціалістів: - характер і тяжкість пережитого досвіду;
загибель близької людини;
тривоги щодо життєвих обставин і загроз після катастрофи;
розлука з близькими або тривога про їхню безпеку;
фізична хвороба, психічні розлади, потреба в медикаментозному лікуванні;
втрати, зазнані в результаті катастрофи;
потреби в додаткових допоміжних послугах.
- 5) Практична допомога пацієнтам, щоб задовольнити їх нагальні потреби:
уточніть нагальні потреби;
обговоріть план дій;
дієво посприйте пацієнтам.
- 6) Встановлення зв'язку із джерелами соціальної підтримки:
забезпечте зв'язок з основними особами, здатними надати підтримку (родичами тощо);
рекомендуйте пацієнтам звертатися за підтримкою до тих, хто зараз є на місці;
обговоріть способи пошуку та надання підтримки;
знайдіть можливих помічників;
поясніть пацієнту, як він може допомогти іншим.
- 7) Надання інформації щодо стратегії подолання стресу:
розкажіть пацієнту про стресові реакції та їх подолання;
побудуйте розмову навколо індивідуальних реакцій пацієнта;
обговоріть можливі негативні та позитивні реакції;
унікайте патологізації реакцій;
обговоріть негативні та позитивні способи подолання стресових реакцій (зокрема – гніву, пригніченості, порушень сну).
- 8) З'єднання пацієнтів із суміжними службами та з установами, які надавали їм послуги до катастрофи, або які необхідні в даний момент:
психіатрична допомога;
медична допомога;
духовна підтримка;
дитячі соціальні служби, школи.

Перша психологічна допомога має на меті забезпечити безпеку пацієнта, встановити зв'язок із реабілітаційними ресурсами, послабити стресові реакції, допомогти пацієнту розвинути навички коротко- і довготривалого подолання стресу та зміцнити природну психологічну стійкість пацієнта.

Не рекомендується використовувати психологічний дебрифінг після виникнення потенційно травматичної події. Не рекомендується проводити рутинні психологічні консультації після потенційно травматичної події. Найкращим підходом до надання допомоги людям після отримання ними

потенційно травматичного досвіду є практична та емоційна підтримка, заохочення використання адаптивних копінг-стратегій та соціальної підтримки.

2. Діагностика

1) Виявлення посттравматичного стресового розладу у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу

Лікарям загальної практики – сімейним лікарям важливо враховувати, що люди з ГРС, ПТСР та ПА не завжди звертаються вчасно до лікаря з вираженим занепокоєнням про пережитий травматичний досвід.

Серед скарг, із якими пацієнти звертаються до лікаря, можуть бути перепади настрою, злість, проблеми у відносинах, проблеми зі сном, сексуальні дисфункції чи скарги на загальний фізичний стан, наприклад головний біль, гастроентерологічні проблеми, ревматичні болі і проблеми зі шкірним покривом. В деяких випадках пацієнт може не озвучувати факт наявності досвіду пережитої травматичної події. Така проблема виникає, зокрема, при небажанні обговорювати її або звертатися за допомогою.

Необхідно також визнати, що існує соціальна стигматизація щодо проблем психічного здоров'я. Страх бути дискримінованим стає перешкодою для деяких людей, і вони замовчують про свої симптоми. Крім того, існує стигма щодо деяких форм травматичних подій, наприклад, таких як сексуальне насильство, яка може стати перешкодою для розповіді про свої проблеми. Лікарю, який проводить скринінг ГРС/ПТСР/ПА, необхідно бути емпатійним та використовувати навички ефективної комунікації для спілкування з такими пацієнтами і враховувати це в процесі діагностики ГРС/ПТСР/ПА.

Рекомендація 1.

При обстеженні пацієнтів, які звертаються до лікаря повторно з неконкретними скаргами на фізичне здоров'я, рекомендується проводити опитування щодо того, чи зазнала людина яких-небудь психотравмуючих подій нещодавно або в минулому. Для того, щоб пацієнт краще зрозумів питання, лікар може надати приклади таких подій (наприклад, особа була учасником або свідком катастрофи, військових подій, насилля тощо).

Рекомендація 2.

Якщо людина вказує на будь-яку травматичну подію в анамнезі, то рекомендується застосувати інструменти скринінгу ГРС/ПТСР/ПА. Лікарями, що надають первинну медичну допомогу, рекомендовано використовувати опитувальник для скринінгу ПТСР, що наведений у додатку 1 до цього УКПМД. Якщо людина відповідає ствердно на 4 або більше запитань анкети, то найбільш вірогідно буде діагностовано ПТСР.

Рекомендація 3.

Важливо також зазначити, що існують категорії населення, які можуть бути визначені як схильні до ризику, такі як біженці, внутрішньо переміщені особи або ризик пов'язаний з їх професійною діяльністю, наприклад, співробітники служби порятунку, військові, для яких скринінг може проводитися на більш регулярній основі.

Важливо враховувати, що стресогенна ситуація не обов'язково повинна призводити до ПТСР, а може викликати інші психічні розлади, зокрема, фобії і депресії, що потребують уваги, відповідної діагностики і лікування.

2) Критерії віднесення пацієнта до групи ризику розвитку ГРС/ПТСР/ПА.

Вплив події або ситуації (короткочасної або довготривалої), що має надзвичайно загрозливий або жахливий характер, наприклад:

безпосереднє переживання природних або антропогенних катастроф;

безпосереднє переживання бойових дій;

безпосереднє переживання серйозних аварій;

безпосереднє переживання катувань;

безпосереднє переживання сексуального насильства;

безпосереднє переживання тероризму;

безпосереднє переживання нападу;

безпосереднє переживання гострого захворювання, що загрожує життю (наприклад, серцевого нападу);

безпосереднє спостереження загрози або фактичного поранення чи смерті інших людей у раптовий, несподіваний або насильницький спосіб;

отримання звістки про раптову, несподівану або насильницьку смерть близької людини.

3) Показання до направлення до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

Клінічна ситуація	Консультація/ Госпіталізація
Високий ризик суїциду, самозневага	Консультація/ Госпіталізація
Наявність психотичних симптомів та гострого збудження	Консультація/ Госпіталізація
Проведення диференційної діагностики (біполярний афективний розлад, зловживання психоактивними речовинами)	Консультація
Тяжка депресія (виражена дезадаптація у зв'язку з ДР)	Консультація
Відсутність ефекту лікування пацієнтів ПТСР впродовж 4-6 тижнів	Консультація
Погіршення соматичного стану внаслідок терапії, що проводиться	Консультація
Побажання пацієнта	Консультація

Пацієнти з ПТСР та депресією, що супроводжується ризиком суїциду або загрозою насильства по відношенню до оточуючих, терміново направляються на госпіталізацію у ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

4) Діагностика ГРС, ПТСР та ПА на етапі спеціалізованої медичної допомоги.

Надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з ГРС та ПТСР передбачає використання методів клініко-психопатологічного та клініко-анамнестичного дослідження (клінічні консилиуми, розбори, технології телемедицини), психодіагностичного, психометричного та психофізіологічного дослідження, нейровізуалізації для виявлення супутньої патології (МРТ, КТ).

У процесі діагностики береться до уваги все, що стосується історії про травму, історії попередньої травми, самої травматичної події, психічного стану в минулому, до травми і поточного (психічний стан в минулому є особливо важливим у випадках, коли травматичні події включають сексуальне або фізичне насильство у минулому), наявності та періодичності симптомів ПТСР, а також будь-яких супутніх захворювань (включаючи вживання алкоголю, наркотиків та інших психоактивних речовин). Особлива увага приділяється питанням фізичного здоров'я. Це може включати питання, пов'язані з ушкодженнями, що виникають внаслідок травматичного інциденту і ведуть до зміни ставлення до здоров'я після інциденту, з супутніми патологіями або проблемами, що розвиваються, зі здоров'ям і можливими препаратами, які були прописані для вирішення проблем зі здоров'ям. Також оцінюються інші характеристики якості життя, такі як фізичне здоров'я, сімейне та професійне становище, правовий та фінансовий стан.

ГРС, ПТСР та ПА характеризуються чотирма типами симптомів:

симптоми повторного переживання травматичної події, такі як нав'язливі спогади чи сни;

симптоми уникнення, такі як уникання думок, почуттів і місць, пов'язаних з травматичною подією;

симптоми заціпеніння, такі як почуття відстороненості від інших;

симптоми підвищеної збудливості, такі як поганий сон, дратівливість і надмірна настороженість.

Є дві ключові відмінності між ГРС, ПТСР та ПА:

по-перше, на відміну від ПТСР, при ГРС особливий акцент ставиться на наявності симптомів дисоціації, а саме відчуття відстороненості та приголомшеності, деперсоналізації і дереалізації;

по-друге, відмінність полягає у тривалості симптомів: ГРС діагностується у період від двох днів до одного місяця після впливу травматичної події, в той час, як ПТСР діагностується як мінімум через один місяць після травматичної події.

Діагностика ГРС, ПТСР та ПА здійснюється відповідно до критеріїв МКХ-10 (рубрика F43).

Діагностичний алгоритм включає також виділення контингенту осіб, які зазнали впливу травмуючих подій, мають симптоми дистресу та симптоми яких не відповідають іншим рубрикам МКХ-10:

проблеми, пов'язані з фізичними факторами зовнішнього середовища (Z58);
проблеми, пов'язані з труднощами підтримки нормального способу життя (Z73);

особисті потрясіння, перенесені у дитинстві (Z61.7);

стресовий стан, що не класифікується в інших рубриках (Z73.3);

зникнення або смерть члена сім'ї (Z63.4);

жертва злочину або тероризму (Z65.4);

жертва стихійного лиха, військових та інших ворожих подій (Z65.5).

3. Лікування

1) Лікування ГРС, ПТСР та ПА на етапі первинної медичної допомоги.

Проведення консультування щодо використання психологічних технік управління стресом на етапі первинної медичної допомоги

Застосування заходів з управління стресом у пацієнтів з ПТСР спрямоване на зменшення симптомів збудження і усунення наслідків тривожних симптомів, що впливають на спосіб життя індивіда. Основні методи управління стресом, які використовуються у пацієнтів з ГРС/ПТСР, включають навчання релаксації, управління диханням (антистресове дихання), методи відволікання, які зупиняють негативні думки.

Антидепресанти повинні розглядатися в якості лікування ПТСР у дорослих у випадках, коли:

пацієнт відмовляється від участі у психотерапії, сфокусованій на травмі;

пацієнт недостатньо стабільний для того, щоб починати психотерапію, сфокусовану на травмі (в результаті, наприклад, схильності до суїцидальної поведінки);

психотерапія, сфокусована на травмі, була неефективною;

пацієнт відчуває велику кількість психологічних симптомів коморбідних розладів, які можуть значно посилитися протягом психотерапії, сфокусованій на травмі.

2) Лікування ГРС, ПТСР та ПА на етапі спеціалізованої медичної допомоги.

Комплекс терапевтичних заходів включає травмофокусовані впливи, які є пріоритетними, фармакотерапію, психосоціальну реабілітацію та інші фізичні методи.

Дорослі з ГРС, ПТСР та ПА мають бути забезпечені психотерапевтичним травмофокусованим втручанням з використанням ТФ-КПТ та ДПРО, що включають експозицію та когнітивне реструктурування. ТФ-КПТ проводиться індивідуально, для пацієнтів з ГРС – 5-10 сеансів, для пацієнтів з ПТСР – 8-12 сеансів в залежності від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді (для пацієнтів з коморбідною патологією, тривалою та повторною травмою з нестійким терапевтичним альянсом можуть знадобитися додаткові сеанси).

Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування втручань, що не сфокусовані на травмі, та фармакотерапії.

Допомога здійснюється мультидисциплінарною командою за участю лікаря-психіатра, лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога, клінічного психолога, та інших відповідних фахівців. До надання соціальної підтримки можуть залучатись капелани, ветерани (учасники бойових дій), соціальні працівники, члени родин пацієнтів та представники громадських організацій.

Не повинна надаватися перевага фармакологічним засобам перед травмофокусованою терапією, але їх використання може розглядатись в тому випадку, коли людина не готова чи не бажає залучатись або не має доступу до отримання лікування за допомогою травмофокусованої терапії, якщо дані особи мають додаткові проблеми з психічним здоров'ям, такі як депресія, або вони не отримали покращення від застосування травмофокусованої терапії. У випадку застосування фармакологічних засобів, перевага повинна віддаватись СІЗЗС.

Лікування АД повинно розглядатися як доповнення до психотерапії у дорослих, в яких основні симптоми ПТСР є важкими і перешкоджають пацієнтові отримати користь від психотерапевтичного втручання.

Лікарям-психіатрам у своїх оцінках слід звернути увагу на наявність та вираженість супутніх захворювань з метою врахування їх можливого впливу на процес і результати лікування.

Заходи з реабілітації, що сприяють оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню, повинні регулярно призначатися на перших етапах лікування, а не відкладатись до моменту, коли захворювання перейде в хронічний стан.

Така реабілітація має передбачати психоосвіту не тільки самої особи із ПТСР, а й членів її родини, а також максимальну можливу соціальну та професійну підтримку для збереження оптимальної трудової та/або освітньої продуктивності.

3) Медикаментозна терапія ПТСР з коморбідною патологією.

У випадках, коли тяжкість супутньої депресії виключає ефективну участь у терапії та/або пов'язана з високим ризиком суїциду, рекомендується мінімізувати суїцидальний ризик та депресивну симптоматику до лікування ПТСР.

При сполученні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин рекомендується надавати перевагу травмофокусованій когнітивно-поведінковій терапії на противагу стандартному лікуванню залежності.

Якщо ПТСР поєднується з будь-якою церебральною (ЧМТ) або соматичною патологією, лікування таких станів здійснюється одночасно (згідно з відповідними медико-технологічними документами).

4. Організація медичної допомоги військовослужбовцям і працівникам військових формувань та правоохоронних органів, які мають гострий стресовий розлад або посттравматичний стресовий розлад

Зазначена допомога надається відповідно до загальної схеми, форм і методів лікування, визначених відповідними медико-технологічними документами (у тому числі щодо здійснення необхідного скринінгу) для дорослих осіб з урахуванням специфіки, притаманної популяції діючих та колишніх

військовослужбовців і працівників військових формувань та правоохоронних органів, у тому числі Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Служби безпеки України, Національної гвардії України, Державної прикордонної служби, Державної фіскальної служби, Служби зовнішньої розвідки, Управління державної охорони.

Допомога безпосередньо здійснюється лікарями загальної практики - сімейними лікарями, лікарями-терапевтами, лікарями-психіатрами, лікарями-психотерапевтами, лікарями-психологами та клінічними психологами, психотерапевтами, іншими спеціалістами відомчих служб медичного та психологічного забезпечення вищезазначених центральних органів виконавчої влади з використанням необхідного обладнання та можливостей відомчих медико-лікувальних, санаторно-курортних закладів, медико-реабілітаційних центрів, а також фахівцями закладів, визначених Міністерством у справах ветеранів для проведення медико-психологічної реабілітації.

За умов участі пацієнта у воєнних/бойових діях діагностика здійснюється з використанням військового варіанта PCL-5, травмофокусовані впливи базуються на когнітивному реструктуруванні (в ініціальному періоді психотерапії), до формування терапевтичного альянсу та комплаєнтності залучаються побратими-комбатанти (організація груп самодопомоги “рівний рівному”) та волонтери.

5. Особливості надання медичної допомоги дітям

Діагностика

Діти дошкільного віку можуть піддаватись дії таких потенційно травматичних факторів, як фізичне та сексуальне насильство, емоційна депривація і неналежний догляд з боку групи первинної підтримки (занедбаність), укуси тварин, інвазивні медичні процедури.

Показники ПТСР у дітей дошкільного віку з діагнозом, встановленим за критеріями DSM-IV, були нижчими, ніж в інших вікових групах. Це частково пов'язано з вимогою DSM-IV, що людина повинна мати інтенсивну реакцію на подію - сильний страх, безпорадність або жах - що у дітей може виражатися в дезорганізованій або збудженій поведінці. Вважають, що у 44%-69% дітей в тих же дослідженнях буде діагностовано ПТСР, якщо оцінювати за сучасними критеріями (Scheeringa, 2011). В австралійській вибірці з 130 дітей дошкільного віку частота ПТСР через шість місяців після серйозної травми становила 1% за критеріями DSM-IV і 10% за алгоритмом DSM-5 (De Young et al, 2011).

Результати дослідження продемонстрували, що при використанні більш чутливих критеріїв дітей з ПТСР виявлялося в три-вісім разів більше, ніж при використанні критеріїв МКХ-10 та DSM-IV. Спираючись на ці результати, прийнято рішення не лише змінити критерії ПТСР в DSM-V, але і виділити окремий підтип ПТСР для дітей дошкільного віку. Діагностичні критерії ПТСР для дітей більш старшого віку, підлітків і дорослих, в порівнянні з DSM-IV, майже не змінилися. Різниця між гострим і хронічним ПТСР були усунені, так як

існуючих доказів для обґрунтування корисності такої диференціації виявилось недостатньо.

«Розлад реактивної прихильності» і «розгальмований розлад соціальної активності» виділені як розлади формування прихильності між дитиною та сім'єю при травматизації, зумовленій занедбаністю (відсутністю адекватного догляду в дитячому віці).

Для діагностики та типологізації розладів психіки та поведінки, пов'язаних зі стресом у дітей у віці до 18 років, одночасно з критеріями МКХ-10 мають використовуватися діагностичні критерії DSM-V. Мають виділятися наступні діагностичні категорії:

- 1) реактивний розлад прихильності,
- 2) розгальмований розлад соціальної активності,
- 3) ПТСР,
- 4) ПТСР дітей у віці 6 років і молодше,
- 5) гострий стресовий розлад,
- 6) порушення адаптації,
- 7) пов'язані зі стресом тривожні розлади,
- 8) пов'язані зі стресом розлади настрою.

Первинний скринінг проводиться лікарем загальної практики-сімейним лікарем, лікарем-педіатром, лікарем-психіатром дитячим на підставі безпосереднього медичного огляду, клінічних інтерв'ю з дитиною та її батьками, в разі потреби, з іншими особами з групи первинної підтримки з використанням науково-обґрунтованих методів оцінювання.

Обов'язкові дії:

Загальний медичний огляд для виявлення поранень, фізичних ушкоджень, ознак фізичного та сексуального насильства.

Напівструктуроване інтерв'ю з батьками, вихователями та вчителями дітей у віці 5-17 років, дітей у віці 11-17 років для виявлення симптомів розладів психіки та поведінки та оцінки вірогідності встановлення діагностичних категорій за МКХ-10 та DSM-V (DAWBA) (<http://www.dawba.com/>).

Бажаним є ретельне оцінювання особливостей дитячої реакції на стрес з використанням формалізованого батьківського звіту про дитячу реакцію на стрес.

Остаточна діагностика проводиться виключно лікарем-психіатром дитячим на підставі клініко-анамнестичного дослідження, інтерв'ю з дитиною, батьками дитини, іншими людьми з групи первинної підтримки дитини з використанням науково-обґрунтованих методів оцінювання.

Діагностика здійснюється шляхом оцінювання за діагностичними критеріями МКХ-10, у віці 6 років і молодше за діагностичними критеріями DSM-V.

Профілактичні заходи

Розвиток дитини після її травматизації обумовлює порушення інтеграції сенсорної, емоційної і когнітивної інформації, може призводити до формування реактивної лабільності, що, в свою чергу, стає причиною дисфункціональних

відповідей на стресову ситуацію. Заходи профілактики здійснюються на долікарняному рівні безпосередньо в громаді як заходи первинної психологічної допомоги.

Діти після травматизації можуть мати широкий спектр аномалій розвитку: від затримок розумового розвитку та специфічних розладів розвитку, що створюють проблеми при навчанні, до антисоціальної поведінки з агресією, спрямованою на себе та інших, і потребують психолого-педагогічної підтримки.

Заходи профілактики спрямовані на:

підвищення стійкості до стресу,

забезпечення безперервності звичного способу життя для дитини,

активацію підтримки з боку групи первинної підтримки,

забезпечення корекційно-педагогічного супроводу (в разі потреби),

психоосвітню роботу з батьками, спрямовану на підвищення ефективності управління поведінкою дитини,

моніторинг наявності належної підтримки дитини з боку групи її первинної підтримки, виявлення та запобігання випадкам насильства, сексуального насильства в родині.

Залучення батьків, інших законних представників дитини, а також вихователів/вчителів, дуже важливе при роботі з дітьми і підлітками, так як саме вони зазвичай приводять/направляють їх для обстеження та лікування. Крім того, діти – це частина системи (зазвичай сім'ї), тому при обстеженні і лікуванні необхідно брати до уваги всю систему. У разі, якщо люди з групи первинної підтримки дитини не забезпечують належний рівень її життєво необхідних потреб, є джерелом насильства чи сексуального насильства, дитині має бути створене безпечне середовище з використанням процедур ювенальної юстиції.

Лікування

Застосовуються переважно методи психологічного лікування, які спираються на принципи наукової доказовості. Спеціалізовані психотерапевтичні втручання проводять лікарі-психологи, лікарі-психотерапевти, клінічні психологи, лікарі-психіатри дитячі, які мають спеціальну підготовку та сертифікацію.

Важливим є залучення до терапії батьків, інших законних представників дитини, а також вихователів/вчителів. У соціально дезадаптованих родин, родин, в яких дитина отримує вторинну травматизацію внаслідок насильства чи сексуального насильства з боку групи первинної підтримки терапії, має передувати створення безпечних умов для дитини, психологічні втручання мають проводитися окремо від батьків.

Медикаментозне лікування в педіатричній практиці має переважно застосовуватися при наявності депресивних та тривожних розладів, а також при наявності тяжких порушень активності та уваги.

Методи психологічного лікування: ТФ-КПТ; ТФ-КПТ для осіб, які здійснюють догляд за дитиною, та дитини; управління стресом.

Методи психологічного лікування з обмеженими доказами терапевтичної ефективності: групова КПТ; нарративна експозиційна терапія

для дітей (KidNET); ігротерапія для покращення стосунків між батьками та дітьми; психоосвітня робота з групою первинної підтримки дитини (недирективне консультування);

Лікарські засоби

СІЗЗС (пароксетин, сертралін, флуоксетин) рекомендовані при тривожно-фобічних розладах, obsесивно-компульсивній симптоматиці.

СІЗЗСН (венлафаксин) рекомендовані при формуванні межового розладу особистості.

Антипсихотики рекомендовано при агресії і значному збудженні.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього УКПМД засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні внутрішніх документів ЗОЗ необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до внутрішніх документів ЗОЗ, та відповідність призначення лікарських засобів інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою: <http://www.drlz.com.ua/>.

Первинна медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі: загальної практики – сімейні лікарі, медичні сестри загальної практики.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби: засоби, що застосовуються для надання медичної допомоги пацієнтам з ГРС та ПТСР: пароксетин, сертралін.

Спеціалізована медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі: психіатри, психіатри дитячі, психотерапевти, клінічні психологи.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (порядок переліку лікарських засобів не означає пріоритетності їх застосування):

СІЗЗС: пароксетин, сертралін, флуоксетин

СІЗЗСН: венлафаксин.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

- 1) Наявність у лікаря ЗОЗ, який надає первинну медичну допомогу, клінічного маршруту пацієнта з ПТСР.
- 2) Наявність у лікаря-психіатра (лікаря-психіатра дитячого) клінічного маршруту пацієнта з ПТСР.

2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1) Наявність у лікаря ЗОЗ, який надає первинну медичну допомогу, клінічного маршруту пацієнта з ПТСР

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Бажаний рівень значення індикатора:

2024 рік – 90%;

2025 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями, які надають первинну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ПТСР. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарями ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2) Наявність у лікаря-психіатра (лікаря-психіатра дитячого) клінічного маршруту пацієнта з ПТСР

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Бажаний рівень значення індикатора:

2024 рік – 90%;

2025 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями-психіатрами, лікарями-психіатрами дитячими ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності внутрішніх документів ЗОЗ / КМП з ПТСР. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем-психіатром, лікарем-психіатром дитячим ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ, ВИКОРИСТАНИХ ПРИ РОЗРОБЦІ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад», 2024 року, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

2. Закон України «Про психіатричну допомогу».

3. Наказ МОЗ України від 12 березня 2024 року № 418 «Про затвердження шістнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

4. Наказ МОЗ України від 25 грудня 2014 року № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії».

5. Наказ МОЗ України від 27 грудня 2013 року № 1150 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».

6. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

7. Наказ МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

8. Наказ МОЗ України від 31 жовтня 2011 року № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».

9. Наказ МОЗ України від 31 жовтня 2011 року № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».

10. Наказ МОЗ України від 02 березня 2011 року № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».

11. Наказ МОЗ України від 17 листопада 2010 року № 999 «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України», зареєстрований Міністерством юстиції України 03 лютого 2011 року за № 147/18885.

12. Наказ МОЗ України від 15 квітня 2008 року № 199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу», зареєстрований Міністерством юстиції 03 липня 2008 року за №577/15268.

13. Наказ МОЗ України від 08 жовтня 2007 року № 623 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку

їх складання», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 19 жовтня 2007 року за № 1197/14464.

**Директор Департаменту
медичних послуг**

Тетяна ОРАБІНА

Додаток 1
до Уніфікованого клінічного
протоколу медичної допомоги
«Гостра реакція на стрес.
Посттравматичний стресовий розлад.
Порушення адаптації»
(підпункт 1 пункту 2 Розділу III)

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу

Запитання	Варіанти відповіді
Чи уникаєте Ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?	так
	ні
Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	так
	ні
Чи стали Ви почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?	так
	ні
Чи втратили Ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	так
	ні
Чи стали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?	так
	ні
Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном?	так
	ні
Чи стали Ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	так
	ні

Дата _____

Примітка: 4 і більше позитивних відповідей вказують на високу ймовірність ПТСР. На підставі проведеного клінічного обстеження пацієнта й отримання в результаті ствердної відповіді на 4 і більше питань, можна кодувати візит пацієнта відповідно до міжнародної класифікації ІСРС-2-Е, а саме: коди з рубрики Р "Психологічні" та рубрики Z "Соціальні проблеми".

Додаток 2
до Уніфікованого клінічного
протоколу медичної допомоги
«Гостра реакція на стрес.
Посттравматичний стресовий розлад.
Порушення адаптації»
(підпункт 2 пункту 2 Розділу III)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ «ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД»

Статистичні дані свідчать, що 50-65% людей впродовж життя зазнають впливу як мінімум однієї травматичної події, а багато зазнають впливу двох і більше подій, таких як значна катастрофа, війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо транспортна пригода, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя (або життя іншої людини) і обумовили сильний страх, безпорадність або жах. Психологічні реакції на стресогенну подію виникають у всіх людей, але можуть відрізнятися за силою вираженості і наслідкам для загального стану. В медичній практиці виділяють гостру реакцію на стрес (ГРС) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Основна відмінність між ГРС і ПТСР – це час, що минув з моменту травматичної події. ГРС діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць. Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше трьох місяців, і хронічний, коли симптоми зберігаються три і більше місяці. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 місяців та більше після травматичної події, розлад визначається як ПТСР з пізнім проявом. За даними літератури, частота розвитку ПТСР становить 10-15% серед осіб, які зазнали впливу травматичних подій. Діти, підлітки, люди похилого віку більш вразливі до появи психопатологічних реакцій на стрес. У жінок частота ПТСР в середньому в 2 рази вища, ніж у чоловіків.

Важливо враховувати, що клінічні прояви ПТСР вкрай різноманітні і з часом можуть змінюватися. Перебіг ПТСР хвилеподібний.

Характерним є:

- повторне переживання – нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію; кошмарні сновидіння; інтенсивні психологічні страждання або такі реакції організму, як пітливість, прискорене серцебиття й паніка при зіткненні із нагадуванням про травмуючу подію;

- уникнення й емоційне заціпеніння – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; втрата інтересу до діяльності, яка у минулому приносила радість, відсторонення або відчуження від інших, обмеження емоційної реакції (наприклад: нездатність відчувати радість або щастя);

- перебудження – безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість.

Може виникати невмотивована агресія, спрямована на випадкових людей, а часто на рідних і близьких. Незрозуміле почуття провини (не виконав місію; не врятував; мав би зараз бути там), почуття недовіри та зради, а також «несправедливості долі»; відчуття відсутності майбутнього тощо. Іноді людина не помічає своїх змін, проте це помічають інші. Оточуючі можуть сприймати людину з ПТСР як таку, яку «підмінили».

Часто люди, в яких є ПТСР, побоюються говорити про свої проблеми – бояться стигматизації по причині звернення за психіатричною допомогою, відчувають сором, намагаються подолати прояви розладу самотійно. Нажаль, часто це відбувається за допомогою алкогольних напоїв та наркотичних препаратів, що ще більше посилює прогресування ПТСР.

Необхідно знати, що ПТСР – це медична проблема, що охоплює людину в цілому – фізично, психічно, емоційно та духовно.

Якщо Ви або Ваші близькі зазнали впливу психотравмуючої події та відчуваєте описані вище прояви, дуже важливо вчасно звернутись по допомогу до лікаря. Говорити про свою проблему – значить зробити перший крок на шляху до одужання. Вчасно призначене лікування, яке включає психологічну допомогу і, у разі необхідності, призначення медикаментозних препаратів зменшить страждання і покращить самопочуття, створить умови для повернення до повноцінного життя. Лікування можливе на всіх етапах, але ефективність його більша, якщо призначити його відразу після появи перших симптомів.

Для одужання важливе значення має розуміння того, що процес лікування потребує певного часу і зусиль як від особи з ПТСР, так і від його оточення. Підтримка з боку близьких дуже важлива. Важливе значення має особиста участь пацієнта з ПТСР та членів сім'ї в плануванні лікування – активне обговорення лікувальних втручань та усвідомлене прийняття рішень. Індивідуально підібране лікування прискорює одужання.

Важливо враховувати досвід інших країн щодо ефективності використання психологічного лікування ПТСР, зокрема, проведення травмофокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії. Розмови про травму – це шлях до одужання. Кількість сеансів визначається лікарем індивідуально. Важливо не уникати цього виду лікування.

Медикаментозна терапія також призначається індивідуально, у разі потреби. Особливої уваги потребує лікування супутньої депресії. Лікування депресії, що виникла вперше, може призначити дільничний терапевт або сімейний лікар. Використовують переважно антидепресанти з групи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Ці препарати, здебільшого, добре переносяться, не викликають залежності та звикання. Потрібно знати, що терапевтичний ефект від препаратів цієї групи настає поступово, переважно, проходить 2-3 тижні до виникнення позитивних змін, тому дуже важливо дотримуватись рекомендацій лікаря щодо режиму прийому препарату, його дози та тривалості курсу лікування і не відміняти препарати самотійно.

Медикаментозного лікування потребують розлади сну і кошмарні сновидіння. Проте призначення має зробити лікар. Не можна приймати препарати за порадою знайомих і родичів, оскільки це може призвести до залежності від них і погіршити перебіг ПТСР.

З самого початку лікування необхідно зосередити увагу на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації. Наявність симптомів ПТСР не повинна бути перешкодою для професійної та соціальної активності. Досвід військових психологів свідчить, що ПТСР рідко розвивається у людей, які досить швидко включилися в життя соціуму (робота, сім'я, друзі, хобі тощо).

Важливо не уникати участі в програмах психологічної, соціальної та фізичної реабілітації, музикотерапії тощо (при їх наявності). Корисним є опанування психологічними техніками управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо), навчитись відволікатись на позитивні спогади.

Позитивний вплив музики на психологічний стан людини відомий давно і широко використовується в медицині. Щоденне прослуховування класичної, народної музики – тієї, яка викликає позитивні емоції – теж шлях до одужання. Хороший ефект мають медитаційні техніки у поєднанні з музикою.

Важливо дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад здорового харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникання вживання алкоголю.

Поради, які можуть допомогти вийти зі стану стресу

1. **Антистресове дихання.** Повільно виконуйте глибокий вдих через ніс; на висоті вдиху на мить затримайте дихання, після чого зробіть видих як можна повільніше. Це заспокійливе дихання. Воно полягає у відносному вкороченні вдиху, подовженні видиху і паузи після нього. Постарайтеся уявити собі, що з кожним глибоким вдихом і тривалим видихом Ви частково позбавляєтеся від стресового напруження.

2. **Хвилинна релаксація.** Розслабте куточки рота, зволожите губи. Розслабте плечі.

3. Випийте води невеликими ковтками.

4. Якщо є можливість, вийдіть з приміщення, пройдіться, ритмічно дихайте й обов'язково подовжуйте видих: два кроки - вдих, три кроки - видих, пауза.

5. Увімкніть заспокійливу музику, ту, яку Ви любите, якщо є можливість.

6. Поговоріть на яку-небудь абстрактну тему з будь-якою людиною, яка знаходиться поруч. Якщо ж поруч нікого немає, зателефонуйте друзям чи рідним. Це відволікаюча дія, яка здійснюється "тут і зараз" і покликана витіснити з вашої свідомості внутрішній діалог, наповнений стресом.

7. Важливо враховувати, що співпраця з лікарем та активна участь у лікуванні значно підвищує вірогідність одужання.

Посттравматичний стресовий розлад можна вилікувати!

Додаток 3
до Уніфікованого клінічного
протоколу медичної допомоги
«Гостра реакція на стрес.
Посттравматичний стресовий розлад.
Порушення адаптації»
(підпункт 1 пункту 3 Розділу III)

CAPS-5
(Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-V –
Клінічна шкала ПТСР за DSM-V)

Критерій А: Експозиція до загрози життю, тяжкої травми або сексуального насилля в один (або більше) із перелічених способів:

1. Пряме переживання травматичної події (подій).
2. Свідок такої події (подій), що трапилась з іншими.
3. Знання того, що травматична подія (події) трапились з близьким членом сім'ї або близьким другом. У випадку загрози життю члену сім'ї або другу подія (події) має бути жорстокою або випадковою.
4. Переживання повторної або екстремальної експозиції до аверсивних (неприємних) деталей травматичної події (подій) (наприклад, перші із прибувших на місце аварії літака, які допомагали збирати людські рештки; або допит поліцейськими дитини про деталі насильства над нею). Критерій А4 не відноситься до експозиції через електронні медіа, телебачення, кіно або фотографії, хіба що ця експозиція є частиною роботи.

Примітки:

Це версія для стану протягом минулого тижня, яка повинна використовуватися для оцінки тяжкості симптомів ПТСР за «минулий тиждень». Діагностичний статус ПТСР має бути оцінений за допомогою версії шкали за «минулий місяць».

Критерій А повинен бути попередньо оцінений за допомогою версії CAPS-5 «минулого місяця». Таким чином, для більшості використань версії «минулого тижня» критерій А не треба оцінювати знову.

(Використайте Перелік травматичних життєвих подій або інші структуровані скринінгові шкали по травмі).

Зараз я задам Вам запитання про той стресовий досвід, який Ви пережили. Перш за все я Вас попрошу розповісти мені трохи про подію, яка на Вашу думку була найгіршою. Потім я запитаю про те, як ця подія впливала на Вас протягом останнього тижня. Загалом я не потребуватимо багато інформації – рівно стільки, скільки потрібно для того, щоб зрозуміти які проблеми Ви маєте. Будь-ласка, дайте мені знати, якщо Ви почуватиметесь засмученим, коли будете відповідати на питання, щоб ми мали з Вами можливість призупинитись та обговорити це. Також, дайте мені знати, якщо Ви матимете питання або щось не зрозумієте. Чи є у Вас які-небудь питання перед тим, як ми почнемо?

Ви сказали, що ця подія була найгіршою. Зараз я хочу, щоб Ви коротко описали те, що сталося.

Індекс події (уточнення):

<p>Що трапилось? (Як давно це сталося? Як Ви були до цього залучені? Хто ще був до цього залучений? Чи був хтось тяжко поранений або вбитий? Чи було чиясь життя у небезпеці?)</p>	<p>Тип експозиції: Власний досвід ____ Свідок ____ Дізнався про ____ Побачив аверсивні (неприємні) деталі ____ Загроза життю? НІ ТАК (своєму__ інших__) Серйозна травма? НІ ТАК (себе__ інших__) Сексуальне насильство? НІ ТАК (по відношенню до себе__ по відношенню до інших__) Критерій А зустрічався? НІ МОЖЛИВО ТАК</p>
---	---

Для іншої частини інтерв'ю, я хочу, щоб Ви зосередились на (ПОДІЇ), коли я запитаю Вас про різні проблеми, які вона можливо спричинила. Можливо Ви мали деякі з цих проблем раніше, однак для цього інтерв'ю ми збираємося зосередитися лише на минулому тижні. Щодо кожної проблеми я запитаю, чи Ви мали її минулого тижня, і якщо так, як часто і наскільки це Вас турбує.

Критерій В: Наявність одного (або більше) з наступних симптомів вторгнення, пов'язаних з травмуючою подією (подіями), які почалися або погіршилися після травматичної події (подій):

1. (В1) Періодичні, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади про травматичну подію (події). Примітка: У дітей старше 6 років, можуть спостерігатися повторювані ігри, в яких виражаються ті чи інші аспекти травматичної події (подій).

<p>Минулого тижня, чи були у Вас якісь <u>небажані спогади</u> про (ПОДІЮ), коли Ви не спали, тобто не враховуючи сновидіння? [Оцінити 0 = відсутні, лише під час сну]</p> <p>Як це сталося, що Ви почали згадувати (ПОДІЮ)? [Якщо не ясно:] (Чи це є небажананими спогадами або Ви думаєте про [ПОДІЇ] навмисно) [Оцінити 0 = Відсутні, враховуються лише мимовільні та нав'язливі спогади]</p> <p>Наскільки ці спогади Вас турбують?</p> <p>Чи можете Ви викинути їх з голови та думати про що-небудь інше?</p> <p>[Якщо не ясно:] (Наскільки значною проблемою це для Вас є? Чому саме?)</p> <p>Чи можете Ви навести декілька прикладів?</p> <p>Як багато Ви ризикуєте? (Наскільки небезпечна ця поведінка? Чи завдало це Вам шкоди або травмувало якимось чином?)</p> <p>Обведіть: Дистрес = Мінімальний Явно присутній Виражений Екстремально виражений</p> <p>Як часто у Вас виникали ці спогади протягом минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність дистресу Помірний = щонайменше 1 раз на тиждень / дистрес явно присутній, деякі складнощі звільнення від спогадів Важкий = щонайменше 2 рази на тиждень / виражений дистрес, значні труднощі звільнення від спогадів</p>	<p>0 Відсутні</p> <p>1 Помірні / підпорогові</p> <p>2 Середні / порогові</p> <p>3 Важкі / помітно підвищені</p> <p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
---	--

2. (B2) Періодичні тривожні сни, в яких зміст та/або емоційне забарвлення сну пов'язані з подією (подіями). Примітка: У дітей можуть бути страшні сни без впізнаваного змісту.

<p>Минулого тижня, чи були у Вас якісь <u>неприємні сни</u> про (ПОДІЮ)?</p> <p>Опишіть типовий сон? (Що там відбувається?)</p> <p>[Якщо не ясно:] (Вони змушують Вас прокинутися?) [Якщо так:] (Що Ви відчуваєте, коли Ви прокинулись? Скільки часу необхідно, щоб Ви змогли заснути знову?)</p> <p>[Якщо повідомляє, що не засинає:] (Скільки годин сну Ви втрачаєте?)</p> <p>Наскільки ці сни Вас турбують?</p> <p><u>Обведіть:</u> Дистрес = Мінімальний Явно присутній Виражений Екстремально виражений</p> <p>Як часто у Вас бували ці сни протягом минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність дистресу Помірний = щонайменше 1 раз на тиждень / дистрес явно присутній, менше 1 години втрати сну Важкий = щонайменше 2 рази на тиждень / виражений дистрес, більше 1 години втрати сну</p>	<p>0 Відсутні</p> <p>1 Помірні / підпорогові</p> <p>2 Середні / порогові</p> <p>3 Важкі / помітно підвищені</p> <p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
--	---

3. (ВЗ) Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), в яких людина відчуває або діє таким чином, ніби повторюється травматична подія (події). Примітка: У дітей реконструкція травматичної події може відбутися в грі.

<p>Минулого тижня, чи були випадки, коли Ви <u>раптом діяли</u> або <u>відчували</u> себе так, ніби (ПОДІЯ) відбувається знову?</p> <p>[Якщо не ясно:] (Це відрізняється від думок про це - тепер я запитую про флешбеки, коли Ви відчуваєте, ніби Ви насправді повернулися в час [ПОДІЇ], насправді переживаєте її знову)</p> <p>Наскільки це схоже на те, що (ПОДІЯ) відбувається знову? (Ви збентежені з приводу того, де Ви насправді?)</p> <p>Що Ви робите тоді, коли це відбувається? (Інші люди помічають Вашу поведінку? Що вони кажуть?)</p> <p>Як довго це триває?</p> <p><u>Обведіть:</u> Дисоціація = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p> <p>Як часто це відбувалося протягом минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Це відчуття почало виникати або погіршилося після (ПОДІЯ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЯ])? Яким чином?</p> <p><u>Обведіть:</u> Пов'язаність з травмою = Точно Можливо Навряд</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність дисоціації</p> <p>Помірна = щонайменше 1 раз на тиждень / дисоціація явно присутня, може зберігатися орієнтування в оточенні, однак переживання явно відрізняються від думок і спогадів</p> <p>Важка = щонайменше 2 рази на тиждень / виражена дисоціація, повідомляє про яскраві переживання, наприклад, із зоровими образами, звуками, запахами</p>	<p>0 Відсутні</p> <p>1 Помірні / підпорогові</p> <p>2 Середні / порогові</p> <p>3 Важкі / помітно підвищені</p> <p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
--	---

4. (B4) Інтенсивний або тривалий психологічний дистрес у відповідь на впливи внутрішніх або зовнішніх сигналів, що символізують або нагадують аспекти травматичної події (подій).

<p>Минулого тижня, чи відчували Ви себе <u>засмученим</u>, коли щось <u>нагадувало</u> Вам про (ПОДІЮ)?</p> <p>Які саме нагадування засмучують Вас?</p> <p>Наскільки ці нагадування Вас турбують?</p> <p>Чи можете Ви заспокоїтися, коли це стається? (Скільки часу це займає?)</p> <p>[Якщо не ясно:] (Наскільки значною проблемою це для Вас є? Чому саме?)</p> <p>Чи можете Ви навести декілька прикладів?</p> <p><u>Обведіть:</u> Дистрес = Мінімальний Явно присутній Виражений Екстремально виражений</p> <p>Як часто це траплялося з Вами протягом минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність дистресу Помірний = щонайменше 1 раз на тиждень / дистрес явно присутній, деякі труднощі відновлення Важкий = щонайменше 2 рази на тиждень / виражений дистрес, значні труднощі відновлення</p>	<p>0 Відсутній</p> <p>1 Помірний / підпороговий</p> <p>2 Середній / пороговий</p> <p>3 Важкий / помітно підвищений</p> <p>4 Екстремально виражений / втрата працездатності</p>
--	---

5. (B5) Значні фізіологічні реакції у відповідь на внутрішні або зовнішні сигнали, що символізують або нагадують аспекти травматичної події (подій).

<p>Минулого тижня, чи виникали у Вас якісь <u>фізичні реакції</u>, коли щось <u>нагадувало</u> Вам про (ПОДІЮ)?</p> <p>Чи можете Ви навести мені декілька прикладів? (Чи змінилися Ваші частота серцевих скорочень або частота дихання? Як щодо появи пітливості або почуття напруження або хиткості?)</p> <p>Які саме нагадування викликати ці реакції?</p> <p>Наскільки довго триває Ваше відновлення?</p> <p><u>Обведіть:</u> Фізіологічна реактивація = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p> <p>Як часто це траплялося з Вами протягом минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність фізіологічного збудження</p> <p>Помірний = щонайменше 1 раз на тиждень / реактивація явно присутня, деякі труднощі відновлення</p> <p>Важка = щонайменше 2 рази на тиждень / виражена реактивація, стійке збудження, значні труднощі відновлення</p>	<p>0 Відсутні</p> <p>1 Помірні / підпорогові</p> <p>2 Середні / порогові</p> <p>3 Важкі / помітно підвищені</p> <p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
---	---

Критерій С: Стійкі уникнення стимулів, пов'язаних з травмою (травмами), які почалися або погіршилися після травматичної події (подій), про що свідчать два (або більше) з наступних симптомів:

6. (С1) Уникнення або спроби уникнути болісних спогадів, думок і почуттів з приводу або тісно пов'язаних з травмуючою подією (подіями).

<p>Минулого тижня, чи намагалися Ви <u>уникнути думок</u> або <u>почуттів</u> про (ПОДІЮ)?</p> <p>Які саме думки і почуття Ви уникаєте?</p> <p>Наскільки важко для Вас уникнути цих думок і почуттів? (Що саме Ви робите для цього?)</p> <p>[Якщо не ясно:] (Наскільки значною проблемою це для Вас є? Що б змінилося, якби Вам не потрібно було уникати цих думок або почуттів?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Уникнення = Мінімальне Явно присутнє Виражене Екстремально виражене</p> <p>Як часто це траплялося з Вами протягом минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність уникнення Помірне = щонайменше 1 раз на тиждень / уникнення явно присутнє Важке = щонайменше 2 рази на тиждень / виражене уникнення</p>	<p>0 Відсутнє</p> <p>1 Помірне / підпорогове</p> <p>2 Середнє / порогове</p> <p>3 Важке / помітно підвищене</p> <p>4 Екстремально виражене / втрата працездатності</p>
---	--

7. (С2) Уникнення або спроби уникнути зовнішні нагадування (людей, місць, бесід, заходів, об'єктів, ситуацій), які викликають тривожні спогади, думки, почуття або тісно пов'язані з травмуючою подією (подіями).

<p>Минулого тижня, чи намагалися Ви уникнути речей, які нагадують Вам про (ПОДІЮ), наприклад, певних людей, місць або ситуацій?</p> <p>Які саме речі Ви уникаєте?</p> <p>Скільки зусиль Ви робите, щоб уникнути цих нагадувань? (Чи необхідно Вам зробити план або змінити Ваші дії для того, щоб уникнути їх?)</p> <p>[Якщо не ясно:] (Наскільки значною проблемою це для Вас є? Що б змінилося, якби Вам не потрібно було уникати цих нагадувань?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Уникнення = Мінімальне Явно присутнє Виражене Екстремально виражене</p> <p>Як часто це траплялося з Вами протягом минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність уникнення Помірне = щонайменше 1 раз на тиждень / уникнення явно присутнє Важке = щонайменше 2 рази на тиждень / виражене уникнення</p>	<p>0 Відсутнє</p> <p>1 Помірне / підпорогове</p> <p>2 Середнє / порогове</p> <p>3 Важке / помітно підвищене</p> <p>4 Екстремально виражене / втрата працездатності</p>
--	---

Критерій D: Негативні зміни в пізнавальних процесах і настрої, пов'язані з травмуючою подією (подіями), які почалися або погіршилися після травматичної події (подій), про що свідчать два (або більше) з наступних симптомів:

8. (D1) Нездатність згадати важливий аспект травматичної події (подій) (зазвичай через дисоціативну амнезію, не пов'язана з іншими факторами, такими як травми голови, вплив алкоголю або наркотиків).

<p>Минулого тижня, чи виникали у Вас були <u>труднощі</u> у <u>згадуванні</u> деяких важливих аспектів (ПОДІЇ)? (Чи відчуваєте Ви, що у Вашій пам'яті є прогалини щодо [ПОДІЇ]?)</p> <p>Які саме аспекти Вам було важко згадати?</p> <p>Чи вважаєте Ви, що повинні бути в змозі згадати ці речі?</p> <p>[Якщо не ясно:] (Чому Ви вважаєте, що не в змозі згадати? Чи були у Вас травми голови під час [ПОДІЇ]? Чи втрачали Ви свідомість? Чи були Ви в стані сп'яніння від алкоголю чи наркотиків)</p> <p>[Оцінити 0 = Відсутня, якщо через травму голови, втрату свідомості або наркотичну інтоксикацію]</p> <p>[Якщо досі не ясно:] (Можливо це просто нормальне забування? Чи не вважаєте Ви, що ці спогади можуть бути заблокованими через те, що згадувати було б занадто болісно?)</p> <p>[Оцінити 0 = Відсутня, якщо обумовлена нормальним забуванням]</p> <p>Обведіть: Важкість згадати = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p> <p>Минулого тижня, як багато важливих аспектів (ПОДІЇ) Вам було важко згадати? (Які аспекти Ви все ще пам'ятаєте?) # Важливих аспектів _____</p> <p>Чи зможете Ви згадати ці аспекти, якщо спробуєте?</p> <p>Ключові оціночні сфери = сума аспектів події, які неможливо згадати / інтенсивність нездатності згадати</p> <p>Помірна = щонайменше один важливий аспект / труднощі із запам'ятовуванням явно присутні, деякі аспекти можливо згадати із зусиллям</p> <p>Важка = декілька важливих аспектів / виявляються труднощі згадати, навіть із зусиллям</p>	<p>0 Відсутня</p> <p>1 Помірна / підпорогова</p> <p>2 Середня / порогова</p> <p>3 Важка / помітно підвищена</p> <p>4 Екстремально виражена / втрата працездатності</p>
---	--

9. (D2) Стійкі та перебільшені негативні переконання або очікування щодо себе, інших чи світ взагалі (наприклад, "Я поганий", "Нікому не можна довіряти," "Світ небезпечний", "Моя нервова система повністю зруйнована").

<p>Минулого тижня, чи відмічали Ви у себе <u>стійкі негативні переконання</u> про себе, інших людей чи світ?</p> <p>Чи можете Ви навести декілька прикладів? (Як щодо таких переконань, як "Я поганий", "Зі мною щось не так", "Нікому не можна довіряти", "Світ небезпечний"?)</p> <p>Наскільки сильними є ці переконання? (Наскільки Ви впевнені в тому, що ці переконання є правдивими? Чи можете Ви побачити інші способи думати про це?)</p> <p>Обведіть: Переконання= Мінімальні Явно присутні Виражені Екстремально виражені</p> <p>Скільки часу минулого тижня Ви відчували себе подібним чином, у відсотковому співвідношенні? % часу _____</p> <p>Ці переконання з'явилися або погіршилися після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?</p> <p>Обведіть: Пов'язаність з травмою = Точно Можливо Навряд</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність переконань Помірні = займають частину часу (20-30%) / перебільшені негативні переконання явно присутні, деякі труднощі в орієнтації на більш реалістичні переконання Важкі = займають багато часу (50-60%) / виражені перебільшені негативні переконання, значні труднощі в орієнтації на більш реалістичні переконання</p>	<p>0 Відсутні</p> <p>1 Помірні / підпорогові</p> <p>2 Середні / порогові</p> <p>3 Важкі / помітно підвищені</p> <p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
--	---

10. (D3) Постійні, спотворені когніції про причини або наслідки травматичної події (подій), що змушують індивіда звинувачувати себе чи інших осіб.

<p>Минулого тижня, чи <u>звинувачували Ви себе у (ПОДІЇ) або тому, що сталося в результаті неї? Розкажіть про це докладніше.</u> (Яким чином Ви бачите себе, як винуватця (ПОДІЇ)? Через те, що Ви щось зробили? Або через те, що Ви думали, що потрібно було щось зробити та не зробили?)</p> <p>Як щодо <u>звинувачення інших у (ПОДІЇ) або того, що сталося в результаті неї? Розкажіть про це докладніше.</u> (Яким чином Ви бачите (ІНШИХ), як винуватців (ПОДІЇ)? Через те, що вони щось зробили? Або через те, що Ви думали, що їм потрібно було щось зробити, але вони не зробили?)</p> <p>Наскільки сильно Ви звинувачуєте (СЕБЕ АБО ІНШИХ)?</p> <p>Наскільки Ви впевнені в тому, що (ВИ АБО ІНШІ) винні у тому, що трапилося? (Чи інші люди з Вами згодні? Чи бачите Ви для себе інші шляхи, як можна це розглядати?)</p> <p>[Оцінити 0 = відсутні, якщо звинувачує злочинця, тобто, когось, хто дійсно спричинив виникнення події або шкоду]</p> <p>Обведіть:</p> <p>Переконання=Мінімальні Явно присутній Виражені Екстремально виражені</p> <p>Скільки часу минулого тижня Ви відчували себе подібним чиному?</p> <p>% часу _____</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність почуття провини</p> <p>Помірне = займає частину часу (20-30%) / викривлене почуття провини явно присутнє, деякі труднощі в орієнтації на більш реалістичні переконання</p> <p>Важке = займає багато часу (50-60%) / виражене викривлене почуття провини, значні труднощі в орієнтації на більш реалістичні переконання</p>	<p>0 Відсутні</p> <p>1 Помірні / підпорогові</p> <p>2 Середні / порогові</p> <p>3 Важкі / помітно підвищені</p> <p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
---	---

11. (D4) Стійкий негативний емоційний стан (страх, жах, гнів, провина або сором).

<p>Минулого тижня, чи були у Вас якісь <u>стійкі негативні почуття</u>, такі як страх, жах, гнів, почуття провини або сорому?</p> <p>Чи можете Ви навести декілька прикладів? (Які негативні почуття Ви відчуваєте?)</p> <p>Наскільки сильними є ці негативні почуття?</p> <p>Як добре Ви в змозі керувати ними?</p> <p>[Якщо не ясно:] (Наскільки значною проблемою це для Вас є? Яким чином?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Негативні емоції = Мінімальні Явно присутні Виражені Екстремально виражені</p> <p>Скільки часу минулого тижня Ви відчували себе подібним чиному, у відсотковоу співвідношенні? % часу _____</p> <p>Ці негативні почуття з'явилися або погіршилися після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?</p> <p><u>Обведіть:</u> Пов'язаність з травмою = Точно Можливо Навряд</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність негативних емоцій Помірні = займають частину часу (20-30%) / негативні емоції явно присутні, деякі труднощі в управлінні ними Важкі = займають багато часу (50-60%) / виражені негативні емоція, значні труднощі в управлінні ними</p>	<p>0 Відсутні</p> <p>1 Помірні / підпорогові</p> <p>2 Середні / порогові</p> <p>3 Важкі / помітно підвищені</p> <p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
--	---

12. (D5) Помітне зниження інтересу або участі в значимій активності.

<p>Минулого тижня, чи були Ви <u>менш зацікавлені в діяльності</u>, від якої раніше отримували задоволення?</p> <p>Стосовно яких саме речей Ви втратили інтерес або не робили їх настільки, наскільки Ви звикли? (Ще щось?)</p> <p>Чому так? [Оцінити 0 = відсутня, якщо зменшилася участь через відсутність можливостей, інвалідність або зміну в бажаній діяльності]</p> <p>Наскільки сильною є втрата Вашого інтересу? (Ви б все ще отримували задоволення від [ДІЯЛЬНОСТІ], якби її почали?)</p> <p>Обведіть: Втрата інтересу = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p> <p>В цілому, минулого тижня, у якій кількості Ваших звичайних занять Ви були менше зацікавлені, у відсотковоу співвідношенні? % занять _____</p> <p>Які речі Ви все ще любите робити?</p> <p>Ця втрата інтересу з'явилась або погіршилася після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?</p> <p>Обведіть: Пов'язаність з травмою = Точно Можливо Навряд</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність втрати інтересу Помірна = деякі види діяльності (20-30%) / втрата інтересу явно присутня, але все ще можливе деяке здійснення діяльності Важка = багато заходів (50-60%) / виражена втрата інтересу, мало інтересу або участі в діяльності</p>	<p>0 Відсутнє</p> <p>1 Помірне / підпорогове</p> <p>2 Середнє / порогове</p> <p>3 Важке / помітно підвищене</p> <p>4 Екстремально виражене / втрата працездатності</p>
--	---

13. (D6) Почуття відірваності або відчуженості від інших.

<p>Минулого тижня, чи відчували Ви себе <u>віддаленим</u> або <u>відірваним</u> від інших людей?</p> <p>Розкажіть докладніше про це.</p> <p>Наскільки сильними є Ваші почуття віддаленості або відірваності від інших? (Хто Вам ближче за всіх? З якою кількістю людей Ви відчуваєте себе комфортно, коли розмовляєте про особисті речі?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Відірваність або відчуження= Мінімальне Явно присутнє Виражене Екстремально виражене</p> <p>Скільки часу минулого тижня Ви відчували себе подібним чиному, у відсотковому співвідношенні? % часу _____</p> <p>Ці почуття віддаленості або відірваності почалося або погіршилося після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином? <u>Обведіть:</u> Пов'язаність з травмою = Точно Можливо Навряд</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність відірваності або відчуження Помірне= займає частину часу (20-30%) / почуття відірваності явно присутнє, але все ще відчуває міжособистісний зв'язок Важке = займає багато часу (50-60%) / виражене почуття відірваності, може відчувати себе близьким із однією-двома особами, деякі труднощі в орієнтації на більш реалістичні переконання</p>	<p>0 Відсутнє</p> <p>1 Помірне / підпорогове</p> <p>2 Середнє / порогове</p> <p>3 Важке / помітно підвищене</p> <p>4 Екстремально виражене / втрата працездатності</p>
---	---

14. (D7) Стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення або любовні почуття).

<p>Минулого тижня, чи були випадки, коли у Вас виникали <u>труднощі у тому, щоб відчувати позитивні почуття</u>, такі як любов чи щастя?</p> <p>Розкажіть докладніше про це. (Які саме почуття важко відчувати?)</p> <p>Наскільки важко Вам відчувати позитивні почуття? (Чи Ви в змозі відчувати позитивні почуття?)</p> <p>Обведіть: Зменшення позитивних емоцій= Мінімальне Явно присутнє Виражене Екстремально виражене</p> <p>Скільки часу минулого тижня Ви відчували себе подібним чиному, у відсотковому співвідношенні? % часу _____</p> <p>Ця проблема щодо відчуття позитивних емоцій почалася або погіршилася після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?</p> <p>Обведіть: Пов'язаність з травмою = Точно Можливо Навряд</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність зменшення позитивних емоцій Помірніе= займає частину часу (20-30%) / зниження позитивного емоційного досвіду явно присутнє, але як і раніше в змозі відчувати позитивні емоції Важке = займає багато часу (50-60%) / виражене зниження позитивного емоційного досвіду</p>	<p>0 Відсутнє</p> <p>1 Помірне / підпорогове</p> <p>2 Середнє / порогове</p> <p>3 Важке / помітно підвищене</p> <p>4 Екстремально виражене / втрата працездатності</p>
---	---

Критерій Е: Зазначені зміни в збудженні та реактивності, пов'язані з травмуючою подією (подіями), які почалися або погіршилися після травматичної події (подій), про що свідчать два (або більше) з наступних симптомів:

15. (E1) Дратівливість і спалахи гніву (з невеликою або без провокації), які зазвичай виражаються у вербальній або фізичній агресії по відношенню до людей або об'єктів.

<p>Минулого тижня, чи були випадки, коли Ви відчували себе особливо <u>дратівливим</u> або <u>гнівливим</u> та демонстрували це у своїй поведінці?</p> <p>Чи можете Ви навести декілька прикладів? (Як Ви демонстрували гнів? Чи піднімали Ви голос або кричали? Кидали або вдаряли речі? Штовхали або вдаряли інших людей?)</p> <p>Обведіть: Агресія = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p> <p>Як часто на минулому тижні? # Разів _____</p> <p>Ця поведінка почалася або погіршилася після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?</p> <p>Обведіть: Пов'язаність з травмою = Точно Можливо Навряд</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність агресивної поведінки Помірна = щонайменше 1 раз на тиждень / агресія явно присутня, насамперед, вербальна Важка = щонайменше 2 рази на тиждень / виражена агресія, принаймні деяка фізична агресія</p>	<p>0 Відсутня</p> <p>1 Помірна / підпорогова</p> <p>2 Середня / порогова</p> <p>3 Важка / помітно підвищена</p> <p>4 Екстремально виражена / втрата працездатності</p>
---	---

16. (E2) Відчайдушна або аутодеструктивна поведінка.

<p>Минулого тижня, чи були випадки, коли Ви більше ризикували або робили речі, які, можуть Вам зашкодити?</p> <p>Чи можете Ви навести декілька прикладів?</p> <p>Як багато Ви ризикуєте? (Наскільки небезпечна ця поведінка? Чи завдало це Вам шкоди або травмувало якимось чином?)</p> <p>Обведіть: Ризик =Мінімальний Явно присутній Виражений Екстремально виражений</p> <p>Як часто Ви ризикували протягом минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Ця поведінка почалася або погіршилася після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?</p> <p>Обведіть: Пов'язаність з травмою = Точно Можливо Навряд Ключові оціночні сфери = частота / рівень ризику Помірний = щонайменше 1 раз на тиждень / ризик явно присутній, можливо було заподіяно шкоду Важкий = щонайменше 2 рази на тиждень / виражений ризик, була заподіяна шкода або була висока ймовірність шкоди</p>	<p>0 Відсутня</p> <p>1 Помірна / підпорогова</p> <p>2 Середня / порогова</p> <p>3 Важка / помітно підвищена</p> <p>4 Екстремально виражена / втрата працездатності</p>
---	--

17. (Е3) Наднастороженість.

<p>Минулого тижня, чи не були Ви особливо <u>пильні</u> або <u>насторожені</u>, навіть коли не було конкретної загрози чи небезпеки? (Чи відчували Ви, що повинні бути напоготові?)</p> <p>Чи можете Ви навести декілька прикладів? (Що саме Ви робите, коли Ви пильні або насторожені?)</p> <p>[Якщо не ясно:] (Що змушує Вас реагувати подібним чином? Чи вважаєте Ви, що перебуваєте в небезпеці або під загрозою? Більше, ніж більшість людей в тій самій ситуації?)</p> <p><u>Обведіть:</u></p> <p>Наднастороженість = Мінімальна/Явно присутня/Виражена /Екстремально виражена</p> <p>Скільки часу минулого тижня Ви відчували себе подібним чином, у відсотковому співвідношенні? % часу _____</p> <p>Ці проблеми почалися або погіршилися після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?</p> <p><u>Обведіть:</u> Пов'язаність з травмою = Точно Можливо Навряд</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність наднастороженості</p> <p>Помірна = займає частину часу (20-30%) / наднастороженість явно присутня, наприклад, в громадських місцях, відмічаються пильність, підвищене усвідомлення загрози</p> <p>Важка = займає багато часу (50-60%) / виражена наднастороженість, наприклад, сканування оточуючого середовища на предмет небезпеки, ритуали безпеки, перебільшене побоювання за безпеку себе / сім'ї / дому</p>	<p>0 Відсутня</p> <p>1 Помірна / підпорогова</p> <p>2 Середня / порогова</p> <p>3 Важка / помітно підвищена</p> <p>4 Екстремально виражена / втрата працездатності</p>
---	---

18. (E4) Гіпертрофована реакція переляку.

<p>Минулого тижня, чи мали Ви будь-які <u>сильні реакції переляку</u>?</p> <p>Які саме речі Вас лякали?</p> <p>Наскільки сильними були ці реакції переляку? (Наскільки сильними вони були в порівнянні з тим, як звичайно реагує більшість людей? Чи зробили Ви щонебудь таке, що б помітили інші люди?)</p> <p>Наскільки довго триває Ваше відновлення? <u>Обведіть:</u> Реакція переляку =Мінімальна /Явно присутня/Виражена/Екстремально виражена</p> <p>Як часто це траплялось з Вами протягом минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Ці реакції переляку почалися або погіршилися після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]?) Яким чином? <u>Обведіть:</u> Пов'язаність з травмою = Точно Можливо Навряд</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність реакції переляку</p> <p>Помірна = щонайменше 1 раз на тиждень / реакція переляку явно присутня, деякі труднощі відновлення</p> <p>Важка = щонайменше 2 рази на тиждень/ виражена реакція переляку, стійке збудження, значні труднощі відновлення</p>	<p>0 Відсутня</p> <p>1 Помірна / підпорогова</p> <p>2 Середня / порогова</p> <p>3 Важка / помітно підвищена</p> <p>4 Екстремально виражена / втрата працездатності</p>
--	---

19. (E5) Проблеми з концентрацією.

<p>Минулого тижня, чи мали Ви будь-які <u>проблеми з концентрацією</u>?</p> <p>Чи можете Ви навести декілька прикладів?</p> <p>Чи в змозі Ви сконцентруватися, якщо будете намагатися?</p> <p>[Якщо не ясно:] (В цілому, наскільки це значна проблема для Вас? Що б змінилося, якби у Вас не було проблем з концентрацією?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Проблеми з концентрацією =Мінімальні /Явно присутні/Виражені/Екстремально виражені</p> <p>Скільки часу минулого тижня у Вас були проблеми з концентрацією, у відсотковому співвідношенні? % часу _____</p> <p>Ці проблеми з концентрацією почалися або погіршилися після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином? <u>Обведіть:</u> Пов'язаність з травмою = Точно Можливо Навряд</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність проблем з концентрацією Помірна = займає частину часу (20-30%) / проблеми з концентрацією явно присутні, відмічаються деякі труднощі, але зберігається можливість зосередитися при зусиллі Важка = займає багато часу (50-60%) / виражена проблема концентрації, значні труднощі зосередитися навіть при зусиллі</p>	<p>0 Відсутні</p> <p>1 Помірні / підпорогові</p> <p>2 Середні / порогові</p> <p>3 Важкі / помітно підвищені</p> <p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
--	---

20. (E6) Порушення сну (наприклад, труднощі засинання або сну чи неспокійний сон).

<p>Минулого тижня, чи мали Ви будь-які проблеми із засинанням чи перебуванням у сні?</p> <p>Які саме проблеми? (Скільки часу у Вас уходить на те, щоб заснути? Як часто Ви прокидаєтесь вночі? Ви прокидаєтесь раніше, ніж Ви хотіли б?)</p> <p>Скільки всього годин Ви спите щоночі?</p> <p>Скільки годин Ви думаєте, що повинні спати?</p> <p>Обведіть: Проблеми зі сном =Мінімальні/Явно присутні/Виражені/Екстремально виражені</p> <p>Як часто за останній тиждень у Вас були ці проблеми зі сном? # Разів _____</p> <p>Ці проблеми зі сном почалися або погіршилися після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?)</p> <p>Обведіть: Пов'язаність з травмою = Точно Можливо Навряд</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність проблем зі сном Помірні = щонайменше 1 раз на тиждень / порушення сну явно присутні, явне утруднене засинання, 30-90 хвилин втрата сну Важкі = щонайменше 2 рази на тиждень / виявляються порушення сну, значно більше утруднене засинання та труднощі перебування у сні, від 90 хв до 3 год втрата сну</p>	<p>0 Відсутні</p> <p>1 Помірні / підпорогові</p> <p>2 Середні / порогові</p> <p>3 Важкі / помітно підвищені</p> <p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
---	---

Критерій F: Тривалість порушення (критерії В, С, D та E) більше ніж 1 місяць.

ПРИМІТКА: Деталі 21 і 22 не застосовуються для даної версії (Минулий Тиждень). Вони перераховані тут без підказок для того, щоб зберегти нумерацію для версії Минулий Місяць. Початок і тривалість симптомів повинні бути оцінені.

21. Виникнення симптомів

22. Тривалість симптомів

Критерій G: Порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, професійній або іншій важливій сфері функціонування.

23. Суб'єктивний дистрес.

<p>В цілому, минулого тижня, наскільки Вас турбували ці (симптоми ПТСР), про які Ви розказали? [Розгляньте дистрес, висвітлений у попередніх пунктах]</p>	<p>0 немає 1 Помірний, мінімальний дистрес 2 Середній, дистрес явно присутній, але все ще керований 3 Серйозний, значний дистрес 4 Екстремально виражений, дистрес, що призводить до непрацездатності</p>
--	---

24. Порушення в соціальному функціонуванні.

<p>Минулого тижня, це (симптоми ПТСР), вплинуло на Ваші стосунки з іншими людьми? Яким чином? [Розгляньте порушення в соціальному функціонуванні у попередніх пунктах]</p>	<p>0 Немає несприятливого впливу 1 Помірний вплив, мінімальне порушення у соціальному функціонуванні 2 Середній вплив, певне погіршення, але багато аспектів соціального функціонування залишаються недоторканими 3 Сильний вплив, відмічені порушення, деякі аспекти соціального функціонування ще не порушені 4 Екстремальний вплив, незначне або немає соціального функціонування</p>
---	--

25. Порушення у професійній або іншій важливій сфері функціонування.

<p>[Якщо не ясно:] Ви зараз працюєте?</p> <p>[Якщо так:] Минулого тижня, ці (симптоми ПТСР) вплинуло на Вашу роботу чи Вашу працездатність? Яким чином?</p> <p>[Якщо ні:] Чому? (Чи відчуваєте Ви, що Ваші [симптоми ПТСР] причетні до того, що Ви зараз не працюєте? Яким чином?) [Якщо не в змозі працювати через симптоми ПТСР, оцініть у 3 бали = серйозне порушення. Якщо безробіття не по'язане з симптомами ПТСР, базуйтеся в оцінюванні на інших важливих сферах функціонування]</p> <p>Чи вплинули ці (симптоми ПТСР) на будь-яку іншу важливу частину Вашого життя? [Запропонуйте приклади, такі як виховання дітей, робота по дому, шкільна, волонтерська робота тощо] Яким чином?</p>	<p>0 Немає несприятливого впливу</p> <p>1 Помірний вплив, мінімальне порушення у професійній діяльності/ інших важливих сферах функціонування</p> <p>2 Середній вплив, певне погіршення, але багато аспектів професійної діяльності/ інших важливих сфер функціонування ще не порушені</p> <p>3 Сильний вплив, відмічені порушення, деякі аспекти професійної діяльності/ інших важливих сфер функціонування ще не порушені</p> <p>4 Екстремальний вплив, незначна або немає професійної діяльності/інших важливих сфер функціонування</p>
---	--

Загальні рейтинги

26. Загальна валідність

<p>Оцініть загальну валідність відповідей. Розгляньте фактори, такі як комплаєнс до інтерв'ю, психічний статус (наприклад, проблеми з концентрацією, розумінням, наявність дисоціації), та докази наявності зусиль з мінімізації або перебільшення симптомів.</p>	<p>0 Відмінно, немає підстав підозрювати невалідні відповіді 1 Добре, присутні фактори, що можуть негативно вплинути на валідність 2 Досить добре, присутні фактори, що безумовно зменшують валідність 3 Погано, істотно знижується валідність 4 Невалідні відповіді, важкі порушеннями психічного стану або можливо обстежуваний навмисно "прикидається поганим" або "прикидається хорошим"</p>
--	--

27. Загальна тяжкість

<p>Оцініть загальну тяжкість симптомів ПТСР. Розгляньте ступінь суб'єктивного дистресу, ступінь функціональних порушень, поведінку, яка спостерігалась під час інтерв'ю</p>	<p>0 Немає клінічно значущих симптомів дистресу та функціональних порушень 1 Помірна, мінімальний дистрес або функціональні порушення 2 Середня, наявний дистрес або функціональні порушення, але функції виконуються із зусиллям 3 Серйозна, значний дистрес або функціональні порушення, обмежене функціонування, навіть із зусиллям 4 Екстремально виражена, виражений дистрес або порушення відзначені у двох або більше значущих областях функціонування</p>
--	---

28. Загальне покращення

<p>Оцінити загальне поліпшення з моменту попереднього оцінювання. Визначте ступінь зміни та як на Вашу думку це пов'язано з лікуванням.</p>	<p>0 Безсимптомне 1 Значне покращення 2 Помірне покращення 3 Незначне покращення 4 Немає покращення 5 Недостатньо інформації</p>
--	---

29. (1) Деперсоналізація: постійне або періодичне переживання почуття відчуження від власних психічних процесів або тіла, ніби спостереження їх зі сторони (наприклад, відчуття, ніби знаходишся у сні; відчуття нереальності себе або свого тіла, сповільненості часу).

<p>Минулого тижня, чи були випадки, коли Ви відчували себе, ніби Ви були <u>відокремлені від самого себе</u>, ніби Ви дивилися на себе, свої думки і почуття, начебто Ви були іншою людиною?</p> <p>[Якщо ні:] (Чи виникало у Вас відчуття, ніби Ви були уві сні, навіть тоді, коли не спали? Відчуття, ніби щось щодо Вас не було реальним? Відчуття, ніби час сповільнився?)</p> <p>Розкажіть докладніше про це.</p> <p>Наскільки сильне це відчуття? (Чи втрачаєте Ви відчуття того, де Ви насправді знаходитесь та того, що насправді відбувається?)</p> <p>Що Ви робите, коли це відбувається? (Інші люди помічають Вашу поведінку? Що вони говорять?)</p> <p>Як довго це триває? <u>Обведіть:</u> Дисоціація = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p> <p>[Якщо не ясно:] (Чи було це через вплив алкоголю або наркотиків? Як щодо стану здоров'я, наприклад наявності судом?) [Оцінити 0 = відсутня, якщо обумовлена впливом речовини або станом здоров'я]</p> <p>Як часто це відбувалося минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Це відчуття почало виникати або погіршилося після (ПОДІЯ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЯ]? Яким чином?) <u>Обведіть:</u> Пов'язаність з травмою = Точно Можливо Навряд</p> <p>Ключові оціночні сфери =</p> <p>частота / інтенсивність дисоціації Помірна = щонайменше 1 раз на тиждень / дисоціація явно присутня, але минуша, зберігається деяка реалістичність навколишнього середовища Важка = щонайменше 2 рази на тиждень / виражена дисоціація, значне відчуття нереальності</p>	<p>0 Відсутня</p> <p>1 Помірна / підпорогова</p> <p>2 Середня / порогова</p> <p>3 Важка / помітно підвищена</p> <p>4 Екстремально виражена / втрата працездатності</p>
--	---

30. (2) Дерезалізація: постійні або періодичні переживання нереальності оточення (наприклад, світ навколо особистості переживається як нереальний, казковий, віддалений чи викривлений).

<p>Минулого тижня, чи були випадки, коли <u>те, що відбувається</u> навколо Вас, здавалося <u>нереальним</u> або дуже дивним і незнайомим?</p> <p>[Якщо ні:] (Чи не здаються речі, які відбуваються навколо Вас, схожими на сон або сцену з фільму? Чи не здаються вони віддаленими чи викривленими?)</p> <p>Розкажіть докладніше про це.</p> <p>Наскільки сильне це відчуття? (Чи втрачаєте Ви відчуття того, де Ви насправді знаходитесь та що насправді відбувається?)</p> <p>Що Ви робите, коли це відбувається? (Інші люди помічають Вашу поведінку? Що вони говорять?)</p> <p>Як довго це триває?</p> <p><u>Обведіть:</u> Дисоціація = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p> <p>[Якщо не ясно:] (Чи було це через вплив алкоголю або наркотиків? Як щодо стану здоров'я, наприклад, наявності судом?) [Оцінити 0 = відсутня, якщо обумовлена впливом речовини або станом здоров'я]</p> <p>Як часто це відбувалося минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Це почуття почало виникати або погіршилося після (ПОДІЯ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЯ]? Яким чином?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Пов'язаність з травмою = Точно Можливо Навряд</p> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність дисоціації</p> <p>Помірна = щонайменше 1 раз на тиждень / дисоціація явно присутня, але минула, зберігається деяка реалістичність навколишнього середовища</p> <p>Важка = щонайменше 2 рази на тиждень / виражена дисоціація, значне відчуття нереальності</p>	<p>0 Відсутня</p> <p>1 Помірна / підпорогова</p> <p>2 Середня / порогова</p> <p>3 Важка / помітно підвищена</p> <p>4 Екстремально виражена / втрата працездатності</p>
---	--

ЛИСТ РЕЗЮМЕ CAPS-5

Отримані під час обстеження пацієнта, дані заносяться у Лист резюме, який також дозволяє провести стандартизоване оцінювання отриманих результатів.

Ім'я: _____ **ID #:** _____ **Інтерв'юер:** _____ **Дослідження:**
 _____ **Дата:** _____

А. Безпосередній вплив або загроза смерті, травмування або сексуального насильства		
Чи зустрічався критерій А?	0 = НІ 1 = ТАК	
В. Симптоми «вторгнення» (необхіден 1 для постановки діагнозу)		
	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(1) В1 - Інтрузивні спогади		0 = НІ 1 = ТАК
(2) В2 – Кошмарні сновидіння		0 = НІ 1 = ТАК
(3) В3 - Дисоціативні реакції		0 = НІ 1 = ТАК
(4) В4 - Психологічний дистрес		0 = НІ 1 = ТАК
(5) В5 - Фізіологічні реакції		0 = НІ 1 = ТАК
	B Sev =	# B Sx =
В Проміжні підсумки		
С. Симптоми уникнення (необхіден 1 для постановки діагнозу)		
	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(6) С1 - Уникнення спогадів, думок, почуттів		0 = НІ 1 = ТАК

(7) C2 - Уникнення зовнішніх нагадувань		0 = НІ 1 = ТАК
С Проміжні підсумки	С Sev =	# С Sx =
D. Когнітивні та емоційні симптоми (необхідно 2 для постановки діагнозу)		
	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(8) D1 - Нездатність згадати важливий аспект події		0 = НІ 1 = ТАК
(9) D2 - Перебільшені негативні переконання або очікування		0 = НІ 1 = ТАК
(10) D3 – Когнітивне викривлення щодо провини		0 = НІ 1 = ТАК
(11) D4 - Стійкий негативний емоційний стан		0 = НІ 1 = ТАК
(12) D5 - Зниження інтересу або участі в діяльності		0 = НІ 1 = ТАК
(13) D6 - Відокремлення або відчуження від інших		0 = НІ 1 = ТАК
(14) D7 - Стійка нездатність відчувати позитивні емоції		0 = НІ 1 = ТАК
D Проміжні підсумки	D Sev =	# D Sx =
E. Симптоми порушення і гіперактивації (необхідно 2 для постановки діагнозу)		
	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(15) E1 - Дратівливість і спалахи гніву		0 = НІ 1 = ТАК
(16) E2 - Відчайдушна або саморуйнівна поведінка		0 = НІ 1 = ТАК
(17) E3 - Наднастороженість		0 = НІ 1 = ТАК
(18) E4 - Гіпертрофована реакція переляку		0 = НІ 1 = ТАК

(19) E5 - Проблеми з концентрацією		0 = НІ 1 = ТАК
(20) E6 - Порушення сну		0 = НІ 1 = ТАК
E Проміжні підсумки	E Sev =	# E Sx =
ПТСР Підсумок		
	Минулий тиждень	
	Сума Sev	Сума # Sx
Сума проміжних висновків (B + C + D + E)		
F. Тривалість порушення	Нинішнього	
(22)	НЕ ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ	
G. Дистрес або погіршення (необхіден 1 для постановки діагнозу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(23) Суб'єктивний дистрес		0 = НІ 1 = ТАК
(24) Порушення в соціальному функціонуванні		0 = НІ 1 = ТАК
(25) Порушення у професійній діяльності		0 = НІ 1 = ТАК
G Проміжні підсумки	G Sev =	# G Sx =
Загальний рейтинг минулого тижня	Минулий тиждень	
(26) Загальна валідність		
(27) Загальна тяжкість		
(28) Загальне поліпшення		
Дисоціативні симптоми (необхіден 1 для підтипу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(29) 1 - Деперсоналізація		0 = НІ 1 = ТАК
(30) 2 - Дерезалізація		0 = НІ 1 = ТАК

Дисоціативні симптоми Проміжні підсумки	Diss Sev =	# Diss Sx =
---	---------------	-------------

Додаток 4
до Уніфікованого клінічного
протоколу медичної допомоги
«Гостра реакція на стрес.
Посттравматичний стресовий розлад.
Порушення адаптації»
(підпункт 1 пункту 3 Розділу III)

**Скринінг на наявність травми у дітей та підлітків (CATS)
форма для опікунів (вік 3-6 років)**

Стресові або страшні події трапляються з багатьма дітьми. Нижче наведено список стресових і страшних подій, які іноді трапляються. Позначте ТАК, якщо це сталося з дитиною, наскільки Вам відомо. Позначте НІ, якщо це не сталося з дитиною.

1. Серйозне стихійне лихо, як повінь, торнадо, ураган, землетрус або пожежа.	Так	Ні
2. Серйозна аварія або травма, як аварія на автомобілі / велосипеді, укус собаки або спортивна травма.	Так	Ні
3. Дитину залякували, били або сильно поранили в сім'ї.	Так	Ні
4. Дитину залякували, били або сильно поранили в школі або громаді.	Так	Ні
5. Дитина зазнала нападу, була поранена ножом або в неї стріляли, була пограбована із загрозою використання зброї.	Так	Ні
6. Бачив/ла, як члену сім'ї погрожували, били або сильно поранили.	Так	Ні
7. Бачив/ла, як комусь в школі або громаді погрожували, били або сильно поранили.	Так	Ні
8. Хтось вчинив над дитиною сексуальні дії або змушував її робити сексуальні дії, коли він/вона не могли сказати ні, або коли дитину примушували чи на неї тиснули.	Так	Ні
9. В інтернеті або в соціальних мережах хтось просив або тиснув на дитину, щоб вона зробила якісь сексуальні дії. Наприклад, зробила та надіслала відверті фотографії.	Так	Ні
10. Хтось особисто вчиняв буллінг над дитиною. Говорив жорстокі речі, які налякали її.	Так	Ні
11. Хтось вчиняв буллінг на дитиною онлайн. Говорив жорстокі речі, які налякали її.	Так	Ні
12. Хтось з близьких дитини загинув раптово або насильницькою смертю.	Так	Ні
13. Стресові або страшні медичні процедури.	Так	Ні
14. Були поблизу військових дій.	Так	Ні
15. Інша стресова чи страшна подія.	Так	Ні

Опишіть _____

Дайте відповідь на наступні запитання про всі страшні чи стресові події, які сталися з дитиною

Позначте 0, 1, 2 або 3, що описує як часто наступні прояви турбували Вашу дитину протягом останніх двох тижнів:

0 Ніколи / 1 Час від часу / 2 Половину часу / 3 Майже завжди

1. Думки або образи про стресову подію, які засмучували. Або відтворення стресової події під час гри.	0	1	2	3
2. Погані сни, пов'язані зі стресовою подією.	0	1	2	3
3. Діяв, грав або відчував, ніби зараз відбувається стресова подія.	0	1	2	3
4. Відчував сильне емоційне засмучення, коли нагадували про стресову подію.	0	1	2	3
5. Сильні фізичні реакції при нагадуванні про стресову подію (пітливість, прискорене серцебиття).	0	1	2	3
6. Намагається не згадувати, не говорити або не мати почуттів про стресову подію.	0	1	2	3
7. Уникає діяльності, людей, місць або речей, які нагадують про стресову подію.	0	1	2	3
8. Посилення негативних емоційних станів (страх, гнів, провина, сором, розгубленість).	0	1	2	3
9. Втратив/ла інтерес до занять, які цікавили до стресової події. У тому числі не так багато грає.	0	1	2	3
10. Виглядає соціально відгородженим/ою.	0	1	2	3
11. Зменшення прояву позитивних почуттів (щастя, любові).	0	1	2	3
12. Дратівливий/а. Або демонструє спалахи гніву без поважної причини, направлені на інших людей або речі.	0	1	2	3
13. Виглядає надмірно пильними/ою або настороженим/ою.	0	1	2	3
14. Виглядає знервованим/ою або легко лякається.	0	1	2	3
15. Має проблеми з концентрацією.	0	1	2	3
16. Має проблеми із засинанням або сном.	0	1	2	3

CATS 3-6 Років оцінка <11	CATS 3-6 Років оцінка 12-15	CATS 3-6 Років оцінка 15+
Норма. Клінічно не значуща.	Помірний дистрес, пов'язаний з травмою.	Можливий ПТСР

Будь ласка, позначте «ТАК» або «НІ», якщо проблеми, які ви позначили, впливали:

17. Взаємовідносини з іншими	Так Ні
19. Хоббі / розваги	Так Ні
18. Стосунки в сім'ї	Так Ні
20. Загальне відчуття щастя	Так Ні
21. Школа / робота	Так Ні

Скринінг на наявність травми у дітей та підлітків (CATS)

форма для опікунів (вік 7-17 років)

Стресові або страшні події трапляються з багатьма дітьми. Нижче наведено список стресових і страшних подій, які іноді трапляються. Позначте ТАК, якщо це сталося з дитиною, наскільки Вам відомо. Позначте НІ, якщо це не сталося з дитиною

1. Серйозне стихійне лихо, як повінь, торнадо, ураган, землетрус або пожежа.	Так	Ні
2. Серйозна аварія або травма, як аварія на автомобілі / велосипеді, укуси собаки або спортивна травма.	Так	Ні
3. Дитину залякували, били або сильно поранили в сім'ї.	Так	Ні
4. Дитину залякували, били або сильно поранили в школі або громаді.	Так	Ні
5. Дитина зазнала нападу, була поранена ножом або в неї стріляли, була пограбована із загрозою використання зброї.	Так	Ні
6. Бачив/ла, як члену сім'ї погрожували, били або сильно поранили.	Так	Ні

7. Бачив/ла, як комусь в школі або громаді погрожували, били або сильно поранили.	Так	Ні
8. Хтось вчинив над дитиною сексуальні дії або змушував її робити сексуальні дії, коли він/вона не могли сказати ні або коли дитину примушували чи на неї тиснули.	Так	Ні
9. В інтернеті або в соціальних мережах хтось просив або тиснув на дитину зробити якісь сексуальні дії. Наприклад, зробити та надіслати відверті фотографії.	Так	Ні
10. Хтось особисто вчиняв буллінг на дитиною. Говорив жорстокі речі, які налякали її.	Так	Ні
11. Хтось вчиняв буллінг над дитиною онлайн. Говорив жорстокі речі, які налякали її.	Так	Ні
12. Хтось з близьких дитини загинув раптово або насильно.	Так	Ні
13. Стресові або страшні медичні процедури.	Так	Ні
14. Були поблизу військових дій.	Так	Ні
15. Інша стресова чи страшна подія.	Так	Ні

Опишіть _____

Перегорніть сторінку та дайте відповідь на наступні запитання про всі страшні чи стресове події, які сталися з дитиною

Позначте 0, 1, 2 або 3, що описує як часто наступні прояви турбували Вашу дитину протягом останніх двох тижнів:

0 Ніколи / 1 Час від часу / 2 Половину часу / 3 Майже завжди

1. Думки або образи про стресову подію, які засмучували. Або відтворення стресової події під час гри.	0	1	2	3
2. Погані сни, пов'язані зі стресовою подією.	0	1	2	3
3. Діяв, грав або відчував, ніби зараз відбувається стресова подія.	0	1	2	3
4. Відчував сильне емоційне засмучення, коли нагадували про стресову подію.	0	1	2	3
5. Сильні фізичні реакції при нагадуванні про стресову подію (пітливість, прискорене серцебиття).	0	1	2	3
6. Намагається не згадувати, не говорити або не мати почуттів про стресову подію.	0	1	2	3
7. Уникає діяльності, людей, місць або речей, які нагадують про стресову подію.	0	1	2	3
8. Не могла пригадати важливу частину стресової події.	0	1	2	3

9. Негативні зміни у тому, як вона думає про себе, інших або світ після перенесеної події.	0	1	2	3
10. Думає, що стресова подія сталася через те, що він/вона зробили щось неправильно, або зробили недостатньо, щоб не допустити цього.	0	1	2	3
11. Має дуже негативний емоційний стан (страх, злість, провину, сором).	0	1	2	3
12. Втрата інтересу до занять, які приносили задоволення до стресової події. У тому числі не так багато грає.	0	1	2	3
13. Відчуває віддаленість або відстороненість від оточуючих людей.	0	1	2	3
14. Не проявляє або має зниженні позитивні почутті (щастя, любові).	0	1	2	3
15. Дратівливий/а. Або демонструє спалахи гніву без поважної причини.	0	1	2	3
16. Ризиковані форми поведінки або поведінку, яка може призвести до ушкодження.	0	1	2	3
17. Виглядає надмірно пильними/ою або настороженим/ою.	0	1	2	3
18. Виглядає знервованим/ою або легко лякається.	0	1	2	3
19. Має проблеми з концентрацією.	0	1	2	3
20. Має проблеми із засинанням або сном.	0	1	2	3

CATS 7-17 Years оцінка <15	CATS 7-17 Years оцінка 15-20	CATS 7-17 Years оцінка 21+
Норма. Клінічно не значуща.	Помірний дистрес, пов'язаний з травмою.	Можливий ПТСР

Будь ласка, позначте «ТАК» або «НІ», якщо проблеми, які ви позначили, впливали:

21. Взаємовідносини з іншими	Так Ні
23. Хоббі / розваги	Так Ні
22. Стосунки в сім'ї	Так Ні

24. Загальне відчуття щастя	Так Ні
25. Школа / робота	Так Ні

Додаток 5
до Уніфікованого клінічного
протоколу медичної допомоги
«Гостра реакція на стрес.
Посттравматичний стресовий розлад.
Порушення адаптації»
(підпункт 1 пункту 3 Розділу III)

Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21)

Шкала депресії, тривоги та стресу (Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21) призначена для вимірювання негативних емоційних станів депресії, тривоги та стресу. Шкала DASS-21 підходить для діагностики та моніторингу результатів в клінічних умовах, а також для скринінгу психічного здоров'я в неклінічних умовах.

Тест

1. Мені було важко розслабитися.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

2. Я відчував сухість у роті.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

3. Я взагалі не міг відчувати жодних позитивних почуттів.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

4. У мене виникли труднощі з диханням (наприклад, надмірно прискорене дихання, задишка за відсутності фізичного навантаження).

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

5. Мені було важко проявити ініціативу, щоби щось зробити.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

6. Я був схильний надмірно реагувати на ситуації.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

7. Я відчував тремтіння (наприклад, в руках).

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

8. Я відчував, що витрачаю багато нервової енергії.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

9. Мене непокоїли ситуації, в яких я міг би запанікувати і виставити себе дурнем.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

10. Я відчував, що мені нема чого чекати.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

11. Я почувався неспокійним.

Ніколи
Іноді
Часто
Майже завжди

12. Я відчував складнощі в процесі розслаблення.

Ніколи
Іноді
Часто
Майже завжди

13. Я почувався пригніченим і сумним.

Ніколи
Іноді
Часто
Майже завжди

14. Я був нетерпимий до всього, що заважало мені продовжувати те, що я роблю.

Ніколи
Іноді
Часто
Майже завжди

15. Я відчував, що був на межі паніки.

Ніколи
Іноді
Часто
Майже завжди

16. Я не міг нічим захопитися.

Ніколи
Іноді
Часто
Майже завжди

17. Я відчував, що я нічого не вартий як особистість.

Ніколи
Іноді
Часто
Майже завжди

18. Я відчував себе досить образливим.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

19. Я усвідомлював роботу свого серця при відсутності фізичного навантаження (наприклад, відчуття прискореного пульсу).

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

20. Я відчував страх без будь-якої вагомої причини.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

21. Я відчував, що життя позбавлене сенсу.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

Інтерпретація результатів

Опитувальник DASS-21 (україномовний варіант) дозволяє оцінити рівні депресії, тривоги та стресу. Опитувальник включає 21 питання і є модифікацією широкоформатного опитувальника DASS, що містить 42 питання. Кожне питання опитувальника можна оцінити балами від 0 (не відноситься до мене взагалі, ні) до 3 (є типовим для мене).

Після підрахунку суми балів за різними шкалами, що оцінюють окремо депресію, тривогу та стрес, вони порівнюються зі стандартами, що дозволяє оцінити рівень показників (таблиця 1).

Таблиця 1. Стандарти тесту DASS-21 для визначення рівнів депресії, тривоги та стресу (у балах).

Рівень показника	Депресія	Тривога	Стрес
Нормальний	0-4	0-3	0-7
Легкий	5-6	4-5	8-9

Помірний	7-10	6-7	10-12
Важкий	11-13	8-9	13-16
Дуже важкий	>14	>10	>17

Шкала депресії тесту DASS-21 оцінює:

- самозневагу,
- пригніченість, похмурість,
- переконаність у тому, що життя не має сенсу чи цінності,
- песимістичний погляд у майбутнє,
- нездатність відчувати насолоду чи задоволення,
- нездатність зацікавитися чимось чи залучитись до чогось,
- безініціативність, повільність.

Шкала тривогитесту DASS-21 оцінює:

- тривожність, панічність,
- тремтіння,
- відчуття сухості в роті, утруднення дихання, серцебиття, пітливість долонь,
- занепокоєння щодо можливості втрати контролю та його продуктивності.

Шкала стресу DASS-21 оцінює:

- перезбудження, напругу,
 - нездатність розслабитися,
 - образливість, легку засмучуваність,
 - дратівливість,
 - лякливість,
 - нервовість, вередливість,
 - нетерпимість до затримки чи переривання
-