

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: Медико-фармацевтичний

Кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

01 вересня 2025 року

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«КЛІНІЧНА ПСИХОДІАГНОСТИКА»**

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Спеціальність: 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма: Практична психологія

Затверджено:

Засіданням кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії
Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від 26 серпня 2025 року

Завідувач кафедри



Євген ОПРЯ

Розробники:

Завідувач кафедри, проф. Опря Є.В.

Доцент кафедри, доц. Чернова Т. М.

Доцент кафедри, доц. Єрмуракі П.П.

Доцент кафедри, доц. Донець О.Ю.

Доцент кафедри, доц. Горячев П.І.

Доцент кафедри, доц. Волощук Д.А.

Доцент кафедри, доц. Кантарьова Н.В.

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Метою викладання навчальної дисципліни «Клінічна психодіагностика» є придбання здобувачами теоретичних знань і практичних навичок стосовно комплексного вивчення психічного стану особистості, включаючи виявлення та діагностику психічних розладів, визначення глибини психічних порушень, оцінку динаміки симптомів, виявлення механізмів порушення та адаптаційних ресурсів, а також формування психологічного діагнозу для подальшого планування психотерапевтичної чи психореабілітаційної роботи. Дисципліна передбачає глибоке розуміння особистості в контексті її життєвого середовища, а не лише констатацію симптомів.

Завдання:

1. Отримання теоретичних знань щодо вивчення основних підходів, принципів та методів клінічної психодіагностики.
2. Оволодіння категоріальним апаратом клінічної психодіагностики, методами збору клінічних даних, проведення психологічного дослідження в клініці.
3. Формування вмінь і навиків проведення комплексної клінічної діагностики з використанням стандартизованих психодіагностичних інструментів.
4. Опанування навичок інтерпретації результатів психодіагностичних досліджень, вмінням узагальнювати емпіричні дані та формулювати теоретичні висновки.

Очікувані результати навчання.

У результаті вивчення навчальної дисципліни здобувач вищої освіти повинен:

Знати:

1. диференційну психологію, основи патопсихології та клінічної психології як наукової дисципліни та галузі практичної психології;
2. теоретичні підходи та методи клінічної психодіагностики, включаючи психометричні та проєктивні методи;
3. особливості основних психічних процесів (сприйняття, уваги, мислення, мови, інтелекту, пам'яті, емоцій та довільних дій);
4. психологічні основи психічних розладів, їх класифікацію за МКХ-10 та DSM-5;
5. психопатологічні симптоми та синдроми, що супроводжують різні психічні розлади (депресії, тривожні розлади, психози, органічні розлади тощо);
6. основні принципи проведення клінічних інтерв'ю, а також психодіагностичних тестувань;
7. етичні стандарти та правові аспекти в клінічній психології, зокрема щодо конфіденційності та згоди пацієнта на дослідження;
8. специфіку роботи психолога в межах міждисциплінарної команди (співпраця з лікарями, психіатрами, психотерапевтами).
9. зміни психічних процесів під впливом фізичних захворювань та факторів навколишнього середовища;
10. техніки та методи психологічного консультування.

Вміти:

1. проводити психодіагностичне обстеження пацієнтів, використовуючи стандартизовані методики тестування та інтерв'ю;
2. аналізувати результати психодіагностичних тестів, оцінювати психічний стан пацієнтів та робити висновки щодо можливих порушень;
3. здійснювати диференціацію між різними психічними розладами, зокрема в умовах коморбідності (нааявність кількох розладів одночасно);
4. розробляти індивідуальні плани психотерапевтичного втручання на основі результатів психодіагностики;
5. проводити інтерпретацію проєктивних тестів та застосовувати отримані результати для побудови діагнозу;

6. застосовувати методи клінічного спостереження для оцінки емоційного стану та поведінкових патернів пацієнтів;
7. здійснювати моніторинг і корекцію психотерапевтичного процесу на основі результатів психодіагностичних даних;
8. працювати в умовах міждисциплінарної команди, надаючи психологічну допомогу в рамках загальної реабілітаційної програми.

ЗМІСТ ПРОГРАМИ

Тема 1. Загальні теоретико-методологічні аспекти клінічної психодіагностики.

Вступ до клінічної психодіагностики. Історичні передумови клінічної психодіагностики.

Тема 2. Психодіагностика як наука і практична галузь знань.

Місце клінічної психодіагностики як дисципліни серед наук, які вивчають закономірності й стереотипи розвитку психічних захворювань.

Тема 3. Предмет та завдання клінічної психодіагностики.

Визначення предмету клінічної психології як психологічної дисципліни. Основні завдання клінічної психодіагностики: одержання даних для діагностики.

Тема 4. Мультиmodalність як основний принцип клінічної психодіагностики.

Особливості та завдання клініко-психодіагностичного обстеження. Функції клініко-психологічної діагностики: опис, класифікація, пояснення, прогноз, оцінювання.

Тема 5. Мета діагностичного процесу.

Схема проведення діагностичного процесу. Етика психодіагностичного обстеження в клініці. Основні прийоми клінічної психодіагностики. Психологічні тести як форми отримання даних.

Тема 6. Методи та принципи побудови комплексного клініко-психологічного дослідження.

Характеристика психодіагностичного процесу за формою, змістом, ступенем складності. Етапи психодіагностичного процесу. Принципи побудови комплексного психологічного дослідження з урахуванням віку та культурних особливостей пацієнтів.

Тема 7. Принципи проведення інтерв'ю і бесіди.

Принципи побудови клінічного інтерв'ю і проведення діагностичної бесіди. Схема оцінки психічного стану та поведінки пацієнта в процесі інтерв'ювання та бесіди.

Тема 8. Експериментально-психологічні методи дослідження.

Експериментально-психологічні методи дослідження, їх роль у клініко-психологічній діагностиці. Структура психодіагностичного висновку.

Тема 9. Методи клінічної психодіагностики психічних процесів.

Методи дослідження уваги та сенсомоторних реакцій. Психодіагностична оцінка порушень когнітивних процесів. Дослідження інтелекту за допомогою тесту Векслера.

Тема 10. Клінічна психодіагностика пам'яті.

Методики дослідження пам'яті: тести на зорову та слухову пам'ять (Бентон-тест, 10 слів), дослідження опосередкованого запам'ятовування (Методика піктограм).

Тема 11. Методи клінічної психодіагностики мислення.

Методики дослідження мислення: класифікації, виключення зайвого, прості аналогії, складні аналогії, порівняння понять, розуміння переносного сенсу прислів'їв та метафор, складання картинок, встановлення послідовності подій, розуміння оповідань та сюжетів картин, методика піктограм, асоціативний експеримент.

Тема 12. Методологічні аспекти клінічної психодіагностики особистості.

Особистість як об'єкт клінічного дослідження. Основні групи клініко-діагностичних методик особистості.

Тема 13. Психодіагностики особистості.

Опитувальник ММРІ: історія, цілі використання, інструкція, аналіз та інтерпретація результатів, шкали валідності (показник шкали F, L, K), клінічні шкали (Hs, D, Hy, Pd, MF, Pa, Pt, Sc, Ma, Si).

Тема 14. Використання типологічних та характерологічних методик в дослідженні особистості.

Тест Р. Кеттелла: цілі застосування, інструкція, хід проведення, аналіз та інтерпретація результатів.

Тема 15. Клініко-психологічне дослідження емоційних станів та поведінкових проявів.

Діагностика емоційних станів та поведінкових порушень. Кольоровий тест Люшера: опис методики, характеристика етапу проведення, аналіз результатів.

Тема 16. Клініко-психологічне обстеження дитини з ООП.

Методологічні принципи клінічної психодіагностики серед дітей з вадами психофізичного розвитку, загальні вимоги до організації та проведення клінічного психологічного обстеження дитини з ООП (особливими освітніми потребами).

Тема 17. Інші методи клінічної психодіагностики.

Методики нейропсихологічного обстеження. Опитувальники психосоматичного спектру. Методики патопсихологічного обстеження.

Тема 18. Програма mhGAP. Поширене ведення ментальних розладів на первинній ланці.

Основні принципи допомоги та клінічної практики. Оцінка, ведення та подальший супровід пацієнтів з ПНПР-розладами за пакетом інструментів mhGAP.

Психологічна діагностика – це комплексний підхід до вивчення психічних процесів та поведінки людини, що передбачає застосування різноманітних методів та технік.

Основною метою психологічної діагностики є збір інформації про особистість людини, її здібності, поведінку та інші психічні характеристики.

Психологічна діагностика має важливе значення в різних галузях, таких як клінічна психологія, організаційна психологія, шкільна психологія, спорт та інші.

У клінічній психології, наприклад, психологічна діагностика допомагає лікарям встановити діагноз, оцінити ступінь розвитку патології та вибрати ефективний метод лікування.

У організаційній психології психологічна діагностика використовується для відбору кандидатів на роботу, а також для розвитку і підвищення ефективності роботи персоналу.

У спорті психологічна діагностика допомагає тренерам визначити здібності та потенціал спортсменів, а також розробити оптимальну стратегію тренувань.

Загальною метою психологічної діагностики є збір інформації, що дозволяє:

1. більш об'єктивно оцінити психічний стан та поведінку людини,
2. визначити наявність психічних розладів,
3. виявити здібності та таланти,
4. з'ясувати індивідуальні особливості та потреби,
5. розробити ефективний план дій для розвитку та покращення психічного стану.

Психологічна діагностика є важливим інструментом для досягнення як особистісного, так і професійного розвитку.

При здійсненні психологічної діагностики використовуються різноманітні методи та техніки, які дозволяють отримати більш повну та точну інформацію про особистість людини.

Тестування, спостереження, інтерв'ю, анкетування та інші методи використовуються в залежності від мети дослідження та специфіки об'єкта психологічної діагностики.

Важливим етапом психологічної діагностики є аналіз отриманої інформації та формування висновків. Завдяки цьому психолог може оцінити різні аспекти психічного функціонування людини, такі як когнітивні здібності, емоційний стан, мотивацію та інші.

Методи психодіагностики

- Тестування
- Спостереження
- Інтерв'ю
- Анкетування
- Інші

Психологічна діагностика базується на використанні різноманітних методів та технік, які дозволяють зібрати інформацію про психічний стан та поведінку людини.

Основні методи психологічної діагностики включають:

- Тестування

Тести дозволяють зібрати численну та структуровану інформацію про здібності, навички, переконання, вподобання, ставлення до різних ситуацій тощо.

Тести можуть бути стандартизованими, тобто передбачати точно визначену послідовність дій та оцінювати результати за стандартами, або нестандартизованими, тобто включати неформальні запитання, які спрямовані на виявлення індивідуальних особливостей людини.

- **Спостереження**

Спостереження полягає у безпосередньому спостереженні за поведінкою людини в різних ситуаціях.

Цей метод є важливим у випадках, коли необхідно оцінити рівень соціальних навичок, емоційний стан, реакції на стресові ситуації тощо.

- **Інтерв'ю**

Інтерв'ю дозволяє отримати більш детальну інформацію про думки, переконання та почуття людини.

Інтерв'ю може бути структуроване, тобто включати стандартні запитання, або неструктуроване, тобто дозволяти вільно виражати свої думки.

- **Анкетування**

Анкетування дозволяє зібрати інформацію про різні аспекти життя та діяльності людини, такі як рівень задоволеності життям, ставлення до роботи та ін.

Анкети можуть бути стандартизованими, тобто містити стандартні запитання, або нестандартизованими, тобто включати відкриті запитання.

- **Інші методи психодіагностики**

Включають проєктивні техніки, які дозволяють визначити неочевидні особистісні риси, уявлення, фантазії та інші психічні процеси за допомогою інтерпретації поведінки під час спеціально запропонованих завдань, а також біометричні методи, такі як електроенцефалографія, електроміографія та інші, які дозволяють досліджувати психофізіологічні показники.

Вибір методу психологічної діагностики залежить від мети дослідження та специфіки об'єкта дослідження.

Наприклад, для вивчення здібностей та навичок використовуються тести, для виявлення психічних розладів – клінічні інтерв'ю, а для оцінки рівня соціальних навичок – спостереження.

Використання різноманітних методів та технік психологічної діагностики дозволяє отримати об'єктивну інформацію про психічний стан та поведінку людини.

Вибір методу залежить від мети дослідження та специфіки об'єкта дослідження.

Застосування психодіагностики

- Психологічна діагностика в клінічній практиці
- Психологічна діагностика в організаційній психології
- Психологічна діагностика у навчальному процесі
- Психологічна діагностика в спорті
- Психологічна діагностика в сімейній психології
- Інші області застосування

Психологічна діагностика має широке застосування в різних областях життя. Розглянемо найбільш поширені області застосування психологічної діагностики.

Психологічна діагностика в клінічній практиці

В клінічній практиці психологічна діагностика використовується для виявлення та діагностики різних психічних розладів, таких як депресія, тривожність, шизофренія та інші.

Діагностика може включати в себе клінічні інтерв'ю, тестування, спостереження та інші методи.

Психологічна діагностика в організаційній (корпоративній) психології

В організаційній психології психологічна діагностика використовується для відбору та оцінки кандидатів на роботу, оцінки професійної придатності, а також для вивчення психологічного клімату в організації.

Діагностика може включати в себе тестування, інтерв'ю, анкетування та інші методи.

Психодіагностика у навчальному процесі

У навчальному процесі психологічна діагностика використовується для виявлення особливостей розвитку та навчання дітей, визначення рівня здібностей та потреб у допомозі, а також для вивчення ефективності навчального процесу.

Діагностика може включати в себе тестування, спостереження, інтерв'ю та інші методи.

Психологічна діагностика в спорті

У спорті психологічна діагностика використовується для виявлення рівня мотивації, самоконтролю, концентрації та інших психічних показників, які впливають на спортивні досягнення.

Діагностика може включати в себе тестування, спостереження та інші методи для оцінки психологічного стану та діяльності спортсменів.

Це допомагає тренерам та спортсменам розробляти ефективні тренувальні та психологічні програми, які дозволяють досягати кращих результатів у спорті.

Психодіагностика в сімейній психології

У сімейній психології психологічна діагностика використовується для виявлення проблем у взаєминах між членами сім'ї, розв'язання конфліктів, встановлення спільних цілей та розвитку комунікаційних навичок.

Психодіагностика може включати в себе інтерв'ю, анкетування та спостереження за взаємодіями між членами сім'ї.

Інші області застосування психологічної діагностики включають медицину, правоохоронні органи, військову службу та інші.

У медицині психологічна діагностика використовується для виявлення психічних розладів, які можуть впливати на фізичне здоров'я, а також для планування реабілітаційних заходів.

У правоохоронних органах психологічна діагностика допомагає виявити особистісні та психологічні характеристики злочинців, а також оцінити психологічний стан свідків та постраждалих.

У військовій службі психологічна діагностика використовується для відбору та оцінки придатності до військової служби, а також для виявлення психічних розладів серед військовослужбовців.

Крім того, психологічна діагностика використовується у соціальній роботі для виявлення соціальних проблем та потреб окремих груп населення, таких як безпритульні, діти-сироти, люди з інвалідністю та інші.

Психодіагностика може допомогти у плануванні та реалізації соціальних програм та проектів для цих груп населення.

У психологічній діагностиці також можуть використовуватися різні методи, які розроблені для специфічних цілей та задач.

Наприклад, в когнітивній психології використовуються тести на розуміння мови та математичні здібності, в педагогічній психології використовуються тести на дитячий розвиток та навчання, а в спортивній психології використовуються методи для

вимірювання концентрації та мотивації.

Отже, психодіагностика є важливою частинкою психології, яка дозволяє зібрати об'єктивну інформацію про психічний стан та поведінку людини.

Її застосування має широкий спектр в різних областях життя, таких як клінічна практика, організаційна психологія, навчальний процес, спорт, сімейна психологія, медицина, правоохоронні органи та соціальна робота.

Підсумки

Психологічна діагностика є важливим інструментом, який дозволяє зібрати об'єктивну інформацію про психічний стан та поведінку людини.

Це допомагає в розумінні індивідуальних особливостей та потреб людини, а також розробці ефективних планів дій для покращення її психічного стану.

Психодіагностика має широке застосування у різних сферах життя, таких як клінічна практика, організаційна психологія, навчальний процес, спорт, сімейна психологія, медицина, правоохоронні органи та соціальна робота.

Кожна з цих сфер використовує свої методи та техніки психодіагностики для вирішення своїх завдань.

Значення психологічної діагностики полягає в тому, що вона дозволяє більш об'єктивно оцінювати психічний стан та поведінку людини, виявляти наявність психічних розладів, здібностей та талантів, а також розробляти ефективні плани дій для розвитку та покращення психічного стану.

Розвиток психологічної діагностики пов'язаний з постійним розвитком технологій та використанням нових методів дослідження, що дає можливість ще точніше визначати індивідуальні особливості та потреби людини, а також покращувати ефективність діагностики у різних областях життя.

Тому, майбутнє психологічної діагностики є досить перспективним, а її роль в різних сферах життя залишається невід'ємною та необхідною.

РІЗНОВИДИ МЕТОДИК

Існує певна класифікація засобів для здійснення психодіагностики. Розрізняють:

- психофізіологічні методи (діагностика показників пульсу, АТ, шкірно-гальванічних реакцій тощо);
- контент-аналіз (діагностика на основі текстів і усних повідомлень)
- проєктивні методики (дослідження через реакції на неструктуровані об'єкти або ситуації);
- опитувальники з різними твердженнями та відповідями;
- об'єктивне тестування з єдиною правильною відповіддю (тести інтелекту або досягнень)
- стандартизоване спостереження
- аналіз продуктів діяльності досліджуваного
- психологічна бесіда

Психодіагностичні методики дозволяють отримати у доволі короткі терміни інформацію щодо актуального психологічного стану обстежуваного, краще зрозуміти психологічні особливості людини, рівень її щирості, виявити типові стратегії мислення і поведінки та розробити план подальших зустрічей.

Коли психолог застосовує арт-терапевтичні техніки, то може здійснити психодіагностику на основі створеної творчої роботи клієнта (малюнок, глиняний зліпок, колаж і т.д).

Психологічну бесіду та спостереження зазвичай поєднують, хоча спостереження може використовуватися й окремо.

Поширеною є практика, застосування методу спостереження психологами, котрі

працюють із дітьми, оскільки унаслідок вікових особливостей вони не завжди в змозі вербалізувати свої відчуття, емоції, думки тощо.

ВИМОГИ ДО МЕТОДИК ПСИХОДІАГНОСТИКИ

Існує окрема ділянка психології – психометрика – відповідальна за теоретико-методологічні основи розробки психодіагностичного інструментарію, аналіз, адаптацію, тестування та перевірку на відповідність методик стандартам наукової та практичної психології.

Відтак, перш, ніж потрапити до рук діагноста методика повинна бути перевіреною за наступними параметрами:

- надійність (отримані за методикою результати є стійкими у часі та незалежними від впливу випадкових факторів таких як температура чи шум у приміщенні або особистість діагноста)
- валідність (методика вимірює саме ті психологічні явища, на які націлена конкретна діагностика)
- соціокультурна адаптованість
- інформативність (дискримінативність)
- визначеність середньої норми тесту
- доступність і однозначність формулювань, завдань
- часовий ліміт

Кожна методика проходить тривалий процес перевірки та стандартизації процедури й оцінок за підсумками обстеження.

Перевірку надійності та валідності здійснюють щонайменше на вибірці з 200 осіб, які мають бути відібрані за певними критеріями відповідно до специфіки та спрямованості методики, наприклад, за віком.

МОЖЛИВОСТІ ПСИХОДІАГНОСТИКИ

Для здійснення якісного психодіагностичного дослідження необхідно правильно підібрати методики залежно від тих сторін ментального здоров'я людини, які потребують бути обстеженими:

- інтелект,
- особистість,
- самосвідомість,
- темперамент,
- ідентичність
- особливості емоційно-вольових процесів,
- нюанси поведінкових стратегій,
- структура міжособистісних взаємин
- тощо

ПСИХОДІАГНОСТИКА ДІТЕЙ

Зазвичай таку процедуру уповноважений виконувати психолог, який працює із дітьми у школі, дитсадку або медзакладі.

Як правило, відбувається діагностика базових пізнавальних процесів (мислення, сприймання, відчуття, увага, пам'ять, уява, мовлення).

Діагностуванню піддаються також адекватність та рівень самооцінки, емоційна сфера та самосвідомість.

Окрім цього, існують окремі методики, що досліджують рівень агресивності, тривожності, гіперактивності дитини.

Після психодіагностики фахівцем формуються рекомендації для батьків, педагогів, соціальних працівників, лікарів. Їхнє дотримання допоможе якнайкраще подбати про психічне здоров'я дитини.

МЕТОДИ ПСИХОДІАГНОСТИКИ

Психодіагностичне обстеження може здійснюватися за допомогою таких основних груп методів:

- Неекспериментальні: клінічне інтерв'ю, спостереження, бесіда, контент-аналіз
- Експериментальні
- Стандартизований психодіагностичний інструментарій: опитувальники, тести, проєктивні методики.

ДЛЯ ЧОГО ЗДІЙСНЮВАТИ ПСИХОЛОГІЧНУ ДІАГНОСТИКУ?

Психодіагностика необхідна для визначення відповідності особи вимогам професіограми для профорієнтаційної роботи, відбору кадрів для певної посади чи колективу.

Її широко застосовують у навчально-виховному процесі у закладах освіти для оптимізації співвідношення зовнішніх умов та потенціалу його учасників, для корекції небажаних станів та поведінки.

Психодіагностика дозволяє досягати кращих результатів не лише у робочому та навчальному просторі, а й у спорті, соціальній роботі з різними групами населення, зокрема у межах правоохоронної та пенітенціарної систем.

На основі результатів психодіагностики спеціаліст може розробити індивідуальну програму зустрічей із клієнтом, яка допоможе ефективніше працювати над його психологічною проблемою.

Зокрема сюди входять рекомендації від психолога, що допомагає клієнту краще зрозуміти над чим саме йому варто попрацювати.

Повторна психодіагностика допомагає відстежувати прогрес розв'язання проблеми.

ЕТАПИ ПСИХОДІАГНОСТИКИ

Психодіагностичний процес може відбуватися впродовж одного або декількох днів, однак безпосередня участь у ньому досліджуваного не має тривати довше 1,5-2 год на добу через можливу втому та зниження показників його уваги, продуктивності та мотивації.

Складається цей процес з наступних етапів:

1. Збір даних.
2. Обробка даних та інтерпретація результатів.
3. Оформлення психологічного висновку.

ПЕРШИЙ ЕТАП ПСИХОДІАГНОСТИКИ

На етапі збору даних відбувається знайомство психолога з клієнтом, збір анамнезу, вислуховування скарг, визначення запиту звернення та відповідності окресленої проблематики компетенції психолога.

Після чого фахівець висуває гіпотези щодо причин описаних діагностичних ознак, відбирає найбільш відповідні у конкретному випадку методики дослідження та здійснює психодіагностичне обстеження.

Тривалість часу, відведеного на збір психодіагностичного матеріалу, залежатиме від кількості та об'єму методик.

Зазвичай обстеження здійснюють за одну-дві зустрічі, але часом для діагностичний процес потребує додаткових уточнень.

Наприклад, для здійснення судово-психологічної експертизи або створення розгорнутого психологічного портрета за запитом клієнта.

ДРУГИЙ ЕТАП ПСИХОДІАГНОСТИКИ

На етапі обробки та інтерпретації психолог опрацьовує надані клієнтом дані.

Зазвичай це відбувається після консультації і займає чимало часу.

Спершу здійснюються обрахунки згідно з ключами використаних методик, після чого ці обрахунки підлягають інтерпретації.

Важливо, що аналізу підлягають як кількісні, так і якісні показники за окремою методикою та у цілому сукупності використаних методів (спостереження, бесіда, опитування, експеримент) та методик..

ТРЕТІЙ ЕТАП ПСИХОДІАГНОСТИКИ

На завершальному етапі психодіагностики формулюється психологічний висновок та подальші рекомендації для клієнта або тої інстанції, що надіслала запит на обстеження.

У результаті цих дій клієнт отримує достовірну, науково обґрунтовану інформацію про

свій психічний стан і вказівки щодо шляхів його покращення.

На цьому етапі досліджуваний може ознайомитися із результатами обстеження та спільно із фахівцем віднайти оптимальні рішення щодо втілення рекомендацій у реальність.

Цей етап є найцікавішим для обстежуваного, адже саме тоді він може краще пізнати себе, усвідомити практичне значення психодіагностичного процесу та його потенційний вплив на підвищення якості життя.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОДІАГНОСТИКИ

Психодіагност повинен володіти відповідними знаннями та навичками здійснення психодіагностичного обстеження, зокрема дотримуватися базових етичних принципів щодо його проведення.

Згідно принципу конфіденційності, психолог не має права розголошувати надану клієнтом інформацію або передавати бланки відповідей, створені малюнки тощо, третім особам.

Якщо у цьому виникає необхідність, фахівець повинен узгодити це з досліджуваним.

До обов'язків психодіагноста входить надання чітких та зрозумілих інструкцій досліджуваному щодо роботи із запропонованими методиками та додаткових роз'яснень, якщо цього потребує ситуація.

У більшості випадків для проведення психодіагностики необхідною умовою є згода обстежуваної людини.

Усі використовувані методи та методики діагностики повинні мати науково обґрунтовану та емпірично перевірену основу.

Внаслідок психодіагностичного обстеження не має відбуватися погіршення психологічного самопочуття досліджуваного (наприклад, страждати самооцінка), висновки психологічної діагностики мають бути об'єктивними та не допускати впливу суб'єктивних установок та вражень діагноста або інших осіб про обстежуваного.

ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОДІАГНОСТИКИ

Є кілька факторів, котрі варто врахувати спеціалісту та досліджуваному під час проведення діагностичного обстеження.

До них належить фізичний та психологічний стан обстежуваного під час роботи із методиками, оскільки втома, хвороба, перебування у психотравмуючій ситуації, під дією стресу, роздратування та інші стани й емоції можуть вплинути на отримані результати.

Окрім цього, слід врахувати рівень мотивації до обстеження – чи людина сама звернулася по допомогу, чи то на вимогу інших піддається діагностиці супроти своєї волі.

Не менш важливими є умови зовнішнього середовища, у якому відбувається діагностичний процес (задуха чи холод, розміри та вигляд місця проведення, присутність інших осіб тощо).

Джерелами діагностичних помилок можуть слугувати: недостатність часу, виділеного на обстеження, неавтентичні джерела інформації про досліджуваного, зокрема через умисне надання людиною або її оточенням неправдивих даних, недосвідченість діагноста, некоректно підібрана батарея методик, що не відповідає меті діагностики тощо.

ТИПИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТЕСТІВ

Існує велика кількість психологічних тестів, які можна класифікувати за різними ознаками.

На мою думку, одним із найважливіших критеріїв класифікації є ціль використання тесту, відповідно, за цією ознакою всі психологічні тести можна поділити на дві основні групи:

1. Діагностичні тести – призначені для виявлення наявності або відсутності певних психічних порушень, рівня розвитку певних психічних функцій, а також для виявлення особистісних рис.
2. Тести перевірки знань – призначені для вимірювання рівня знань та розуміння певних психологічних понять.

СТРУКТУРА ТЕСТІВ

Практика засвідчує, що здатність тестів надавати достеменну та об'єктивну інформацію

заснована на їх структурі та дотриманні ряду особливостей, а саме:

Розробка на підставі наукових досліджень та/або теорій чи моделях, що мають підтвердження в психологічній науці.

- Це забезпечить валідність тесту, тобто можливість вимірювання того, що справді має бути виміряно.

Стандартизація свідчить, що тест повинен мати стандартизовану форму, проходити за однакових умов та мати чітко визначені правила проведення.

- Це дозволяє зробити результати тестування об'єктивними та порівнянними.

Надійність (реліабельність) тесту означає, що він дає стабільні та точні результати при повторному використанні в однакових умовах.

- Це досягається шляхом використання надійних методик та алгоритмів оцінювання результатів тестування.

Нормування тесту передбачає, що результати тестування повинні бути порівняні з результатами інших людей, які проходили той же тест.

- Дозволяє зробити результати об'єктивними та дати можливість порівняти результати різних людей.

Забезпечення конфіденційності та захисту персональних даних опитуваного.

- Психологічні тести містять чутливу та приватну інформацію про людину, тому їх повинні зберігати в безпечному та конфіденційному місці.

- Для забезпечення конфіденційності можуть використовуватися різні методи, такі як шифрування даних, захист від несанкціонованого доступу та забезпечення анонімності опитуваних.

Адекватність означає, що тест повинен бути адекватним до тих вимірювань, які мають бути здійснені.

- Наприклад, якщо тестується інтелект, то тест повинен міряти саме інтелект, а не інші фактори, такі як емоційний стан чи моторика.

Загалом, структура психологічних тестів потребує складної та відповідальної підготовки, яка потребує дотримання ряду вимог та стандартів.

Від правильної структури психологічних тестів залежить їх надійність, об'єктивність та доцільність використання.

На практиці, психологічні тести можуть бути дуже корисними для визначення рівня інтелекту, особистісних рис, нахилів до певних дій та інших аспектів психіки людини, однак, при їх використанні слід завжди дотримуватися етичних принципів та забезпечувати конфіденційність даних опитуваних.

ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТЕСТІВ

При застосуванні психологічних тестів необхідно дотримуватись певних правил. Найважливішим з них є дотримання принципу добровільності тестування. Особа повинна мати можливість вільно обирати, чи брати участь у тестуванні.

Також необхідно дотримуватись принципів конфіденційності та анонімності результатів тестування. Іншим важливим моментом є якість підготовки психолога, який проводить тестування, оскільки від цього залежить якість результатів.

Практика показує, що психологічні тести можуть застосовуватись в дуже різних сферах життя, від педагогіки та медицини до бізнесу та професійного самовизначення, зокрема:

У педагогіці тести психіки можуть використовуватись для виявлення підходів до навчання та знань учнів, а також для виявлення обдарованих дітей та їх подальшого розвитку.

У медицині психічні тести можуть використовуватись для діагностики різних психічних захворювань, таких як депресія, тривожність, шизофренія тощо.

- Також тести можуть допомогти в оцінці ризиків виникнення певних захворювань та у підборі оптимального методу лікування.

У бізнесі психологічні тести можуть використовуватись для оцінки кваліфікації кандидатів на посаду, їхнього потенціалу для розвитку та адаптації до нових умов роботи.

- Також тести можуть використовуватись для формування команд та управління персоналом.

У професійному самовизначенні (профорієнтації) психологічні тести можуть допомогти визначити інтереси, здібності та характеристики особистості людини, що дозволить краще зорієнтуватись у виборі професії та кар'єрних шляхів розвитку кар'єри.

РИЗИКИ ТА ОБМЕЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТЕСТІВ

Незважаючи на широке практичне застосування психологічних тестів, звісно ж, існують і потенційні ризики та обмеження їх використання.

Одним з найбільш поширених ризиків психологічних тестів, на мій погляд, є можливість зловживання результатами тестів, зокрема, використання їх у цілях, не пов'язаних з психологічною діагностикою та допомогою.

Також важливо пам'ятати, що психологічні тести не є повноцінним замінником професійної психологічної діагностики та консультації, адже результати тестів можуть бути неточними або спотвореними в залежності від багатьох факторів, таких як настроїв, ставлення до тестування, фізичний стан тощо.

Не можна також забувати про культурно-світоглядні, мовні та інші індивідуальні особливості людини.

Крім того індивідуальні особливості людини, такі як рівень розвитку когнітивних функцій, особистісні риси, рівень тривожності тощо, можуть впливати на результати тестів.

НАЙПОШИРЕНІШІ СУЧАСНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕСИ

Тести діагностики особистості

Назва тесту	Короткий опис
MMPI-2 (Міннесотський багатофакторний)	Широкий клінічний тест особистості. Виявляє психопатології, тривожність, депресію
16 PF (Раймонд Кеттелл)	Оцінка 16 факторів особистості. Використовується в профвідборі та коучингу
NEO-PI-R / NEO-FFI	Вимірювання “Великої п’ятірки” (Big Five): відкритість, доброзичливість тощо
MBTI (Майєрс-Брігс)	Визначення 16 типів особистості за Юнгом. Популярний у HR, коучингу
SHL OPQ32	Корпоративний тест для оцінки поведінкових рис у професійному середовищі

Тести інтелекту

Назва тесту	Короткий опис
WISC-V / WAIS-IV	Тест Векслера (дитячий / дорослий) — діагностика IQ
Raven’s Progressive Matrices	Невербальний тест на логічне мислення та абстракцію

Назва тесту	Короткий опис
Stanford-Binet Test	Один з найстаріших IQ тестів. Використовується і сьогодні

Тести для профорієнтації та кар'єрного консультування

Назва тесту	Короткий опис
Strong Interest Inventory	Виявлення професійних інтересів
Holland Code (RIASEC)	Типологія професійних інтересів: Реаліст, Дослідник, Артист тощо
Motivational Map	Визначення ключових мотиваторів людини

Тести для діагностики тривоги, депресії, стресу

Назва тесту	Короткий опис
Beck Depression Inventory (BDI-II)	Стандартизована шкала для вимірювання симптомів депресії
Beck Anxiety Inventory (BAI)	Шкала тривожності від Аарона Бека
DASS-21	Оцінка депресії, тривоги, стресу одночасно
HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)	Використовується в соматичних і клінічних умовах

Проективні тести

Назва тесту	Короткий опис
Тест Роршаха	Інтерпретація чорнильних плям — для глибинної діагностики
Тематичний аперцептивний тест (ТАТ)	Інтерпретація зображень, що розкриває внутрішні конфлікти
Тест «Дім-Дерево-Людина» (НТР)	Малюнковий проективний тест — особливо в дитячій практиці

Тести саморефлексії та самопізнання

Назва	Сфера
Тест Люшера	Колірна діагностика емоційного стану
Gallup CliftonStrengths	Визначення сильних сторін і талантів

Назва	Сфера
Тест Айзенка (EPI)	Оцінка екстраверсії, нейротизму, психотизму
Big Five (Open-Source)	Безкоштовні онлайн версії великої п'ятірки

ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕСТИ І ТЕРАПІЯ

Психологічні тести відіграють важливу роль у терапевтичному процесі: вони допомагають психологу краще зрозуміти клієнта, уточнити діагноз, оцінити динаміку змін і сформуванати більш точну стратегію втручання.

Тести допомагають:

- зібрати об'єктивну інформацію на додаток до суб'єктивної розповіді клієнта;
- виявити психологічні особливості, які не завжди усвідомлюються клієнтом;
- сформулювати попередній запит.

Приклади:

- BDI-II (шкала депресії Бека) — корисна в когнітивній терапії для виявлення рівня депресивності.
- 16 PF — допомагає у формуванні цілісного портрету клієнта в коучинговій практиці.
- MMPI-2 — використовується для клінічної діагностики при складних запитах.

Динамічне спостереження та оцінка змін

Тести застосовуються повторно протягом терапії, щоби:

- відстежувати прогрес;
- коригувати цілі терапії;
- перевіряти, як змінюється самосприйняття та емоційний стан клієнта.

Наприклад:

- DASS-21 — на початку і після кількох сесій КПТ.
- Скалярні анкети самооцінки (напр. шкала суб'єктивного благополуччя).

Вибір підходу і стилю терапії

Тестування допомагає підібрати методiku, яка:

- відповідає типу особистості клієнта (наприклад, інтровертам — глибші інсайт-орієнтовані підходи);
- враховує когнітивні стилі (наприклад, у когнітивній терапії важлива структура мислення);
- визначає рівень психологічної захищеності (наскільки клієнт готовий до інтенсивної роботи).

Проективні методики — інструменти глибинної терапії

Проективні тести не просто діагностують, а й:

- запускають процес саморефлексії;
- дають терапевтові можливість спостерігати несвідомі теми;
- стають психотерапевтичним інструментом (наприклад, інтерпретація образів у ТАТ).

Застосування в різних підходах

Підхід	Використання тестів
КПТ	Стандартизовані опитувальники: BDI, BAI, DASS
Гештальт	Рідше використовує тести, але можливе застосування самооцінних шкал
Психоаналітичний	Частіше проективні методики — ТАТ, Роршах
Позитивна	Шкали ресурсів, мотивації, цінностей

Підхід	Використання тестів
психотерапія	
Коучинг	Типологічні (MBTI, Big Five), мотиваційні карти

Тлумачення результатів психологічних тестів

Тлумачення результатів психологічних тестів — це аналітичний і етичний процес, який поєднує стандартизовані дані з клінічним мисленням психолога.

Нижче про ключові принципи, етапи та приклади, які допоможуть краще зрозуміти, як працювати з результатами тестів у психологічній практиці.

Принципи тлумачення

- Цілісність: результати тесту не трактуються ізольовано, а завжди в контексті запиту клієнта, його особистої історії та невербальних проявів.
- Порівняння з нормами: оцінюється, наскільки показники відрізняються від норми (за віком, статтю, культурним середовищем).
- Інтеграція даних: поєднання кількох тестів, спостережень і бесід створює більш повну картину.
- Не судити, а розуміти: тести показують тенденції, а не визначають особистість повністю.

Етапи тлумачення

Первинна оцінка: Чи відповідав клієнт усвідомлено та чесно? Чи є аномальні відповіді або ознаки симуляції/аггравації?

Кількісний аналіз: перевірка балів за шкалами, зіставлення з нормативними таблицями та визначення, які шкали вийшли за межі норми.

Якісний аналіз: аналіз структури відповідей (напр., тривожність + песимізм + високий контроль), визначення домінантних тенденцій особистості та висновки щодо можливих внутрішніх конфліктів.

Психологічна інтерпретація:

- Переклад результатів на мову клієнта: «Цей результат говорить, що вам властиво...», «Це може впливати на те, як ви...».
- Включення результатів у терапевтичний діалог.
- Уточнення запиту або корекція терапевтичної стратегії.

Типові помилки тлумачення

- Надмірна залежність від тесту без урахування контексту.
- Формулювання «у вас депресія» замість «у ваших відповідях простежуються ознаки пригнічення».
- Переоцінка однієї шкали без аналізу комбінацій шкал.

Тлумачення в діалозі з клієнтом

- Говорити доступною, емпатичною мовою.
- Давати приклади із повсякденного життя.
- Запитати: «Що з цього вам відгукується?», щоб підключити клієнта до рефлексії.
- Пояснити, що це — інструмент для кращого самопізнання, а не «ярлик».

ПІДСУМКИ

Психологічні тести є важливим інструментом для діагностики психічного стану та характеристик особистості, що застосовуються у різних сферах, таких як педагогіка,

медицина, бізнес, професійне самовизначення тощо.

Проте, крім того, що необхідно дотримуватись певних принципів застосування тестів, таких як добре знання та вміння з їхнього застосування, дотримання етичних принципів, врахування культурних та індивідуальних особливостей людини, треба зважати і на обмеження та ризики їх некоректного використання.

При виборі психологічного тесту важливо:

1. Керуватись метою його застосування, враховувати його валідність та реліабельність.
2. Проконсультуватися із фахівцем з психологічних тестів та узгодити чи змінити цей вибір.

Кваліфікований психолог перед тестуванням має попередити опитувану людину про суть, мету та правила проходження психологічного тесту, а після — проаналізувати результати та зробити висновки з урахуванням індивідуальних та культурних особливостей людини.

Насамкінець, позаяк психологічні тести є важливим інструментом для допомоги людині у різних сферах життя — ви чи ваші близькі можете самостійно використовувати їх аби отримати об'єктивну інформацію про психічний стан та характеристики особистості.

Однак, необхідно пам'ятати що існують обмеження та ризики використання тестів, а відтак найкраще дотримуватись етичних принципів їх застосування разом з психологом.

ДІАГНОСТИЧНІ МЕТОДИКИ

Скринінгові анкети

Анкета вивчення факторів, які призвели до проблем здоров'я

(©Чабан О.С.)

відмічає лікар

Соціальні чинники та фактори	так (+) ні (-)
Проблему створили матеріальні труднощі	
Погіршення дружніх відносин: чоловік/жінка, діти, батьки, друзі (<i>підкреслити кого саме</i>)	
Погіршення взаєморозуміння	
Погіршення сексуального життя	
Створила «нервове» середовище вдома	
Проблема викликає співчуття, жалість, розуміння: чоловік/жінка, діти, батьки, друзі (<i>підкреслити хто саме</i>)	
Скорочення сумісного проведення часу	
Збільшення навантаження в господарстві, квартирі: чоловік/жінка, діти, батьки, друзі (<i>підкреслити хто саме</i>)	
Погіршення дозвілля	
Зменшення спілкування за межами дому (церква, виходи в місто, до друзів, в кінотеатр)	
Обмеження часу перегляду телепрограм	
Створення загрози майбутньому	
Погіршення умов проживання	
Погіршення якості харчування	
Погіршення здоров'я членів сім'ї: чоловік\жінка, діти, батьки (<i>підкреслити хто саме</i>)	
Погіршення відносин на роботі з керівництвом	
Погіршення відносин на роботі з колегами	
Погіршення відносин із сусідами	
«Зменшення» кількості друзів	
Те, що відбувається в суспільстві, вплинуло на здоров'я	
Вплинули засоби масової інформації	

Вплинули політичні події	
Вплинули події в іншій державі	
Вплинули відносини між людьми в цілому	
Вплинули ставлення та відносини в організаціях, комунальних закладах	
Вплинули поїздки на заробітки (поїздки за кордон)	
Вплинуло на здоров'я вживання алкоголю: чоловік\жінка, діти, батьки, друзі (<i>підкреслити хто саме</i>)	
Вплинуло на здоров'я загроза безробіття: чоловік\жінка, діти, батьки, друзі (<i>підкреслити хто саме</i>)	
«Ваші» соціальні фактори або інші проблеми, які вплинули на здоров'я (не згадані вище):	

**Соціальна ситуація у зв'язку з
проблемою здоров'я**

(©Чабан О.С.)

відмічає лікар

Соціальні фактори	так (+) ні (-))
Проблема створила матеріальні труднощі	
Погіршила дружні відносини	
Погіршила взаєморозуміння	
Погіршила сексуальне життя	
Створила «нервову» обстановку вдома	
Проблема викликає співчуття, жалість, розуміння: чоловік\жінка, діти, батьки, друзі (<i>підкреслити хто саме</i>)	
Скоротила сумісне проведення часу	
Збільшила навантаження в господарстві, квартирі: чоловік\жінка, діти, батьки, друзі (<i>підкреслити хто саме</i>)	
Погіршила дозвілля	
Зменшила кількість спілкування за межами дому (церква, виходи в міс- то, до друзів, в кінотеатр)	

Обмежила час перегляду телепрограм	
Створила загрозу майбутньому	
Погіршила умови проживання	
Погіршила якість харчування	
Вплинула на здоров'я членів сім'ї: чоловік\жінка, діти, батьки (підкреслити хто саме)	
Погіршила відносини на роботі з керівництвом	
Погіршила відносини на роботі з колегами	
Погіршила відносини з сусідами	

Покращила відносини з сусідами	
«Зменшила» кількість друзів	
Вплинула на відносини між людьми в цілому	
Вплинула на ставлення та відносини в організаціях, комунальних за-кладах	
Вплинула на вживання алкоголю: чоловік\жінка, діти, батьки, друзі (підкреслити хто саме)	
Вплинула на можливе безробіття: чоловік\жінка, діти, батьки, друзі (підкреслити хто саме)	
«Ваші» соціальні фактори або інші проблеми, які виникли в зв'язку з проблемою здоров'я (не згадані вище):	

*«Анкета вивчення факторів, які призвели до проблем здоров'я» або
«Соціальна ситуація у зв'язку з проблемою здоров'я»
обирається залежно від того, який вплив переважає
(макро- чи мікросоціуму).*

Модальний аналіз існуючих проблем пацієнта з психосоматичними проблемами (©Чабан О.С., Хаустова О.О.)

(фактори, які, ймовірно, впливають на стан його (її) здоров'я або якість життя)
відмічає лікар

Фактори	так (+) ні (-)
Недостатній рівень освіти	
Проблеми на роботі	

Безробіття	
Проблеми з житлом	
Незадовільне матеріальне становище	
Складна або атипова батьківська ситуація	
Проживання на самоті	
Нездатність пристосуватися до середовища	
Труднощі з засвоєнням нових норм і правил	
Відчуття ізоляції серед оточуючих	
Серйозні залякування і глузування	
Небажана вагітність	
Звертання до ворожок, знахарів та ін.	
Засудження у цивільній або кримінальній справі без позбавлення волі	
Тюремне ув'язнення чи інше позбавлення волі	

Інші несприятливі юридичні обставини	
Жертва злочину чи тероризму або катування	
Переживання стихійного лиха, воєнних дій тощо	
Непорозуміння у відносинах з власними дітьми	
Непорозуміння у відносинах з друзями	

*Відмітити при анкетуванні з метою визначення
психокорекційних мішеней*

Моменти життєвої історії, які підлягають додатковому аналізу

(©Чабан О.С.)

(фактори, які, ймовірно, впливали
(вплинули) на стан його (її) здоров'я або
якість життя)
відмічає лікар

Фактори	так (+) ні (-))
Нещасливе дитинство	
Шкільні проблеми	
Емоційні проблеми	
Фінансові проблеми	
Поведінкові проблеми	
Зрада друзів	
Вилучення з родини у дитинстві	
Проблеми у відносинах з батьком	
Проблеми у відносинах з матір'ю	
Проблеми у відносинах з братами (сестрами)	
Проблеми у відносинах з дідом (бабою)	
Правопорушення	
Сильні релігійні переконання	

Смерть близьких родичів	
Виховання у дитячому будинку	
Вживання наркотиків	
Проблеми зі здоров'ям	
Вживання алкоголю	
Відчуття ізоляції серед однолітків	
Суворі покарання	
Батьківська надмірна опіка	
Сексуальне насилля	
Серйозні залякування і глузування	
Емоційне ігнорування в родині	
Порушення харчування	

*Відмітити при інтерв'ю з метою визначення
психокорекційних мішеней*

Анкета для виявлення психосоматичних розладів (для дорослих)

(©Чабан О.С., Хаустова О.О.)

Анкета для виявлення психосоматичних розладів призначена для скринінгового дослідження та виявлення психічних порушень у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями, яка включає в себе різноманітні питання про стан здоров'я протягом останніх 2 тижнів.

Скринінгове тестування (I етап)

Інструкція: відмічає пацієнт. Відмітьте, будь ласка, твердження, яке відповідає Вашому настрою як мінімум протягом останніх 2-ох тижнів. Будьте відверті у своїх відповідях.

Текст опитувальника:

Твердження	так (+) ні (-)
У мене буває поганий настрій, відчуття безнадії	
Я часто буваю нестерпним і дратівливим	
Я з песимізмом дивлюсь у майбутнє	
Я занадто занурений у спогади про минуле	
Я втратив інтерес до своєї зовнішності	
У мене поганий і неспокійний сон	
Мене відвідують тривожні думки і страхи	
Я уникаю обставин, пов'язаних зі стресом	
У мене постійна психічна та фізична втома	
Мені легко зіпсувати апетит	
Я намагаюся перебороти хворобу, працювати як колись і навіть більше	
Я не вірю в успіх лікування	
Через свою хворобу я втратив інтерес до справ і близьких людей	

Я не задоволений своїм сексуальним життям	
Я надаю перевагу самотності	
Хвороба робить моє майбутнє сумним і нудним	
Я не задоволений своїм становищем у суспільстві	
Я нездатен планувати майбутнє	
У мене є постійне бажання відчувати себе цінуваним	
Мені властива нерішучість	
Я боюся лишатися на самоті	
Оточення не розуміє моєї хвороби і моїх страждань	
Я часто нервую	
Я став частіше плакати	

Обробка результатів: при 6 і більше стверджувальних відповідях, пацієнт переходить до другого етапу дослідження (шкали самооцінки депресії та тривоги).

Шкала самооцінки депресії

(©Чабан О.С., Хаустова О.О.)

Відмітьте, будь ласка, ствердження, які відповідають Вам та Ва- шому настрою протягом щонайменше 2-х останніх тижнів. Будьте щирі у своїх відповідях.

Твердження	так (+) ні (-)
Я відчуваю постійний сум та пригніченість	
Я гірше почуваю себе вранці і краще ввечері	
Останнім часом я часто плачу	
Мої думки працюють повільніше, ніж раніше	
Я відчуваю, що став повільніший у рухах	
Я не відчуваю насолоди від життя	
У мене порушений сон	
У мене сонливість протягом дня	
Я помітно втратив вагу або навпаки — значно погладшав	
У мене постійно відсутній апетит	
Я часто безпричинно тривожуся	
У мене періодично виникає серцебиття	
Мене постійно турбують закрепи	
Я відчуваю постійну безпричинну втому та виснаження	
Я не бачу попереду нічого хорошого	
Мені важко прийняти будь-яке рішення	
Я не отримую задоволення від того, що раніше мені було приємним	
Коло мого спілкування останнім часом значно обмежилось	
У мене бувають думки про власну непотрібність, зайвість	
Останнім часом я перестав цікавитися фільмами, книгами, газетами, журналами, музикою	
Мені стало все байдужим	
Я відчуваю, що заважаю жити іншим	

Я часто роздумую над сенсом життя	
У мене є постійні проблеми з сексуальним життям	
Я перестав дивитися телепередачі	
У мене з'явилися незрозумілі неприємні відчуття у тілі	
Відпочинок не приносить мені задоволення	
У мене з'явилися непосидючість та нетерплячість, злість	
Я почав дуже рано прокидатися	
Мені важко зосередитися на чомусь	

При 7 та більше ствердних відповідей для більш успішного лікування соматичної проблеми пацієнту рекомендована консультація у медичного психолога або фахівця з психосоматичної медицини.

Шкала самооцінки тривоги

(©Чабан О.С., Хаустова О.О.)

Відмітьте, будь ласка, ствердження, які відповідають Вам та Вашому настрою протягом щонайменше 2-х останніх тижнів. Будьте щирі у своїх відповідях.

Твердження	так (+) ні (-)
Я відчуваю нервозність та роздратування	
У мене часто є відчуття внутрішнього тремтіння, ознобу	
Я став надмірно лякливим	
У мене виникають безпречинні раптові напади страху	
Я часто відчуваю неприємні передчуття чогось поганого попереду	
Я не отримую задоволення від життя так як це було раніше	
У мене порушений сон	
Я постійно відчуваю напругу в тілі, неможливість розслабитися	
Через страхи я уникаю певних місць чи певної діяльності	
У мене бувають часті головні болі незрозумілого характеру	
Я часто переживаю через дрібниці	
У мене періодично без причини виникає сильне серцебиття	
Мені стало важко зосереджуватися на звичній раніше для мене діяльності	
Я став лякливим та постійно стурбованим	
У мене з'явилася підвищена пітливість	
Мені стало важко приймати будь-яке рішення	
Я не можу розслабитися та повноцінно відпочити	
У мене з'явилося затруднення дихання, відчуття нехватки повітря	
Я часто відчуваю то жар, то холод, без жодних на те причин	
Останнім часом мені важко зосередитися на тому, що я читаю, слухаю чи переглядаю	

У мене поверхневий і чутливий сон	
Я почав значно частіше відвідувати туалет	
Я часто відчуваю якийсь дискомфорт у животі	
У мене є проблеми з сексуальним життям	
Я часто відчуваю «комок» у горлі	
У мене часто з'являються незрозумілі неприємні відчуття в тілі	
Моя вага останнім часом змінилася	
У мене з'явилася непосидючість	
Я постійно хвилююся та переживаю за рідних	
Мені важко зосередитися на звичній діяльності	

При 7 та більше ствердних відповідей для більш успішного лікування соматичної проблеми пацієнту рекомендована консультація у медичного психолога чи фахівця з психосоматичної медицини.

Діагностика соматизації психічних порушень

Самоопитувальник стану здоров'я пацієнта PHQ — Patient Health Questionnaire (PHQ).

Самоопитувальник PHQ є діагностичним інструментом для виявлення психічних розладів непсихотичного регістру в пацієнтів на етапі первинної медичної мережі. Він призначений для полегшення визначення й діагностики найбільш поширених психічних феноменів: депресії, тривоги, соматоформного розладу, розладів переїдання та зловживання алкоголем. Для пацієнтів із депресивними симптомами оцінка індексу тяжкості депресії за PHQ може бути проведена повторно з плином часу для відстеження змін. PHQ має застосовуватись до усіх пацієнтів, які щойно поступили до відділення і для всіх пацієнтів із підозрою на непсихотичний психічний розлад. Оскільки опитувальник надається для самозвітності пацієнта, остаточний результат повинен бути перевірений лікарем із урахуванням того, наскільки добре пацієнт зрозумів питання опитувальника, а також іншу відповідну інформацію від пацієнта, його сім'ї та інших джерел.

Блок № 1 щодо соматоформних розладів містить перелік скарг алгічного та вегетативного характеру (А-М) за останні 4 тижні перед обстеженням; скарги можуть бути відсутніми або турбувати пацієнта незначно/ дуже. Оцінка здійснюється за останні 4 тижні перед обстеженням.

Блок № 2 опитувальника **PHQ**, відомий як шкала

PHQ-9, застосовується для діагностики депресії за основними (А, В) та додатковими (С-І) симптомами; охоплює часовий інтервал «останні 2 тижні» та визначає частотність появи скарги (жодного разу, кілька днів, більше половини днів, майже кожен день). Шкала PHQ-9 рекомендована для скринінгу депресії в первинній мережі. Вона заповнюється власне пацієнтом за 1-2 хвилини, складається з 10 стверджень. Отримані результати дозволяють припускати наявність депресії та оцінити ефективність терапії.

Тяжкість депресії за шкалою PHQ-9

Симптоми PHQ-9 та порушення функціонування	Бал по PHQ-9	Попередній діагноз	Рекомендована терапія
1-4 симптоми + порушення щоденного функціонування	<10	Мінімальні депресивні прояви	Емоційна підтримка в сім'ї, у лікаря, на роботі, активне спостереження. Наголосити на необхідності прийти у випадку погіршення емоційного самопочуття
2-4 симптоми, позитивна відповідь на пункти 1 або 2, порушення щоденного функціонування	10-14	Легка депресія	Пильне спостереження, емоційна підтримка. Якщо немає покращення протягом декількох тижнів — розглядати необхідність антидепресивної терапії.
5 симптомів, позитивна відповідь на пункти 1-2, порушення щоденного функціонування	15-19	Депресія середнього ступеня тяжкості	Терапія антидепресантами та психотерапія

5 симптомів або більше, позитивна відповідь на пункти 1-2, порушення щоденного функціонування	>20	Важка депресія	Терапія антидепресантами в монотерапії або в комбінації з психотерапією
---	-----	----------------	---

Діагностиці тривожних проявів присвячені блоки № 3-5, блок № 5 відомий як шкала GAD-7 для діагностики генералізованого тривожного розладу. Часовий інтервал щодо діагностики тривоги охоплює 4 тижні.

Порушення харчової поведінки (невротична булімія та розлади переїдання) охоплені в опитувальнику PHQ блоками № 6-8. Оцінка часового інтервалу в 3 місяці, значущість симптоматики при її повторенні 2 рази на тиждень.

Проблеми, пов'язані зі зловживанням алкоголем визначаються блоками № 9-10. Запитання блоку № 10 присвячені соціальним наслідкам зловживання алкоголем та відображають схильність до ризикованої поведінки як прояву аутоагресії.

Заключний блок опитувальника PHQ визначає рівень впливу симптомів, що були виявлені в будь-якому блоці, на рівень функціонування пацієнта в будь-якій із трьох сфер: виробничій, родинній, комунікативній. Ступінь впливу хворобливих проявів визначається за 4-бальною шкалою Лайкарта за категоріями: «зовсім не важко», «трохи важко», «дуже важко», «надзвичайно важко».

Для полегшення інтерпретації відповідей пацієнта всі відповіді, які мають клінічне значення, можна знайти в колонці праворуч (окрім опитування щодо суїцидальних думок при діагностиці депресивного синдрому).

Відповідно до статті 27 Закону України «Про психіатричну допомогу», питання встановлення діагнозу психічного захворювання відносяться виключно до компетенції лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів. Отже, оцінка вищевказаних симптомів лікарем-психіатром дозволяє встановити діагноз депресивного розладу.

Самоопитувальник стану здоров'я РНҚ

1. Наскільки Вас турбували наступні проблеми за останні 4 тижні?		Мене це зовсім не турбувало	Незначно турбувало	Дуже турбувало
A	Біль у животі			
B	Біль у спині			
C	Біль у руках, ногах або суглобах (колінних, кульшових суглобах)			
D	Менструальні болі або інші проблеми, пов'язані з менструаціями (тільки для жінок)			
E	Біль або інші проблеми під час статевого акту			
F	Головний біль			
G	Біль у грудній клітині			
H	Запаморочення			
I	Непритомність			
J	Посилене або прискорене серцебиття			
K	Задишка			

L	Закреп, рідкий стул або пронос			
M	Нудота, гази або відчуття дискомфорту в шлунку			

2. Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні проблеми?		Жо д- ног о раз у	Де- кільк а днів	Біль - ше поло - вин и днів	Май же коже н день
A	Вам не хотілося нічого робити				
B	У Вас був поганий настрій, Ви були пригнічені або відчували безнадійність				
C	Вам було важко заснути, у Вас був перерив- частий сон, або Ви достатньо багато спали				
D	Ви були втомлені або у Вас було мало сил				

E	У Вас був поганий апетит або Ви переїдали				
F	Ви погано про себе думали: Ви вважали себе невдахою, або були в собі розчаровані, або вважали, що підвели свою родину				
G	Вам було важко сконцентруватися (наприклад, на читанні газети або на перегляді телепередач)				
H	Ви рухались або говорили настільки повільно, що оточуючі це помічали? Або, навпаки, Ви були настільки метушливі або розбурхані, що рухались дещо більше звичайного				
I	Вас відвідували думки про те, що Вам краще було б померти, ніж заподіяти собі якусь шкоду				
3. Питання про тривогу					Ні Так
A	Були у Вас за останні 4 тижні напади тривоги, при яких Ви відчували несподіваний страх або паніку?				
ЯКЩО ВИ ВІДПОВІДАЄТЕ «НІ», ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ПИТАННЯ № 5					
B	Чи траплялося це раніше?				
C	Чи трапляються деякі з цих нападів зовсім несподівано — тобто у таких ситуаціях, коли Ви начебто не повинні нервувати або відчувати себе некомфортно?				
D	Чи сильно Вас непокоять ці напади, чи боїтесь Ви, що у Вас буде новий напад?				
4. Пригадайте свій останній сильний напад тривоги та дайте відповідь на наступні питання:					Ні Так
A	Чи була у Вас задишка?				
B	Чи було у Вас прискорене або не повільне серцебиття?				
C	Чи був у Вас біль у грудній клітині або відчуття стиснення за грудиною?				
D	Чи пітіли Ви?				
E	Чи було у Вас відчуття задухи?				
F	Чи відчували Ви приливи жару або озноб?				
G	Чи відчували Ви нудоту або дискомфорт у шлунку, або можливо у Вас було відчуття, що у Вас зараз почнеться пронос?				

Н	Чи відчували Ви головокружіння, відчуття порушення рівноваги або стани непритомності?		
І	Чи відчували Ви поколювання або оніміння у будь-яких частинах тіла?		
Ј	Чи відчували Ви тремтіння в тілі?		
К	Чи здавалося Вам, що Ви помираєте?		

5. Як часто за останні 4 тижні Вас турбували на- ступні проблеми?		Жодн о- го разу	Декіл ь- ка днів	Більш е полов и- ни днів
A	Ви нервували, тривожились або сильно пережи- вали через різні причини			
ЯКЩО ВИ ВІДПОВІЛИ «ЖОДНОГО РАЗУ», ПЕРЕИДІТЬ ДО ПИТАННЯ № 6				
B	Ви були збуджені, тому Вам було важко всидіти на місці			
C	Ви дуже швидко втомлювались			
D	Ваші м'язи були напруженими, боліли або нили			
E	Вам було важко заснути або у Вас був перерив- частий сон			
F	Вам було важко сконцентруватися (наприклад, на читанні книжки або перегляді телепередач)			
G	Ви легко роздратовувались або були нестримані			

6. Питання про харчування		Ні	Так
A	Чи часто Ви відчуваєте, що не можете контролювати, що і скільки Ви їсте?		
B	Чи часто Ви з'їдаєте протягом 2 годин порції їжі, які інші вважають незвичайно великими?		
ЯКЩО ВИ ВІДПОВІЛИ «НІ» НА ПИТАННЯ «А» АБО «В», ПЕРЕИДІТЬ ДО ПИТАННЯ № 9			
C	Чи відбувалося це в середньому 2 рази на тиждень за останні 3 місяці?		
7. За останні 3 місяці чи робили Ви часто наступне для того, щоб не набрати вагу?		Ні	Так
A	Чи викликали в себе блювоту?		
B	Чи приймали надмірну дозу проносних засобів, перевищуючу ре- комендовану дозу більш ніж у два рази?		
C	Чи утримувались Ви від їжі — зовсім нічого не їли щонайменше протягом 24 годин?		
D	Чи займалися фізичними вправами більше години спеціально для того, щоб не набрати вагу після рясного вживання їжі?		

8. Якщо Ви відповіли «Так» на одне з попередніх запитань, дайте, будь-ласка, відповідь, чи робили Ви це в середньому два рази на тиждень?	Ні	Так
9. Чи вживаєте Ви алкогольні напої (в тому числі пиво або вино)?	Ні	Так
ЯКЩО ВИ ВІДПОВІЛИ «НІ», ПЕРЕИДІТЬ ДО ПИТАННЯ № 11		

10. Чи відбувалося з вами щось із нижченаведеного більше одного разу за останні 6 місяців?		Ні	Так
А	Чи вживали Ви алкогольні напої, хоча лікар Вам рекомендував закінчити їх вживання через проблеми зі здоров'ям?		
В	Ви вживали алкогольні напої, були в стані сп'яніння або похмілля під час роботи, навчання, приглядаючи за дітьми або виконуючи інші обов'язки?		
С	Ви спізнились або не пішли на роботу, навчання або на інші заходи, тому що Ви пили алкогольні напої або у Вас було похмілля?		
Д	У Вас були проблеми у спілкуванні з людьми, коли Ви випивали?		
Е	Ви керували машиною після того, як випивали помірну або надмір- ну кількість алкоголю?		

11. Якщо Ви позитивно відповіли на будь-які пункти у цьому опитувальнику, то оцініть, наскільки важко Вам було працювати, займатися домашніми справами або спілкуватися з людьми через ці проблеми?					
Зовсім не важко		Трохи важко		Дуже важко	
					Надзвичайно важко

СИСТЕМА ОБРОБКИ РЕЗУЛЬТАТІВ

Соматоформний розлад: якщо щонайменше 3 з № 1 А-М «дуже тур- бувало» і є недостатність адекватного пояснення на основі соматичних симптомів.

Великий депресивний синдром: в тому випадку, якщо відповіді до № 2 А або В і п'ять або більше з № 2 А-І як мінімум відмічені як «більше половини днів» (враховуйте № 2-І, якщо він взагалі відмічений).

Інший депресивний розлад: якщо № 2 А або В і дві, три або чотири відповіді з № 2 А-І відмічені щонайменше «більше половини днів» (вра- ховуйте №

2-І, якщо він взагалі відмічений).

Панічний синдром: якщо з № 3 А — D відмічені «ТАК» або № 4 А — К відмічені «ТАК».

Інший тривожний синдром: якщо № 5 А і три або більше відповідей з № 5 В — G відмічені щонайменше «більше половини днів».

Невротична булімія: якщо № 6 А, В, С і всі № 8 D відмічені «ТАК».

Розлади переїдання: якщо № 6 А, В, С відмічені як «ТАК» але № 8 «НІ» або жодного запису.

Зловживання алкоголем: якщо будь-який з № 10 А-Е відмічено «ТАК».

Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ) — The Four- Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)

Чотирьохвимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривожності та соматизації 4DSQ, створений у 1994 році, автор — Berend Terluin, доктор медицини та філософії з Нідерландів. Мета цього опитувальника — допомогти спеціалістам диференціювати синдроми, пов'язані зі стресом (нервовий зрив, вигорання) та психічні розлади (депресія, тривожні розлади). 4DSQ складається з 50 пунктів, які оцінюють стан пацієнта за останні 7 днів. Варіанти відповідей на питання сформульовані як «ні», «іноді», «регулярно», «часто», «дуже часто або постійно». Відповіді оцінюються за шкалою від 0 до 2 балів, де 0 балів — «ні»; 1 — «іноді»; 2 — для всіх інших варіантів відповідей. При обробці опитувальника кількість балів підсумовується у відповідності з окремими шкалами. Шкала дистресу містить 16 пунктів (загальна сума балів від 0 до 32); шкала депресії — 6 пунктів (загальна сума балів від 0 до 12); шкала тривожності — 12 пунктів (загальна сума балів від 0 до 24); шкала соматоформних порушень — 16 пунктів (загальна сума балів від 0 до 32). Пацієнт має заповнювати варіант опитувальника, де не вказана кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді і не вказані підшкали опитувальника.

Чотирьохвимірна Анкета Симптомів 4DSQ

	Ні	Іноді	Регулярно	Часто	Дуже часто/постійно	Шкала
Бали за відповідь	0	1	2	2	2	
<i>Чи були у Вас наступні скарги протягом останніх 7 днів:</i>						
1. Запаморочення/пресинкопальний стан						Сом
2. Біль у м'язах						Сом
3. Непритомність						Сом
4. Біль у шії						Сом
5. Біль у спині						Сом
6. Підвищена пітливість						Сом
7. Прискорене серцебиття						Сом
8. Головний біль						Сом
9. Відчуття здуття живота						Сом
10. Затуманений зір/«мушки» перед очима						Сом
11. Відчуття нестачі повітря						Сом

12. Нудота/розлад шлунка						Сом
13. Біль у ділянці шлунка/живота						Сом
14. Поколювання в пальцях						Сом
15. Тиск у грудній ділянці						Сом
16. Біль у грудях						Сом
17. Поганий/пригнічений настрій						Дис
18. Безпричинний страх						Тр
19.Журба						Дис
20. Неспокійний сон						Дис
21. Страх незрозумілого походження						Тр
22. Байдужість до оточуючого						Дис
23. Тремтіння в присутності інших людей						Тр
24. Тривога/панічні атаки						Тр
<i>Чи були у Вас наступні відчуття протягом останніх 7 днів:</i>						
25. Напруження						Дис
26. Роздратованості						Дис
27. Страх						Тр
28. Відсутності сенсу будь-чого						Деп
29. Що Ви більше нічого не можете робити						Дис
30. Що життя нічого не варте						Деп
31. Що Вам більше не цікаві люди та речі, які Вас оточують						Дис
32. Що Ви більше не справляєтеся						Дес
33. Що Вам було б легше, якщо Ви б померли						Деп
34. Що нічого не приносить Вам задоволення більше						Деп
35. Що Ви знаходитесь у безвихідному становищі						Деп
36. Що Ви не можете більше впоратися із ситуацією, яка склалася						Дис

<i>За останній тиждень Ви:</i>						
37. Відчували, що нічим не хочете за- йматися?						Дис
38. Міркували не так ясно, як раніше?						Дис
39. Мали проблеми з засинанням?						Дис
40. Боялися вийти з дому одні?						Тр

<i>Протягом останнього тижня:</i>						
41. Вас було легко схвилювати?						Дис
42. Ви боялися того, чого зовсім не варто було б боятися (тварин, висоти, маленьких приміщень тощо)?						Тр
43. Вам було лячно подорожувати гро- мадським транспортом?						Тр
44. Ви боялися зганьбитися перед ін- шими людьми?						Тр
45. Ви відчували, що Вам загрожує не- відома небезпека?						Тр
46. У Вас були думки «Якби ж я по- мер»?						Деп
47. Ви прокручували у голові думки/ спогади про подію(-ії) Вашого життя, які Вас засмучували?						Дис
48. Вам було дуже важко відганяти від себе неприємні думки про подію(-ії), що Вас засмучують?						Дис
49. Ви уникали деяких місць, бо вони Вас лякали?						Тр
50. Ви були змушені по кілька разів на день повторювати одні й ті ж дії, перш ніж могли зробити щось ще?						Тр

*Сом — соматизація; Дис — дистрес; Тр — тривога;
Деп — депресія.*

Шкала соматичних симптомів — Somatic Symptom Scale — 8 (SSS-8)

Опитувальник SSS-8 — є скороченою версією часто використовувано- го та добре відомого і перевіреного PHQ-15 — опитувальника (анкети) здоров'я пацієнта. SSS-8 було розроблено для

використання в умовах браку часу. Пункти з PHQ-15, які були включені до SSS-8, відібрані за трьома критеріями:

1. Поширеність симптомів в умовах первинної медичної допомоги.
2. Зв'язок з показниками функціонування організму та здоров'я.
3. Спільність із іншими пунктами, включеними до шкали.

Автори цього опитувальника: Benjamin Gierk; Sebastian Kohlmann; Kurt Kroenke; Lena Spangenberg; Markus Zenger; Elmar Brähler; Bernd Löwe.

Шкала соматичних симптомів (SSS-8) — складається з 8 запитань, кожне з яких оцінюється у межах від 0 до 4 балів, де «Зовсім не турбувало» — це 0, а «Дуже» — 4 бали. Загальна сума балів варіює від 0 до

32 балів. Відповідно до кількості балів існує п'ять ступенів інтенсивності прояву симптомів: мінімальний, низький, середній, високий, дуже високий. Пацієнт має заповнювати варіант опитувальника, де не вказана кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді.

Опитувальник соматичних симптомів SSS-8

Як часто протягом останніх 7 днів Вас турбувало наступне:	Зовсім не турбувало	Трохи	Дещо	Достатньо	Дуже
Кількість балів	0	1	2	3	4
Біль у ділянці шлунка або кишківника?					
Біль у спині?					
Біль у руках, ногах чи суглобах?					
Головний біль?					
Грудний біль чи задишка?					
Запаморочення?					
Відчуття втомленості чи нестачі «енергії»?					
Порушення сну?					

Інтерпретація результатів

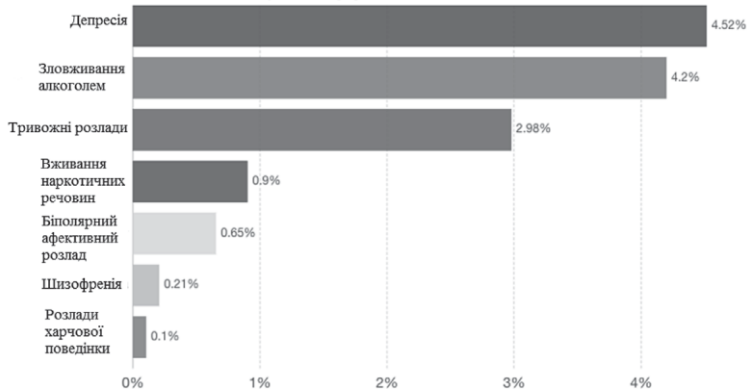
Результат	Ступінь інтенсивності прояву
0-3	Мінімальний
4-7	Низький
8-11	Середній
12-15	Високий
16-32	Дуже високий

Діагностика депресії

Під терміном депресія ми розуміємо ряд станів: «депресія як поганий настрій», «депресія як реакція на негативну подію в житті», «депресія як прояв особистості», «депресія як один із симптомів хронічного соматичного або психічного захворювання» та «депресія як самостійний психічний розлад».

Проблема депресивних розладів залишається центральною в сучасній психіатрії протягом багатьох десятиріч, що зумовлено не тільки високою захворюваністю серед загальної популяції, але й вираженим економічним збитком, пов'язаним із соціально-трудовою дезадаптацією, інвалідизацією хворих та смертністю у зв'язку із суїцидом. За даними ВООЗ, на 2015 рік 322 мільйона людей (4,4% населення земної кулі) страждає на різні види депресивних розладів. Частіше зустрічається в жінок (5,1%), ніж у чоловіків (3,6%). Інститут метрики та оцінки здоров'я (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME) повідомляє подібні результати — 3,77% населення земної кулі страждає на депресію. Причому в той час, як у світі більш розповсюдженими психічними розладами є тривожні розлади (страждає 3,8% населення), в Україні акценти дещо зміщені: на депресивні розлади страждає 4,5% населення, в той час як на тривожні розлади — 2,98%, що робить депресію надзвичайно важливою проблемою для нашої держави (рис. 3).

Частка від загальної чисельності населення з певним розладом психічного здоров'я або вживання психоактивних речовин. На малюнку відображена спроба дати справжню оцінку (що виходить за рамки підтвердженого діагнозу) поширеності розладів на основі медичних та епідеміологічних даних, опитувань і мета-регресійного моделювання. OurWorld in Data



Source: IHME, Global Burden of Disease

CC BY-SA

Рис. 3. Частка населення з розладами психічного здоров'я або вживання психоактивних речовин в Україні

Сучасна наука зробила значний прогрес у вивченні депресивних розладів, але, не зважаючи на це, курація пацієнтів із депресивними розладами залишається не завжди легкою задачею для лікарів, особливо первинної медичної ланки.

За даними різних авторів, від 12% до 46% пацієнтів загальної медичної ланки страждають на розлади депресивного спектру, але звертаються до будь-яких лікарів, окрім психіатрів та психотерапевтів. Крім того, висока стигматизація психічних розладів значно зменшує звернення за кваліфікованою психіатричною допомогою. 50% людей, що страждають на депресивні розлади, взагалі не звертаються за медичною допомогою, і лише 25-30% потрапляють до психіатрів.

Розуміння того, що людина знаходиться в депресивному стані або страждає на депресивний розлад, відбувається на підставі обстеження її стану. Головним у постановці діагнозу звичайно є нагляд за пацієнтом, аналіз його скарг, особливостей перебігу захворювання та історії життя. Але для більш точного підтвердження розладу нам необхідні діагностичні шкали. Вони дозволяють не тільки виявити розлад, але й оцінити ступінь його важкості. Шкали для визначення депресивного розладу поділяються на дві групи: об'єктивні, які заповнюються експертом (лікарем, в більшості випадків психіатром, психотерапевтом, психологом) та суб'єктивні, які заповнюються пацієнтом особисто. Деякі з них представлені нижче.

Шкала депресії А. Бека

Шкала депресії А. Бека була розроблена на основі

клінічних спостережень, що дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії. Дана шкала містить 21 питання, 4 варіанти відповіді, час заповнення самоопитувальника пацієнтом займає від 20 хвилин до однієї години залежно від стану. Дві субшкали: когнітивно-афективних (пункти 1-13) і соматичних проявів депресії (пункти 14-21).

Когнітивно-афективні симптоми: настрій, песимізм, почуття неспроможності, незадоволеність, почуття провини, відчуття, що буду покараний, відраза до самого себе, ідеї самозвинувачення, суїцидальні думки, сльозливість, дратівливість, порушення соціальних зв'язків, нерішучість. Соматичні прояви: порушення образу тіла; втрата працездатності; порушення сну; стомлюваність; втрата апетиту; втрата ваги; охопленість тілесними відчуттями; втрата лібідо.

Пацієнт має заповнювати варіант опитувальника, де не вказана кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді.

Інструкція до шкали: «Прочитайте кожне твердження, розміщене про-

ти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. У рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно відносно Вас».

Шкала депресії А. Бека

№	Питання	Бали
1.	а) я почуваю себе добре;	0
	б) мені погано;	1
	в) мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою зробити;	2
	г) мені так нудно і сумно, що я не в силах більше терпіти.	3
2.	а) майбутнє не лякає мене;	0
	б) я боюся майбутнього;	1
	в) мене ніщо не радує;	2
	г) моє майбутнє безпросвітне.	3
3.	а) в житті мені переважно щастило;	0
	б) невдач і провалів було у мене більше, ніж у будь-кого іншого;	1
	в) я нічого не домогся в житті;	2
	г) я потерпів повне фіаско — як батько, партнер, дитина, на професійному рівні — словом, усюди.	3
4.	а) не можу сказати, що я незадоволений;	0
	б) як правило, я нудьгую;	1
	в) що б я не робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина;	2
	г) мене не задовольняє абсолютно все.	3
5.	а) у мене немає відчуття, ніби я когось образив;	0
	б) можливо я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо;	1
	в) у мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя;	2
	г) я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.	3
6.	а) я задоволений собою;	0
	б) іноді я відчуваю себе нестерпним;	1
	в) іноді я відчуваю комплекс неповноцінності;	2

	г) я абсолютно нікчемна людина.	3
7.	а) у мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання;	0
	б) я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, в чому став винним;	1
	в) я знаю, що заслуговую на покарання;	2
	г) я хочу, щоб життя мене покарало.	3
8.	а) я ніколи не розчаровувався в собі;	0
	б) я багато разів відчував розчарування в самому собі;	1
	в) я не люблю себе;	2
	г) я себе ненавиджу.	3

9.	а) я нічим не гірший за інших; б) інколи я припускаюся помилки; в) просто жакливо, як мені не щастить; г) я сію навколо себе одні нещастя.	0 1 2 3
10.	а) я люблю себе і не ображаю себе; б) іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся; в) було краще б зовсім не жити; г) я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.	0 1 2 3
11.	а) у мене немає причин плакати; б) буває, що я і поплачу; в) я плачу тепер постійно, так що не можу виплакатися; г) раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.	0 1 2 3
12.	а) я спокійний; б) я легко дратуюся; в) я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел; г) мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.	0 1 2 3
13.	а) прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем; б) іноді я відкладаю рішення на потім; в) приймати рішення для мене проблематично; г) я взагалі ніколи нічого не вирішую.	0 1 2 3
14.	а) мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше ніж раніше; б) мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю; в) справи йдуть дедалі гірше, я виглядаю погано; г) я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.	0 1 2 3
15.	а) зробити вчинок — для мене не проблема; б) мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок; в) щоб зважитися на щось, я повинен дуже багато попрацювати над собою; г) я взагалі не здатний щось реалізувати.	0 1 2 3
16.	а) я сплю спокійно і добре висипаюся;	0

	б) вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув;	1
	в) я прокидаюся рано і відчуваю себе так, ніби не виспався;	2
	г) іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п'яти годин на добу.	3
17.	а) у мене збереглася колишня працездатність;	0
	б) я швидко втомлююся;	1
	в) я відчуваю себе стомленим навіть якщо майже нічого не роблю;	2
	г) я настільки втомився, що нічого не можу робити.	3
18.	а) апетит у мене такий же, яким він був завжди;	0
	б) у мене пропав апетит;	1
	в) апетит у мене набагато гірше ніж раніше;	2
	г) у мене взагалі немає апетиту.	3

19.	а) бувати на людях для мене так само приємно як і раніше;	0
	б) мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми;	1
	в) у мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві;	2
	г) я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.	3
20.	а) мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні;	0
	б) секс вже не цікавить мене так як раніше;	1
	в) зараз я міг би спокійно обходитися без сексу;	2
	г) секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.	3
21.	а) я відчую себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше;	0
	б) у мене постійно щось болить;	1
	в) зі здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю;	2
	г) моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.	3

Обробка результатів. За відповіді нараховується: «а» — 0 балів, «б» — 1 бал, «в» — 2 бали, «г» — 3 бали. Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж).

Інтерпретація результатів.

0-9 — відсутність депресивних симптомів
10-15 — легка депресія (субдепресія)
16-19 — помірна депресія
20-29 — виражена депресія (середньої тяжкості)
30-63 — важка депресія

Шкала депресії

Гамільтона — Hamilton Depression Rating Scale (HAMD)

Рейтингова шкала депресії Гамільтона-HAMD являє собою одну з най-більш поширених і загальноприйнятих методик клінічної діагностики депресії та оцінки динаміки стану хворого. Існують її різні версії: з 17, 21, 24 і 31 пунктами, найбільш вживана — 17-бальна. Основні характеристики: бальні оцінки від 0 до 4; чим більше сума балів, тим важче депресія.

Шкала призначена для заповнення фахівцем у сфері психічного здоров'я. Заповнюється лікарем у ході півструктурованого інтерв'ю з пацієнтом. Точність вимірювання значно залежить, у свою чергу, від кваліфікації та досвіду дослідника та акуратної реєстрації використовуваної інформації. Не слід тиснути на пацієнта; пацієнту необхідно надати достатньо часу для докладної відповіді на питання, але при цьому не дозволяти йому відхилятися від теми питання. Число прямих запитань повинно бути зведене до мінімуму, задавати їх слід різними способами, комбіную-

чи варіанти зі ствердними або негативними відповідями. Бажано отримувати додаткову інформацію від родичів пацієнта, його друзів, медичного персоналу і т.д., якщо є сумніви в коректності відповідей пацієнта.

Повторні вимірювання слід проводити незалежно один від одного. Під час проведення повторного вимірювання дослідник не повинен бачити результати попередніх вимірювань і заповнює тільки чистий бланк шкали. Дослідник у міру можливості повинен уникати питань, пов'язаних зі зміною стану пацієнта з часу останнього вимірювання.

Для пункту 7 (робота й інша активність) дослідник може отримати інформацію від родичів або медичного персоналу. Пункт 16 (втрата у вазі) вимагає відповіді по типу «так» чи «ні», тобто або за пунктом 16А, або за пунктом 16Б. Кращою під час терапії є об'єктивна оцінка змін ваги (16Б), оцінка зміни ваги за анамнестичними відомостями (16А) використовується тільки як початкова, перед проведенням терапії. Пункт 18 (добові коливання) оцінюється в такий спосіб: за відсутності добових коливань ставиться оцінка «О» за пунктом 18А, а пункт 18Б залишається порожнім; за наявності добових коливань за пунктом 18А відзначається час доби, коли симптоми виражені в найбільш важкому ступені, а ступінь або вираженість коливань відзначається в пункті 18Б.

Шкала депресії Гамільтона-НАМД

1. Депресивний настрій (пригніченість, безнадійність, безпорадність, почуття власної малоцінності)

Пацієнт висловлює тільки ці почуття, як у висловлюваннях, так і невербально	4
---	---

Визначається невербально (поза, міміка, голос, плаксивість)	3
Скарга висловлюється спонтанно	2
Вираз вказаного почуття тільки при прямому питанні	1
Відсутність	0

2. Почуття провини

Вербальні галюцинації, звинувачення і/або засудження, і/або зорові галюцинації загрозливого змісту	4
Справжнє захворювання розцінюється як покарання, маячні ідеї провини	3
Почуття власної провини, болісні роздуми про власні помилки і гріхи	2
Самоприниження, вважає, що підвів інших	1
Відсутність	0

3. Суїцидальні наміри

Суїцидальні спроби	4
Суїцидальні висловлювання або жести	3
Бажання смерті або думки про можливість власної смерті	2
Почуття, що жити не варто	1
Відсутність	0

4. Раннє безсоння

Скарги на неможливість заснути щоночі	2
Скарги на епізодичні труднощі при засинанні (більше 30 хвилин)	1
Відсутність труднощів при засинанні	0

5. Середнє безсоння

Багаторазові пробудження протягом усієї ночі, підйом з ліжка	2
Скарги на неспокійний сон протягом усієї ночі	1
Відсутність	0

6. Пізнє безсоння

Остаточне раннє ранкове пробудження	2
Раннє пробудження з наступним засинанням	1
Відсутність	0

7. Працездатність і активність

Відмова від роботи внаслідок справжнього захворювання	4
Зменшення реального часу прояву активності або зниження продуктивності	3
Втрата інтересу до роботи або хобі, виражена безпосередньо в скаргах або опосередковано, через апатичність і нерішучість (почуття потреби в додатковому зусиллі почати роботу або проявити активність)	2
Думки і відчуття неспроможності, відчуття втоми і слабкості, пов'язане з роботою або хобі	1
Відсутність труднощів	0

8. Загальмованість (сповільненість мислення й мови, порушення здатності концентрувати увагу, зниження моторної активності)

Ступор	4
Виражені труднощі при проведенні опитування	3
Помітна загальмованість у бесіді	2
Легка загальмованість у бесіді	1
Нормальна мова і мислення	0

9. Ажитация

Постійне перебирання руками, обкушування нігтів, висмикування волосся, кусання губ	4
Рухливість, непосидючість	3
Неспокійні рухи руками, теребіння волосся	2
Занепокоєння	1
Відсутність	0

10. Психічна тривога

Страх, який виражається і без розпитування	4
Тривога, що виражається у виразі обличчя і мови	3
Занепокоєння з незначних приводів	2
Суб'єктивна напруга і дратівливість	1
Відсутність	0

11. Соматична тривога (сухість у роті, метеоризм, диспепсія, діарея, спазми, відрижка, серцебиття, головний біль, гіпервентиляція, задишка, прискорене сечовипускання, підвищене потовиділення)

Вкрай сильна	4
Сильна	3
Середня	2
Слабка	1
Відсутність	0

12. Шлунково-кишкові соматичні симптоми

Прийом їжі тільки з наполегливим примусом, потреба в проносних засобах або препаратах для купування гастроінтестинальних симптомів	2
Втрата апетиту, але з прийомом їжі без сильного примусу, відчуття тяжкості в животі	1
Відсутність	0

13. Загальні соматичні симптоми

Будь-які різко виражені симптоми	2
Тяжкість у кінцівках, спині, голові, м'язеві болі, відчуття втрати енергії або занепаду сил	1
Відсутність	0

14. Генітальні симптоми (втрата лібідо, менструальні порушення)

Сильно виражені	2
Слабко виражені	1
Відсутність симптомів	0

15. Іпохондрія

Іпохондричне марення	4
Часті скарги, прохання про допомогу	3
Надмірна заклопотаність здоров'ям	2
Захопленість собою (тілесно)	1
Відсутність	0

16. Втрата у вазі

<i>А. За даними анамнезу</i>	
Не піддається оцінці	3
Явна (зі слів) втрата у вазі	2
Імовірна втрата у вазі через це захворювання	1

Відсутність	0
<i>Б. Якщо зміни у вазі мають місце щотижня</i>	
Не піддається оцінці	3
Більше 1 кг на тиждень	2
Більше 0,5 кг на тиждень	1
Менше 0,5 кг на тиждень	0

17. Критичність ставлення до хвороби

Повна відсутність усвідомлення хвороби	2
Усвідомлення хворобливості стану, але віднесення його на рахунок поганої їжі, клімату, перевтоми тощо	1
Усвідомлення хвороби	0

18. Добові коливання

<i>А. Коли симптоми більш виражені</i>	
Ввечері	2
Вранці	1
Відсутність коливань	0
<i>Б. Ступінь вираженості</i>	
Сильні	2
Слабкі	1
Відсутність	0

19. Деперсоналізація і дереалізація (зміна себе, навколишнього світу)

Нестерпна	4
Сильна	3
Помірна	2
Слабка	1
Відсутність	0

20. Параноїдальні симптоми

Марення відношення, переслідування	3
Ідеї відносини	2
Підозрілість	1
Відсутність	0

21. Обсесивні та компульсивні симптоми

Важкі	2
Легкі	1
Відсутність	0

Інтерпретація

Незалежно від обсягу шкали, для оцінки ступеня тяжкості депресії враховуються дані лише перших 17 питань. Оцінки інших питань служать для оцінки інших розладів, безпосередньо не пов'язаних із депресією.

Загальний бал по 17-пунктовій HAMD (Beck, 1993):	
0-7	Відсутність депресії
8-12	Легка депресія
13-15	Менше ніж велика депресія
16	Велика депресія

Сучасна інтерпретація:	
<7	немає депресії
8-12	зона ризику депресії
13-17	легка депресія
18-23	помірна депресія
24 і понад	від виразної до тяжкої депресії

Існують розбіжності щодо оцінки 6-17 балів:
Відсутність депресії — 0-6 балів, 7 балів або менше — ознака ремісії. Інтервал 7-17 балів відповідає легкій депресії.

Шкала депресії Монтгомері-Асберг — Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

Рейтингова шкала депресії Монтгомері-Асберг — клінічна тестова методика, розроблена в якості альтернативи Шкали Депресії Гамільтона в 1979 році. MADRS складається з 10 питань, кожне з яких оцінюється в балах від 0 до 6. Чим важче стан хворого, тим більший бал йому присвоюється. Загальний бал за шкалою варіюється від 0 до 60 і знижується в процесі полегшення стану.

Шкала призначена для заповнення фахівцем, що має спеціальну підготовку в галузі психічного здоров'я і тестування за цією шкалою (принаймні на рівні курсів тематичного удосконалення або курсів інформації та стажування). Загальний час заповнення може становити до години, враховуючи, що заповнення шкали має ґрунтуватися на оцінці стану пацієнта під час клінічного інтерв'ю, а не на відповідях на прямі запитання. Інструкція: «Оцінка повинна базуватися на клінічному інтерв'ю від най-

менш прямих до уточнюючих запитань про стан і
ступінь його тяжкості.

Час, необхідний для заповнення бланка шкали,
варіюється від 20 хвилин до 1 години, залежно від
стану пацієнта».

**Шкала Монтгомері-Асберг для оцінки
депресії (MADRS)**

1. Смуток, що спостерігається

0 Смуток відсутній	
1	
2 Виглядає пригніченим, але легко відволікається	
3	
4 Сумний і нещасний більшу частину часу	
5	
6 Виглядає сумним постійно, надзвичайно пригнічений і нещасний	

2. Смуток, що висловлюється

0 Нечастий смуток, зумовлений обставинами	
1	
2 Печальний, але легко відволікається	
3	
4 Переважають печальні або похмурі почуття, настрій визначається впливом зовнішніх (несприятливих) обставин	
5	
6 Постійний смуток, страждання або відчай	

3. Внутрішня напруга

0 Спокійний; лише швидкоплинне внутрішнє напруження	
1	
2 Не часте почуття внутрішнього дискомфорту	
3	
4 Постійне відчуття внутрішньої напруги або паніки, з яким обстежуваний важко справляється	
5	
6 Сильний жах або мука, непереборна паніка	

4. Погіршення сну

0 Спить як зазвичай	
1	
2 Малопомітні труднощі із засинанням, злегка порушений або переривчастий сон	
3	
4 Сон порушений принаймні протягом двох годин	
5	
6 Менш ніж дво- або тригодинний сон	

5. Порушення апетиту

0 Нормальний або підвищений апетит	
1	
2 Трохи знижений апетит	
3	
4 Відсутність апетиту, їжа позбавлена смаку	

5	
6 Харчується примусово	

6. Труднощі концентрації

0 Відсутні	
1	
2 Не часте утруднення уваги	
3	

4 Труднощі концентрації, нав'язливі думки, які заважають читати або під- тримувати розмову	
5	
6 Нездатність читати, значні труднощі при бесіді	

7. Втома

0 Труднощі на початку діяльності сумнівні, млявості немає	
1	
2 Ускладнення розпочати активну діяльність	
3	
4 Труднощі почати рутинні дії, пов'язані з витрачанням сил	
5	
6 Сильна млявість, нездатність робити хоч щось без допомоги	

8. Нездатність переживати почуття

0 Нормальний інтерес до всього, що оточує, та до людей	
1	
2 Зниження здатності отримувати задоволення від звичайних інтересів	
3	
4 Низький інтерес до всього, що оточує, зниження почуттів до друзів і близьких	
5	
6 Явища емоційного паралічу, нездатність відчувати гнів, горе або задо- волення, болісна відсутність почуттів до родичів і друзів	

9. Песимістичні думки

0 Відсутні	
1	
2 Непостійні ідеї про невдачі, самодокори або самоосуд	
3	
4 Повторюване самозвинувачення або ясні, але раціональні ідеї провини або гріховності, наростання песимізму щодо майбутнього	
5	
6 Марення загибелі або неспокутого гріха, абсурдне і непохитне само- звинувачення	

10. Суїцидальні думки

0	Отримує задоволення від життя або сприймає його таким, як воно є	
1		
2	Втома від життя, швидкоплинні суїцидальні думки	
3		
4	Можлива вигода від смерті, загальноприйняті суїцидальні думки, суїцид розглядається як можливе рішення, але без спеціальних планів і цілей	
5		
6	Явні суїцидальні наміри (якщо випаде нагода), активна підготовка до самогубства	

Обробка результатів: лікар повинен вирішити, чи відповідає тяжкість симптому основним балам — 0, 2, 4, 6 або проміжним — 1, 3, 5. Якщо не вдається отримати точні відповіді від самого пацієнта, рекомендується скористатися іншими джерелами інформації (медична документація, ві- домості зі слів родичів та ін.). Для оцінки стану в динаміці проводиться повторне тестування через фіксовані проміжки часу.

Інтерпретація результатів: при інтерпретації даних бали розрахову- ються наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 6 від- повідно з наростанням тяжкості симптому. Максимальний сумарний бал становить 60 балів. Сума балів відповідає:

- 0-15 балів — відсутності депресивного епізоду;
- 16-25 балів — малому депресивному епізоду;
- 26-30 балів — помірному депресивному епізоду;
- понад 30 балів — великому депресивному епізоду. Класична

інтерпретація:

- Інтервал 0-10 балів — немає депресії;
- 15-24 бали — легка депресія;
- 25-30 балів — помірна депресія;
- 31-43 бали — важка депресія;
- Понад 44 — дуже важка депресія.

Альтернативна

інтерпретація — 1:

- 0 до 6 — норма/симптоми відсутні;
- 7 до 19 — легка депресія;
- 20 до 34 — помірна депресія;

- Понад 34 —
важка депресія.

Альтернативна
інтерпретація — 2:

- Ремісія — ≤ 10 або 12 балів (Zimmerman et al., 2004).
- 9-17 = легка, 18-34 = помірна, ≥ 35 = важка (Muller et al., 2000).
- 7 балів HAM-D $\approx$ 10 балів MADRS; 20 балів HAM-D $\approx$ 25 балів MADRS (Carmody et al., 2006).

**Колумбійська шкала тяжкості
суїцидальних намірів — Columbia
Suicide Severity Rating Scale (C-
SSRS)**

Колумбійська шкала тяжкості суїцидальних намірів — клінічна шкала, що застосовується для оцінки тяжкості суїциду і суїцидального ризику.

Вкрай важливо при оцінці за шкалою задавати запропоновані запитання («структуроване інтерв'ю»). Це забезпечить достовірність отриманих результатів. Інтерв'ю повинно проводитися лікарем-психіатром або іншим персоналом, навченим роботі з методикою.

Шкала складається з 4 модулів: суїцидальні ідеї, інтенсивність суїцидальних ідей, суїцидальна поведінка, реальна/потенційна небезпека суїцидальних спроб.

Модуль «суїцидальні думки» — 5 пунктів з градацією від легшого (1-й пункт — бажання померти) до найважчого (5-й — актуальні суїцидальні ідеї з конкретним планом і намірами).

Модуль «інтенсивність суїцидальних ідей» заповнюється за наявності позитивних відповідей в розділі суїцидальні ідеї. Інтенсивність суїцидальних ідей оцінюється за сумарній бала показників частоти, тривалості, контролюваності суїцидальних ідей, а також наявності стримуючих факторів і підстав для суїцидальних ідей. Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою, де 5 вважається максимальною виразністю ознаки.

Третій модуль — кваліфікація суїцидальної поведінки. Він складається з 6 пунктів: істинна спроба самогубства; перервана спроба самогубства; зупинена спроба самогубства; підготовчі дії або поведінка; суїцидальна поведінка під час періоду спостереження і здійснена спроба самогубства. Останній модуль заповнюється тільки за наявності істинних суїцидальних спроб. Він складається всього з двох пунктів: «реальна небезпека/шкода здоров'ю» і «потенційна небезпека». Пункт «потенційна небезпека» заповнюється лише в разі, якщо пункт «реальна небезпека» оцінений в 0 балів (фізичних пошкоджень немає або вони досить незначні на кшталт неглибоких подряпин). Пункт «реальна небезпека» оцінюється залежно від тяжкості від 0 до 5, а «потенційна

небезпека» — від 0 до 2.

Колумбійська шкала тяжкості суїцидальних намірів (C-SSRS)

Процедура проведення. Вкрай важливо при оцінці за шкалою задавати запропоновані запитання. Це забезпечить достовірність отриманих результатів. Інтерв'ю повинно проводитися лікарем-психіатром або іншим персоналом, навченим роботі з методикою.

Бланк методики

ПІБ хворого _____

Прямим шрифтом подано інформацію для озвучування.

Курсивом дані коментарі та інструкції для фахівця.

Задайте питання 1 і 2. Якщо в обох випадках відповідь негативна, переходьте до розділу «Суїцидальна поведінка».

Якщо на питання 2 отримана відповідь «Так», то задайте питання 3, 4 і 5. Якщо на питання 1 і/або 2 отримана відповідь «так», заповніть нижче секцію «інтенсивність суїцидних ідей».

СУЇЦИДАЛЬНІ ДУМКИ

1. Бажання померти		
<i>Пацієнт підтверджує, що його відвідують думки про бажання померти або перестати жити, або ж про бажання заснути і не прокидатися.</i>	Чи виникало у Вас бажання померти або заснути і не прокидатися?	Так / Ні Якщо так, опишіть:
2. Активні неспецифічні думки про самогубство		
<i>Загальні неспецифічні думки про бажання накласти на себе руки / вчинити самогубство: «Я думав(-ла) про те, щоб убити себе» за відсутності роздумів про способи самогубства/супутніх засобах, наміри або план у період спостереження за пацієнтом.</i>	Чи думали Ви справді про те, щоб убити себе?	Так / Ні Якщо так, опишіть:
3. Актуальні суїцидальні ідеї, включаючи роздуми про спосіб самогубства (без плану), за відсутності наміру діяти		
<i>Пацієнт підтверджує, що його відвідують думки про самогубство і що протягом періоду спостереження він/вона думав(-ла) хоча б про один спосіб самогубства. Дана ситуація відмінна від такої, коли пацієнт розробив конкретний план: час, місце або деталі методу самогубства (наприклад, пацієнт думав про спосіб самогубства, але не про конкретний план). Сюди відносяться люди, які скажуть: «Я думав(-ла) про передозування таблеток, але так і не закінчив(-ла) будувати конкретний план про те, коли, де і як здійснити це, і я б ніколи не довів(-ла) справу до кінця».</i>	Чи думали Ви про те, як Ви могли б це зробити?	Так / Ні Якщо так, опишіть:

4. Актуальні суїцидальні ідеї, включаючи деякий намір діяти за відсутності кон- кретного плану.		
<i>Активні думки про самогубство при заяві пацієнта про намір діяти відповідно до цих думок, на відміну від такого твердження: «Такі думки відвідують мене, але я точно не стану нічого робити».</i>	Чи відвідували Вас подібні думки і чи був у Вас будь- який намір діяти відповідно до них?	Так / Ні Якщо так, опишіть:
5. Актуальні суїцидальні ідеї з конкретним планом і наміром		
<i>Думки про самогубство, включаючи план із повністю або частково опрацьованими деталями і деякий намір пацієнта здійснити цей план.</i>	А) Чи почали Ви розробляти або вже розробили детальний план самогубства?	Так / Ні
	Б) Маєте намір Ви здійснити цей план?	Так / Ні Якщо так, опишіть:

ІНТЕНСИВНІСТЬ СУЇЦИДАЛЬНИХ ІДЕЙ

Опис ідей:	Найбільш небезпечні ідей:

Наступні характеристики повинні бути оцінені відносно найсильнішої за інтенсивністю суїцидальної ідеї (за шкалою від 1 до 5, де 1 — найменший за інтенсивністю показник, а 5 — найбільший).

Запитайте його/її, коли він/вона відчув (ла) найсильніше бажання накласти на себе руки.

Частота

Скільки разів Вас відвідували подібні думки?	1. Рідше одного разу на тиждень 2. Раз на тиждень 3. 2-5 разів на тиждень 4. Кожен день або майже кожен день 5. Багаторазово кожен день
--	---

Тривалість

Коли подібні думки відвідують Вас, як довго вони тривають?	1. Вони швидкоплинні — кілька секунд або хвилин 2. Менше години/недовго 3. 1-4 години/довго 4. 4-8 годин/більшу частину дня 5. Більше 8 годин/вони стійкі або постійні
--	--

Контрольованість

Могли/чи можете Ви при бажанні припинити думати про самогубство або бажання померти?	1. З легкістю може контролювати такі думки 2. Може контролювати такі думки з незначними труднощами 3. Може контролювати такі думки з деякими труднощами 4. Може контролювати такі думки з великими труднощами 5. Не в змозі контролювати такі думки 0. Не намагається контролювати такі думки
---	--

Стримуючі фактори

Чи є щось або хтось (наприклад, сім'я, релігія, страх перед болем/смертю), що утримало Вас від прагнення до смерті або від спроб здійснення ду-мок про самогубство?	1. Стримувальні фактори безумовно утримали Вас від спроби самогубства 2. Ймовірно, стримуючі фактори утримали Вас 3. Ви не впевнені, що стримуючі фактори не втримали Вас 4. Швидше за все, стримуючі фактори не втримали Вас 5. Стримуючі фактори безумовно не втримали Вас 0. Даний пункт не застосовний
--	---

Підстави суїцидальних ідей

Які підстави були у Вас для того, щоб думати про бажання померти або самогубство? Ви хотіли померти для того, щоб припинити біль або перестати відчувати те, що Ви відчували (іншими словами, Ви не могли продовжувати жити, відчуючи цей біль або те, що ви відчували), або ж Вашою метою було залучення уваги, помста або отримання відгуку інших людей? Або і те, і інше?	1. Виключно для того, щоб привернути увагу, помститися або домогтися відгуку інших людей 2. Здебільшого для того, щоб привернути увагу, помститися або домогтися відгуку інших людей 3. Рівною мірою для того, щоб привернути увагу, помститися або домогтися відгуку інших людей і для того, щоб припинити/зупинити біль 4. Здебільшого для того, щоб припинити/зупинити біль (Ви не могли продовжувати жити, відчуючи цей біль або те, що Ви відчували) 5. Виключно для того, щоб припинити або зупинити біль (Ви не могли продовжувати жити, відчуючи цей біль або те, що Ви відчували) 0. Даний пункт не застосовний
---	---

СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА

Відзначте усе, що мало місце, за умови, що мова йде

<u>Справжня спроба самогубства</u> <i>Акт, потенційно спрямований проти самого себе, здійснений хоча б із деяким бажанням померти в результаті даного акту. Здійснені дії частково задумувались як спосіб убити себе. Намір вбити себе необов'язково має бути стовідсотковим. Акт може вважатися істинною спробою самогубства, якщо з даним актом асоціюється хоч якийсь намір/бажання померти. Реальне нанесення собі ушкоджень або каліцтв необов'язково, достатньо</i>	Так / Ні
---	-----------------

про різні випад- ки; Ви повинні запитати про всі типи спроби суїциду

потенційної можливості нанесення собі ушкоджень або каліцтв, якщо людина натискає на курок, тримаючи пістолет у роті, але пістолет зламався і тому людина не завдає собі ушкоджень, то це вважається спробою самогубства.		
<u>Встановлення навмисності</u> Навіть якщо людина заперечує свій намір/бажання померти, навмисність її дії може бути клінічно встановлена на підставі її поведінки або на підставі обставин. Наприклад, випадки, коли мова йде про смертельно небезпечну дію, яка безумовно не є нещасним випадком, отже, самогубство є єдиним можливим поясненням подібної дії (наприклад, постріл в голову, стрибок із вікна з високого поверху). Також можна зробити висновок про навмисність спроби самогубства, якщо людина заперечує свій намір померти, проте вважала, що її дії можуть призвести до смерті.	Чи робили Ви спробу са-могубства?	Так / Ні
	Робили Ви які-небудь дії з метою завдати собі шкоди?	Так / Ні
	Робили Ви які-небудь небезпечні дії, які могли призвести до Вашої смерті?	Так / Ні Що ви робили?
	Чи здійснювали Ви _____ в якості способу накласти на себе руки?	Так / Ні
	Чи хотілося Вам померти (хоча б трохи), коли Ви _____?	Так / Ні
	Чи намагалися Ви накласти на себе руки, коли Ви _____?	Так / Ні
	Або вважали Ви, що можете померти від _____?	Так / Ні

	Або Ви зробили це за зо- всім інших причин/без УСЯКОГО наміру вбити себе (наприклад, з метою зняти напругу, відчутти себе краще, викликати співчуття або тому, що хотіли, щоб щось трапилося)? (самопошкоджуючу поведінку, без наміру вчинити самогубство)	Так / Ні Якщо так, опишіть:
Чи відзначалася у пацієнта несуйици- дальна самопошкоджуюча поведінка?	Так / Ні	
Загальна кількість спроб _____		

Перервана спроба самогубства

Коли людину переривають і їй не вдається (через обставини) почати дію, потенційно спрямовану проти самого себе (інакше сталася б справжня спроба самогубства).

Передозування <i>Людина тримає в руці таблетки, але їй не дають їх проковтнути. Як тільки людина ковтає таблетки, спроба самогубства вважається швидше істинною, а не перерваною.</i>	
Постріл <i>Людина направила на себе пістолет, але хтось забирає у неї зброю або хтось/щось завадило їй натиснути на курок. Як тільки людина спустила курок, навіть якщо відбувається осічка, спроба самогубства вважається дійсною.</i>	
Стрибок <i>Людина готова стрибнути, але її хапають і стягують з краю.</i>	
Повішення <i>Людина зав'язала петлю навколо шиї, але ще не повісилася — її зупинили.</i>	
Чи траплялося, що коли Ви починали вчиняти будь-яку дію з метою накласти на себе руки, хтось або щось зупиняв (до) Вас перш ніж Ви фактично здійснювали щонебудь?	Так / Ні Якщо так, опишіть:
Загальна кількість перерваних спроб: _____	

Зупинена спроба самогубства

Коли людина починає робити кроки з метою здійснити спробу самогубства, але зупиняє себе

раніше, ніж фактично починає здійснювати самодеструктивну дію. Приклади зупинених спроб само-губства схожі з прикладами перерваних спроб самогубства, за винятком того, що людина зупиняє себе сама, а не щось інше зупиняє його/її.

Чи траплялося, що коли Ви починали вчиняти будь-які дії з метою накласти на себе руки, Ви зупиняли себе перш ніж Ви фактично здійснювали щонебудь?	Так / Ні Якщо так, опишіть:
Загальна кількість зупинених спроб: _____	

Підготовчі дії або поведінка

Дії, які слугують приготуванням до майбутньої спроби самогубства. До таких дій можна віднести все, що виходить за рамки вербалізації або думок, як то: придбання засобів для реалізації конкретного способу самогубства (наприклад, купівля таблеток, зброї) або приготування до власної смерті в результаті суїциду (наприклад, роздача своїх речей, написання передсмертної записки).

Чи робили Ви будь-які кроки з метою здійснити спробу самогубства або приготуватися до самогубства (наприклад, купували таблетки, зброю, роздавали цінні речі або писали передсмертну записку)?	Так / Ні Якщо так, опишіть:
--	--------------------------------

СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА

Відзначте усе, що мало місце, за умови, що йдеться про різні випадки; Ви повинні запитати про всі типи спроби суїциду

<u>Суїцидальна поведінка</u> Суїцидальна поведінка була виявлена під час періоду спостереження.	Так / Ні
<i>Відповідати тільки для справжніх спроб самогубства</i>	
Дата останньої спроби: _____	
Дата найбільш важкої/небезпечної спроби: _____	
Дата найпершої спроби: _____	

Реальна небезпека/шкода для здоров'я	0. Фізичних пошкоджень немає або вони дуже незначні (наприклад, неглибокі подряпини). 1. Незначні фізичні ушкодження (наприклад, опіки першого ступеня, легка кровотеча). 2. Фізичні ушкодження помірної тяжкості; потрібна медична допомога (наприклад, пацієнт у свідомості, але сонливий, частково реагує на зовнішні подразники, опіки другого ступеню, кровотеча з великої судини). 3. Фізичні ушкодження середньої тяжкості; потрібна госпіталізація і, ймовірно, інтенсивна терапія (наприклад, коматозний стан зі збереженням рефлексів, опіки третього ступеню, що покривають менше 20% шкіри, сильна, проте не смертельна втрата крові, серйозні переломи).
---	---

	4. Важкі фізичні ушкодження; потрібна госпіталізація та інтенсивна терапія (наприклад, коматозний стан без збереження рефлексів, опіки третього ступеню, що охоплюють більше 20% шкіри, сильна втрата крові з нестабільними ознаками життя, серйозні пошкодження життєво важливих органів). 5. Смерть.
Для останньої спроби: _____	
Для найбільш важкої/небезпечною спроби: _____	
Для найпершої спроби: _____	
Потенційна небезпека <i>Відповідати тільки якщо реаль- на небезпека=0</i> <i>Ймовірна небезпека справжньої спроби самогубства за відсутності шкоди для здоров'я (в представлених нижче при- кладах, хоча певні дії і не при- звели до реальних фізичних пошкоджень, вони потенційно могли призвести до фатально- го результату: людина засуну- ла пістолет у рот і натиснула на курок, але сталася осічка, і тому не було нанесено фізич- них ушкоджень; людина лягла на рейки, по яких до неї набли- жався потяг, але її відтягнули і поїзд її не переїхав).</i>	0 Поведінка, яка навряд призведе до травм. 1 Поведінка, яка ймовірно призведе до травм, але навряд спричинить смерть. 2 Поведінка, яка ймовірно призведе до смер- ті, незважаючи на можливість надання ме- дичної допомоги.
Дата останньої спроби: _____	
Дата найбільш важкої / небезпечною спроби: _____	
Дата найпершої спроби: _____	

Інтерпретація

Оцінка тяжкості суїцидальних ідей у «3» бали і вище свідчить про серйозний ризик суїциду. Оцінка в «5» балів, а також будь-які виявлені суїцидальні дії означають наявність вкрай високого ризику і абсолютної необхідності ургентних терапевтичних заходів і госпіталізації. Розділ «інтенсивність суїцидальних ідей» дозволяє більш точно оцінити тяжкість стану, а також спрогнозувати його динаміку. Тут дуже важливі пункти, що відображають здатність контролю, наявність стримуючих факторів і підстав для здійснення суїциду.

Діагностика тривоги

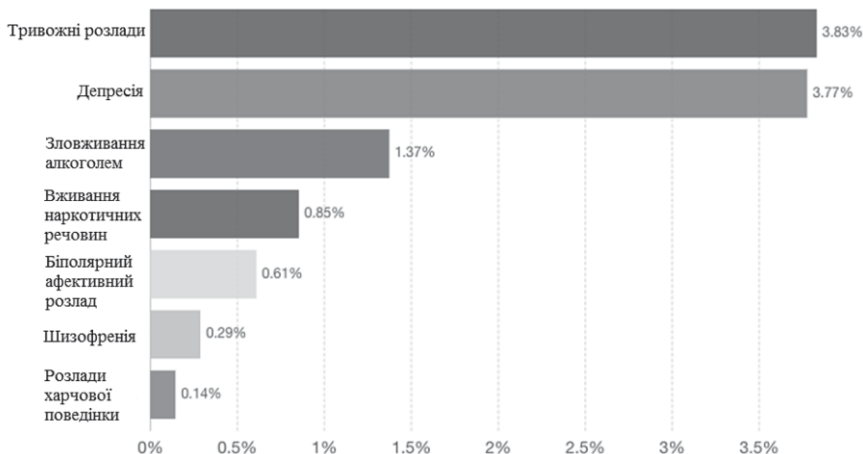
Тривога — це психологічний та/або фізіологічний стан, який включає в себе емоційну, поведінкову, соматичну та когнітивну складову. Тривога, як і депресія, може бути як окремих симптомом, так і проявом цілого ряду психічних розладів.

Зазвичай тривога для людини є нормальним захисним механізмом, який вона отримала в процесі еволюційного розвитку. У нормі вона є тран- зиторною та контрольованою. Але як тільки тривога стає довготривалою, вираженою за своєю інтенсивністю, порушує соціальне функціонування та викликає неприємні фізичні (соматичні) відчуття, ми можемо говорити про тривогу як про розлад. Крім того, тривога є однією з найперших пси- хічних реакцій, яка виникає на розвиток хвороби або передую їй.

Більше ніж 28% людей хоча б раз у своєму житті відчували симптоми тривожного розладу. За даними ВООЗ за 2015 рік, близько 264 мільйонів (3,6%) людей у світі страждає на різні види тривожних розладів. З 2005 по 2015 рік їх кількість зросла на 14,9%. Згідно з даними Інституту метрики та оцінки здоров'я (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME), ста- ном на 2016 рік цей відсоток ще вищий і становить 3,83% (рис. 4).

Частка від загальної чисельності населення з певним розладом психічного здоров'я або вживання психоактивних речовин. На малюнку відображена спроба дати справжню оцінку (що виходить за рамки підтвердженого діагнозу) поширеності розладів на основі медичних та епідеміологічних даних, опитувань і мета-регресійного моделювання.

Our World
in Data



Source: IHME, Global Burden of Disease

CC BY-SA

Рис. 4. Частка населення з розладами психічного здоров'я або вживання психоактивних речовин (Світ, 2016)

До тривожних розладів відносять: генералізований тривожний розлад, панічний розлад, специфічні фобії, соціальний тривожний розлад, агора- фобію, obsесивно-компульсивний розлад та посттравматичний стресовий розлад.

Тривога є одним із найрозповсюдженіших проявів психічної патології та частим симптомом при депресії, гострих галюцинаторно-маячних, органічних розладах, алкоголізмі та інших залежних розладах. Коли тривога та депресія супроводжують один одного, ми говоримо про змішаний тривожно-депресивний розлад. Проте, якщо симптоми тривоги і депресії стають однаково тяжкими, ми говоримо про коморбідний розлад.

Не слід забувати, що деякі ознаки тривожного розладу можуть зустрічатись і в пацієнтів соматичного профілю. Необхідно диференціювати тривожний розлад з: гіпертиреозом, пароксизмальною тахікардією, феохромоцитомою, передозуванням або відміною деяких препаратів та іншими захворюваннями.

Тривога негативно впливає на якість життя людини, порушуючи фізичне, психічне та соціальне функціонування. Отже, рання діагностика та лікування тривожних розладів є важливими складовими курації хворих і на-прямком на попередження хронізації та соматизації психічних розладів.

Госпітальна шкала тривоги і депресії — Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Шкала HADS має високу валідність щодо двох

феноменів: тривоги і депресії. Вона часто використовується для виявлення та оцінки тяжких симптомів в умовах загальносоматичної мережі. Перевагами цієї шкали є простота застосування і обробка (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає труднощів у пацієнта).

Рекомендації щодо застосування. Бланк шкали видається для само-стійного заповнення пацієнту та супроводжується інструкцією наступного змісту: «Вчені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль у виникненні багатьох захворювань. Якщо Ваш лікар більше дізнається про Ваші переживання, він зможе краще допомогти Вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти Вашому лікарю зрозуміти, як Ви себе відчуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, розташовані в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження і в потрібній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Ваша перша реакція завжди буде найбільш вірною». Шкала містить 14 тверджень, які складаються

в 2 підшкали: підшкала Т — «тривога»: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; підшкала D — «депресія»: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність ознаки) до 4 (максимальна її вираженість).

Оцінка за кожною зі шкал проводиться окремо. Таким чином, максимальна оцінка становить 21 для депресії та 21 для тривоги.

Критерії оцінювання:

- 0-7 — норма;
- 8-10 — зона ризику (присутність феномену) або легкий ступінь тяжкості;
- 11 або вище — вказує на ймовірну наявність розладу настрою;
- 11-15 — помірний ступінь;
- 16-21 — важкий ступінь.

Як і у всіх випадках застосування суб'єктивних шкал для досягнення валідних результатів необхідно забезпечити самостійне заповнення шкали пацієнтом (без обговорення варіантів відповіді з родичами, знайомими, сусідами по палаті). За необхідності слід надати пацієнтові відокремлене місце, а для забезпечення спонтанності відповіді бажано встановити пацієнту чіткі часові рамки для заповнення шкали (20-30 хвилин). За цей інтервал часу шкала повинна бути заповнена повністю. Якщо пацієнт пропустив окремі пункти або перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин), рекомендується провести повторне тестування з

викорис- танням нового бланка. Пацієнт має заповнювати варіант опитувальника, де не вказана кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді.

Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS

D	A	Симптом
	A	1. Я ВІДЧУВАЮ НАПРУЖЕНІСТЬ
	3	Увесь час
	2	Часто
	1	Час від часу, іноді
	0	Зовсім не відчуваю
D		2. ТЕ, ЩО ПРИНОСИЛО МЕНІ ВЕЛИКЕ ЗАДОВОЛЕННЯ, І ЗАРАЗ ВИ- КЛИКАЄ В МЕНЕ ТАКІ Ж ПОЧУТТЯ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Це так лише в дуже малому ступені
	3	Це зовсім не так
	A	3. Я ВІДЧУВАЮ СТРАХ, ЗДАЄТЬСЯ, НАЧЕБТО ЩОСЬ ЖАХЛИВЕ МОЖЕ ОТ-ОТ СТАТИСЯ
	3	Безумовно це так, і страх дуже сильний

D	A	Симптом
	2	Це так, але страх не дуже сильний
	1	Іноді страх буває, але це мене майже не турбує
	0	Зовсім не відчуваю страху
D		4. Я ЗДАТЕН РОЗСМІЯТИСЯ І ПОБАЧИТИ В ТИИ ЧИ ІНШІЙ ПОДІЇ СМІШНЕ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Це так лише в дуже малому ступені
	3	Зовсім не здатен
	A	5. НЕСПОКІЙНІ ДУМКИ КРУТЯТЬСЯ В МЕНЕ В ГОЛОВІ
	3	Постійно
	2	Велику частину часу
	1	Час від часу
	0	Зрідка
D		6. Я ВІДЧУВАЮ БАДЬОРІСТЬ
	3	Зовсім не відчуваю
	2	Дуже рідко
	1	Іноді
	0	Практично увесь час
	A	7. Я ЛЕГКО МОЖУ СІСТИ І РОЗСЛАБИТИСЯ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Лише зрідка це так
	3	Зовсім не можу
D		8. МЕНІ ЗДАЄТЬСЯ, ЩО Я СТАВ ВСЕ РОБИТИ ДУЖЕ ПОВІЛЬНО
	3	Практично увесь час
	2	Часто
	1	Іноді
	0	Зовсім ні
	A	9. Я ВІДЧУВАЮ ВНУТРІШНЄ НАПРУЖЕННЯ ЧИ ТРЕМТІННЯ
	0	Зовсім не відчуваю

	1	Іноді
	2	Часто
	3	Дуже часто
D		10. Я НЕ СТЕЖУ ЗА СВОЄЮ ЗОВНІШНІСТЮ
3		Безумовно це так
2		Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
1		Може бути, я став менше приділяти цьому увагу
0		Я стежу за собою так само, як і раніше

D	A	Симптом
	A	11. Я ВІДЧУВАЮ НЕПОСИДЮЧИСТЬ, НАЧЕ МЕНІ ПОСТІЙНО ПОТРІБНО РУХАТИСЯ
	3	Безумовно це так
	2	Напевно, це так
	1	Це так лише деякою мірою
	0	Зовсім не відчуваю
D		12. Я ВВАЖАЮ, ЩО МОЇ СПРАВИ (ЗАНЯТТЯ, ЗАХОПЛЕННЯ) МОЖУТЬ ПРИНЕСТИ МЕНІ ПОЧУТТЯ ЗАДОВОЛЕННЯ
	0	Точно так само, як і зазвичай
	1	Так, але не в тій мірі, як раніше
	2	Значно менше, ніж зазвичай
	3	Зовсім не вважаю
	A	13. У МЕНЕ БУВАЄ РАПТОВЕ ПОЧУТТЯ ПАНІКИ
	3	Дуже часто
	2	Досить часто
	1	Не так вже часто
	0	Зовсім не буває
D		14. Я МОЖУ ОДЕРЖАТИ ЗАДОВОЛЕННЯ ВІД ГАРНОЇ КНИГИ, РАДІО- ЧИ ТЕЛЕПЕРЕДАЧІ
	0	Часто
	1	Іноді
	2	Рідко
	3	Дуже рідко
		Загальна сума балів

Інтерпретація результатів

При інтерпретації даних враховується сумарний показник по кожній підшкалі (Т і D), при цьому виділяються 3 групи значень: 0-7 балів — норма; 8-10 балів — субклінічно виражена тривога/депресія; 11 балів і вище — клінічно виражена тривога/депресія.

Шкала тривоги Гамільтона — Hamilton Anxiety Scale (HAM-A)

У клінічній практиці та клінічних дослідженнях найчастіше використовується шкала тривоги Гамільтона, створена в 1959 р. Аналогічно відомій шкалі депресії HAM-D, вона була створена на основі ретельного емпіричного аналізу клінічних даних. Наступні наукові дослідження підтвердили валідність та клінічну значимість шкали. Наразі шкала тривоги Гамільтона — важливий, точний і зручний діагностичний інструмент, що застосовується в повсякденній практиці лікарів-спеціалістів, що часто зустрічаються з тривожними розладами, лікарів-психіатрів. Шкала три-

воги Гамільтона є «золотим стандартом» клінічних наукових досліджень, оскільки дозволяє клінічно достовірно оцінити вираженість тривожних розладів у широкому діапазоні.

Стандартними пунктами, що входять до Шкали тривоги Гамільтона є: тривожний настрій; напруга; страхи; інсомнія; інтелектуальні порушення; депресивний настрій; соматичні м'язеві симптоми; соматичні сенсорні симптоми; серцево-судинні симптоми; респіраторні симптоми; гастроінтестинальні симптоми; сечостатеві симптоми; вегетативні симптоми; поведінка при огляді. Процедура проведення обстеження за НАМ-А передбачає використання напівструктурованого інтерв'ю, під час якого лікар у тому числі збирає анамнестичні відомості і спостерігає за поведінкою та іншими невербальними проявами досліджуваних психопатологічних феноменів. Шкала не є самоопитувальником, тому не передбачає пред'явлення її пацієнтові або наявність прямих запитань щодо тривоги. Тривалість проведення обстеження за шкалою НАМ-А складає 20-30 хвилин.

Шкала складається з 14 пунктів, кожен із яких оцінюється за шкалою Лайкерта від 0 до 4 балів. 13 пунктів відносяться до проявів тривоги в повсякденному житті. Чотирнадцятий — до прояву тривоги при огляді. В шкалі НАМ-А варіанти відповідей стандартизовані: кожен пункт може внести рівну кількість балів у значення шкали, і немає необхідності прописувати окремі варіанти відповідей для кожного пункту, що значно спрощує розуміння шкали і процедуру підрахунку.

Позначка 0 балів означає відсутність симптому; 1 бал — його легкий ступінь; 2 бали — помірний ступінь; 3 бали — тяжкий ступінь; 4 бали — дуже тяжкий ступінь прояву симптому. Загальна сума балів може коливатися від 0 до 56.

Шкала тривоги Гамільтона (НАМ-А)

Ступені прояву симптому: 1 бал — легкий; 2 бали — помірний; 3 бали — тяжкий; 4 бали — дуже тяжкий.					
Симптоми	0	1	2	3	4
1. Тривожний настрій (стурбованість, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість)	0	1	2	3	4
2. Напруження (відчуття напруги, здригання, плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися)	0	1	2	3	4
3. Страхи (темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту)	0	1	2	3	4
4. Інсомнія (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості і слабкості при пробудженні, кошмарні сни)	0	1	2	3	4

5. Інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті)	0	1	2	3	4
6. Депресивний настрій (втрата звичних інтересів та почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою)	0	1	2	3	4
7. Соматичний м'язовий біль (біль, посмикування, напруга, судороми кlonічні, скрипіння зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус)	0	1	2	3	4
8. Соматичні сенсорні симптоми (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання)	0	1	2	3	4
9. Серцево-судинні симптоми (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)	0	1	2	3	4
10. Респіраторні симптоми (тиск і стиснення в грудях, задуха, часті зітхання)	0	1	2	3	4
11. Гастроінтестинальні симптоми (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунку, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запори, зниження ваги тіла)	0	1	2	3	4
12. Сечостатеві симптоми (прискорене сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)	0	1	2	3	4
13. Вегетативні симптоми (сухість у роті, почервоніння або блідість шкіри, пітливість, головні болі з відчуттям напруги)	0	1	2	3	4
14. Поведінка при огляді (совання на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, нахмурювання обличчя, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання, часте ковтання слини)	0	1	2	3	4

Для отримання загального балу, що відображає рівень тяжкості три- вожного розладу, необхідно скласти бали за всіма пунктами. Крім того, перші шість пунктів можуть бути оцінені окремо як прояви тривоги у сфері психіки, а інші вісім — як прояви тривоги в соматичній сфері. Загальна оцінка 6 балів і менше свідчить про відсутність симптомів тривоги;

зо- ною ризику можливої присутності тривожних розладів є діапазон від 7 до 13 балів; оцінка від 14 до 20 балів відповідає наявності легкої тривоги; оцінка від 21 до 28 балів є ознакою середньої вираженості тривожного розладу (симптоматична тривога); про наявність тяжкого ступеня тривоги свідчить оцінка понад 29 балів.

Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна — State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Опитувальник реактивної й особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна є надійним та інформативним інструментом самооцінки рівня тривожності в конкретний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Цей тест був розроблений Ч.Д. Спілбергером у 1970 році і адаптований Ю.Л. Ханіним у 1978 році.

Реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями напруги, занепокоєння, заклопотаності, «нервозності», що супроводжуються активацією вегетативної нервової системи. Стан тривожності як емоційної реакції на стресову ситуацію може бути різним за інтенсивністю і є досить динамічним та мінливим за часом.

Високий показник реактивної тривожності побічно свідчить про виражене психоемоційне напруження пацієнта. Цей показник чуйно реагує на зміни психоемоційного стану пацієнта в процесі лікування і є одним із найбільш зручних для оцінки ефективності психотерапевтичної корекції.

Шкала Спілбергера-Ханіна складається з 40 питань, у тому числі з 20 питань, які характеризують реактивну тривожність (опитувальник А) і ще 20 питань, які характеризують особистісну тривогу (опитувальник Б). Залежно від завдань дослідження кожен із опитувальників може застосовуватися самостійно або обидва разом. В останньому випадку реактивна тривожність вимірюється першими.

Опитування може проводитися інди- відуально або в групах, без обмеження часу. Для зниження ймовірності утворення установки на позитивні або негативні питання в кожен із опиту- вальників включено приблизно однакове число суджень, що характеризу- ють високу і низьку ступінь тривожності.

Пацієнту пропонується відповісти на питання, вказавши, як він себе відчуває в цей момент (реактивна тривожність, 1-20 питань) і як він себе почуває зазвичай (особистісна тривожність, 21-40 питань). На кожне пи- тання можливі 4 варіанти відповіді за ступенем інтенсивності реактивної тривожності і за частотою вираженої особистісної тривожності.

Бланк опитувальника Спілбергера-Ханіна

Опитувальник «А»

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе по- чуваєте в цей момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Пам'ятайте, що в кож- ному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Твердження	Зовсім ні	Мабуть, так	Так	Абсолютно так
1. Я спокійний	1	2	3	4
2. Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3. Я перебуваю в напрузі	1	2	3	4
4. Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5. Я відчуваю себе спокійно	1	2	3	4
6. Я засмучений	1	2	3	4
7. Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8. Я відчуваю, що відпочив	1	2	3	4
9. Я стривожений	1	2	3	4
10. Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11. Я впевнений в собі	1	2	3	4
12. Я нервую	1	2	3	4
13. Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14. Я збуджений	1	2	3	4
15. Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Я стурбований	1	2	3	4
18. Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19. Мені радісно	1	2	3	4
20. Мені приємно	1	2	3	4

Опитувальник «Б»

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваете.

Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або не- правильних відповідей немає. Пам'ятайте, що в кожному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Твердження	Май же ніколі	Іноді	Часто	Май же завжди
------------	---------------------	-------	-------	---------------------

	и			и
1. Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
2. Я зазвичай втомлююся	1	2	3	4
3. Я легко можу заплакати	1	2	3	4
4. Я хотів би бути таким щасливим, як і інші	1	2	3	4
5. Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
6. Зазвичай я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4

7. Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
8. Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене	1	2	3	4
9. Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10. Я цілком щасливий	1	2	3	4
11. Я занадто усім переймаюся	1	2	3	4
12. Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13. Зазвичай я відчуваю себе в безпеці	1	2	3	4
14. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15. У мене буває хандра	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
18. Я занадто переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
19. Я врівноважена людина	1	2	3	4
20. Мене охоплює сильне хвилювання, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів.

При відповідях на питання «1» означає відсутність або легкий ступінь тривожності, а позначка «4» означає високу тривожність. При обробці результатів бальні оцінки в «зворотних» питаннях мають зворотну спрямованість.

Рівень реактивної тривожності обчислюється за формулою: $Tr = EPI - EPO + 50$, де: Tr — показник реактивної тривожності; EPI — сума балів за прямими питаннями (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18); EPO — сума балів по зворотними питаннями (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20). Для обчислення рівня особистісної тривожності застосовується формула: $Tl = ELP - Elo + 35$, де: Tl — показник особистісної

тривожності; ЕЛП — сума балів за прямими питаннями (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40); Ело — сума балів за зворотними питаннями (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39). Показник, що не досягає 30 балів, свідчить про низьку тривожність, від 31 до 45 балів — про помірну, понад 45 балів — про високу.

Діагностика безсоння

Добрий сон, так само як харчування та фізична активність, є важливим індикатором здоров'я та благополуччя людини. Погіршення сну (безсоння) негативно впливає на стан здоров'я: порушує настрій, концентрацію уваги в денний час, зменшує продуктивність та загалом знижує якість життя людини. Крім того, час та тривалість сну впливають на ряд метаболічних, ендокринних та неврологічних функцій, що мають вирішальне значення для підтримки індивідуального здоров'я.

Безсоння є достатньо розповсюдженим явищем. Згідно зі статистикою, від 1 до 10% дорослого населення світу має часті або постійні скарги на поганий або недостатній сон, а серед людей похилого віку цей відсоток значно вищий — 25%.

Етіологія безсоння, як правило, визначає її тривалість. Епізодичне короткотривале порушення сну (до 1 тижня) найчастіше виникає внаслідок стресів, неправильного режиму дня, появи або загострення соматичної патології. Воно може бути обумовлене зовнішніми факторами, що порушують сон (шум, світло, коливання кімнатної температури та ін.). Причинами короткочасного безсоння (2-3 тижні) можуть бути важкі та тривалі стресові ситуації, розлади адаптації, хронічний больовий синдром, загострення хронічних соматичних захворювань, різні захворювання шкіри із симптомами свербіж тощо. Підставою для розвитку хронічного безсоння (більше 3 тижнів) найчастіше стають психічні розлади, зловживання психоактивними речовинами, прийом

стимулюючих психотропних засобів та інших лікарських препаратів, серед побічних дій яких нерідко зазначають порушення сну.

Дослідників завжди цікавило яким чином сон пов'язаний, із психічними розладами. Довгий час переважала думка, що проблеми зі сном є загальними серед людей із психічними розладами. Порушення сну стали визначальними особливостями цілого ряду психічних розладів та включені до діагностичних критеріїв в цих станів. І, відповідно, до цього сон стає тим індикатором, який першим сигналізує про погіршення (або загострення) психічного розладу, а іноді стає одним із перших показників, який покращується в процесі лікування. Але останні дослідження свідчать про більш складний двосторонній зв'язок між порушенням сну та психічними розладами. Це пов'язано з тим, що деякі методи лікування психічних розладів можуть викликати порушення сну та збільшувати ризик виникнення психічних розладів. Крім того, депривація сну може мати терапевтичний ефект для окремих психічних розладів, але може погіршувати інші.

Безсоння визначається як суб'єктивні скарги на труднощі засинання, підтримки сну або пробудження вранці. Визначення якості сну може проводити під час звичайних клінічних оглядів як лікар-психіатр, так і лікар загальної практики. Запитання про задоволення сном і денні наслідки нічних порушень сну є початковими, і за наявності позитивних відповідей, можуть свідчити про необхідність проведення більш структурованого клінічного інтерв'ю з акцентом на симптомах безсоння. Крім того, є доцільним використання деяких самоопитувальників та ретроспективна оцінка якості сну шляхом заповнення щоденних анкет, задля оцінки кількості та якості сну декілька днів поспіль.

Пітсбурзький опитувальник якості сну — Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Пітсбурзький опитувальник якості сну є самоопитувальником, що оцінює якість сну та його порушення протягом одного місяця. PSQI може бути використаний як для первинної оцінки, так і для поточних порівняльних вимірювань якості сну в дорослих осіб у всіх закладах охорони здоров'я. Діагностична чутливість PSQI сягає 89,6%, специфічність — 86,5% ($\kappa = 0,75$, $p < 0,001$).

Дев'ятнадцять окремих елементів опитувальника генерують сім «компонентів» балів: суб'єктивної якості сну, латентності сну, тривалості сну, звичної ефективності сну, порушень сну, використання снодійних ліків та порушень денного функціонування. Сума балів за цими сьомома компонентами дає одну

глобальну оцінку.

Підрахунок відповідей ведеться на основі Likert Scale з діапазоном значень для питань з 5 по 10 від 0 до 3, де «3» відображає найбільший ступінь порушення окремого елемента. Не допускається залишати без відповіді питання з 1 по 9. Якщо відповідь надана у вигляді діапазону (наприклад, в питанні 2 написано в якості відповіді 30-60 хвилин, щоб заснути), необхідно ввести усереднений показник (в даному випадку — 45 хвилин).

Перший компонент суб'єктивної якості сну («як ви оцінюєте якість сну за останній місяць») оцінюється за питанням 6 від 0 до 3 балів.

Другий компонент латентності сну (питання 2 та 5а) оцінюється наступним чином: по питанню 2 від 0 до 15 хвилин оцінюється в 0 балів; в інтервалі від 15 до 30 хвилин оцінюється в 1 бал; в інтервалі від 30 до 60 хвилин — у 2 бали; понад 60 хвилин оцінюється в 3 бали. По питанню 5а, якщо сума однакова, 0=0 балів; 1-2=1 бал; 3-4= 2 бали; 5-6=3 бали.

Для оцінки третього компоненту тривалості сну (питання 4), якщо тривалість сну складає > 7 годин, оцінка є 0 балів. Якщо між 7 та 6 година-

ми — 1 бал; в межах 5-6 годин — 2 бали; менше 5 годин — 3 бали. Також можна порівнювати зі звичною тривалістю сну, тоді 85% від звичної тривалості сну = 0 балів, 75%-84% = 1 бал, 65%-74% = 2 бали, менше 65% = 3 бали.

Четвертий компонент звичної ефективності сну вираховується за формулою (кількість годин безсоння) / (кількість годин, проведених у ліжку) × 100. Показник понад 85% дорівнює 0 балів; 75-84% = 1 бал; 65%-74% = 2 бали, менше 65% = 3 бали.

При оцінці п'ятого компоненту порушень сну (питання 5) вибір «жодного разу протягом останнього місяця» з літери «б» до кінця питання оцінюється в 0 балів. Загальна вага порушень сну в окремих пунктах питання, починаючи з літери «б» в інтервалі 1-9 оцінюється в 1 бал; в інтервалі 10-18 — в 2 бали; понад 18 оцінюється в 3 бали.

Шостий компонент використання снодійних ліків оцінюється за питанням 7 від 0 до 3 балів.

Останній, сьомий компонент порушення денного функціонування, є відображенням сумарної оцінки питань 8 і 9. Відсутність порушень відповідає показнику 0 балів; сумарний показник 1-2 оцінюється в 1 бал; 3-4 — в 2 бали; 5-6 — в 3 бали.

Сумарний бал за опитувальником поєднує всі сім компонентів, де мінімальний бал = 0 (найкраща якість сну); максимальний бал = 21 (найгірша якість сну). Сумарний показник <5 балів асоціюється з гарною якістю сну. Сумарний показник «5 балів» або більше

вказує на значне порушення сну.

**Пітсбурзький опитувальник якості сну
(PSQI)**

Наступні питання стосуються Вашого сну протягом
минулого МІСЯЦЯ.

- 1. В який час Ви зазвичай лягали спати протягом
останнього місяця?**

ЗВИЧАЙНИЙ ЧАС ВІДХОДУ ДО СНУ __

- 2. Скільки часу (хвилин) Вам зазвичай потрібно,
щоб заснути (протягом останнього місяця)?**

КІЛЬКІСТЬ ХВИЛИН _____

- 3. В який час Ви зазвичай прокидалися протягом
останнього місяця?**

ЗВИЧАЙНИЙ ЧАС ПІДЙОМУ _____

- 4. Скільки годин в середньому Ви спали за ніч
протягом останнього місяця? (Кількість годин
може відрізнятися від кількості часу,
проведеного в ліжку).**

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН СНУ ЗА НІЧ __

Для кожного з решти питань виберіть одну найбільш
прийнятну відповідь. Будь ласка, дайте відповіді на всі
питання.

5. Протягом минулого місяця як часто у Вас були проблеми зі сном, тому що Ви

(а) не могли заснути

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

протягом 30 хвилин (б)

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

прокидалися посеред ночі

або під ранок

(в) були змушені вставати, щоб скористатися

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

ванною кімнатою (г) не могли відно дихати

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

(г) кашляли чи

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

голосно хрипіли

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

(д) відчували, що

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

Вам холодно (е)

відчували, що

Вам жарко

(є)

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

бачили

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

погані

сни (ж)

відчува

ли біль

(з) інша причина, будь ласка, напишіть

Як часто за минулий місяць у Вас були проблеми зі сном через цю причину?

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

6. Як би Ви охарактеризували якість Вашого сну за останній місяць?

Дуже висока	☐
Досить висока	☐
Швидше низька	☐

Дуже низька	☐
-------------	--------------------------

7. За минулий місяць як часто Ви приймали ліки, які допомагають заснути?

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

8. Як часто за минулий місяць Вам було складно «не спати» під час керування автомобілем, в період прийому їжі або в процесі соціальної діяльності?

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

9. За минулий місяць наскільки складно було Вам зберігати достатній настрій для того, щоб зробити всі справи?

Зовсім не складно	☐
Лише трохи складно	☐
В деякій мірі складно	☐
Дуже складно	☐

10. Чи є у Вас партнер, з яким Ви ділите ліжко, або сусід по кімнаті?

Ні, проживаю один(на) в кімнаті	☐
Партнер/сусід живуть в іншій кімнаті	☐
Партнер/сусід в тій же кімнаті, в іншому ліжку	☐
Ділимо одне ліжко (з партнером)	☐

11. Якщо у Вас є статевий партнер або сусід по кімнаті, запитайте його/її, як часто за минулий місяць у Вас були ...?

(а) Гучне хропіння

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

(б) Тривалі затримки

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

дихання під час сну (в)

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

Посмикування ногами під

час сну

(г) Епізоди дезорієнтації в період сну

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

(г) Інші прояви неспокою під час Вашого сну:

будь ласка, опишіть

Жодного разу за останній місяць ☐	Менше ніж раз на тиждень ☐	Один-два рази на тиждень ☐	Три та більше разів на тиждень ☐
--	---	---	---

Шкала сонливості Епворта — Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Опитувальник денної сонливості Епворта (ESS) підтвердив свою ефективність як для діагностики синдрому обструктивного апное уві сні (СОАС), так і для виявлення нарколепсії та ідіоматичної сонливості. Дана методика дозволяє визначити денну сонливість у балах.

Відомо, що денна сонливість є прямим наслідком порушення нормаль-ної структури нічного сну. Саме поняття сонливості є дуже індивідуаль-ним, тому деякі особи часто суб'єктивно сприймають денну сонливість за постійну слабкість та різку втомлюваність протягом дня.

Денна сонливість зазвичай проявляється під час відпочинку, після прийому їжі, читання або ж перегляду телепередач, тобто коли хворі зна-ходяться в розслабленому стані.

При надмірній сонливості збільшується ризик ймовірності нещасного ви-падку за рахунок нападоподібних засинань під час розмови, прогулянки та за кермом. При такій надмірній денній сонливості, навіть після достатнього нічного сну, зберігається стійка сонливість та загальне падіння енергії.

Процедура займає від 2 до 5 хвилин, під час яких досліджуваний оці-нює свою ймовірність засинання у різних життєвих ситуаціях по 3-х баль-ній системі, де 0 — не засну ніколи, 1 — існує невелика ймовірність за-синання, 2 — помірна, 3 — засну обов'язково.

Пацієнт має заповнювати варіант опитувальника, де не вказана кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді.

**Опитувальник денної сонливості
Епворта (ESS)**

Ситуація	Імовірність заснути			
	0 — не засну у ніко- ли	1 — існує невелика ймовірність засинання	2 — помірна ймовірність засинання	3 — за- сну- обов'яз- ково
При читанні сидячи за відсутності інших справ				
При перегляді телевізійних передач				
Пасивне сидіння у громадських місцях (театрі, кінозалі...)				
В якості пасажера в машині при їзді не менше години				
Якщо прилягти відпочити після обіду за відсутності інших справ				
Сидячи та розмовляючи з кимось				
Якщо знаходитесь у тихій кімнаті після сніданку				
За кермом автомобіля у заторі				

Відповіді оцінюються у такий спосіб: 0-5 бали — норма, 6-9 балів — ін- сомнія, 9-16 балів — синдром обструктивного апное уві сні, 16-24 бали — нарколепсія.

Анкета скринінгу апное уві сні

Ця анкета являє собою перелік тверджень, які є найбільш частими та специфічними симптомами для такого стану, а саме:

- **перша група симптомів** (хропіння, денна сонливість, ранкові головні болі та підвищення АТ від 140 та 90 мм рт.ст. і вище) рахується як **один бал**;
- **другу групу** (більші показники ранішнього ДАД ніж вечірнього, вище 100 мм рт.ст.) оцінюють **два бали**;
- **третю групу** (зупинки дихання уві сні та наявність денної сонливості в стані активності) — **три бали**.

У результаті, якщо хворий отримує чотири бали, то з імовірністю 96% його можна віднести до групи з апное, а з імовірністю 0% — до групи без порушень дихання уві сні.

Симптоми	Відповідь		
	Так	Ні	Не знаю
1. Збільшення маси тіла за 3-5 років			
2. Надлишкова денна сонливість і засинання в певних ситуаційних станах			
3. Гучне нічне хропіння, на яке скаржаться оточуючі			
4. Зупинки дихання уві сні, на які скаржаться оточуючі			
5. Нічна поліурія (понад 2 рази на ніч), часті нічні про- будження, нічна печія, відрижка			
6. Ранковий головний біль або відсутність відчуття від- починку вранці			

7. Зміни артеріального тиску або порушення серцевої діяльності			
8. Артеріальна гіпертензія, здебільшого вночі /вранці			
9. Зміни потенції та інші сексуальні порушення			
10. Утруднене дихання, задуха або ядуха вночі			
11. Нічна пітливість			
12. Ранкова розбитість			
13. Ранковий головний біль			
14. Депресія, апатія, роздратованість, знижений настрій, погіршення пам'яті			

Діагностика болю

В останні десятиліття відмічається неухильне зростання кількості хронічних больових синдромів (ХБС), обумовлене великою розповсюдженістю хронічного болю серед пацієнтів, що складає 15-70%. Результати багатьох досліджень свідчать про високу частоту (від 15,5% до 62,8%) непсихотичних психічних розладів (НПР) у хворих соматичного профілю з хронічним болем. Проблема вивчення НПР, коморбідних із хронічним болем, актуальна та важлива внаслідок того, що ХБС, один із найбільш частих у терапевтичній практиці, може ініціювати порушення у системі регуляції самого больового відчуття, викликати тривожні та депресивні реакції або впливати на ступінь їх вираженості. Підпорогові депресивні й тривожні симптоми при присуданні болю є найбільш послідовними прогностичними факторами подальшого розвитку депресивних і тривожних розладів. Дійсно, синдром хронічного болю супроводжує багато афективних, невротичних та соматоформних розладів, таких як депресія, іпохондрія, соматоформна вегетативна дисфункція, неврастенія, синдром хронічної втоми, тривожно-фобічні, панічні розлади тощо.

Біль є важливою проблемою для багатьох людей із травмами та фізичними вадами. Хоча фізіологічні зміни, пов'язані з травмою або з інвалідністю, є причинно-наслідковими, психосоціальні чинники також відіграють важливу роль у важкості та впливі болю на хворого.

У рамках біопсихосоціальної парадигми сучасної

медицини біль роз- глядається як результат динамічної взаємодії біологічних (нейрофізіоло- гічних), психологічних, соціальних, релігійних та інших чинників. Він може домінувати в клінічній картині та бути основною, а іноді — єдиною озна- кою хвороби, незалежно від нозологічної належності.

Відчуття білю завжди носить суб'єктивний характер, його оцінка ви- значається локалізацією та характером ушкодження, природою ушкоджу- ючого фактора, психологічним станом людини і її індивідуальним жит- тевим досвідом. Особливе значення має психоемоційний стан хворих, які страждають від хронічного болю. З появою нових підходів у сучасній медицині хронічний біль набуває статусу самостійної хвороби, оскільки причина цього болю не завжди може бути усунена.

Коли людина відчуває біль, вона зазнає психологічного дистресу різ- ного ступеня вираженості. Дослідження показує, що не менше однієї тре- тини людей, які звертаються за допомогою до лікарів соматичного про- філя, можуть мати значний рівень стресу. Багато вимірів цього процесу було визначено, і їх роль полягає у розвитку хронізації.

В Україні, як і в інших країнах, параметри лікувально-діагностичного процесу визначаються стандартами лікування, створеними на основі доказової медицини. Ці стандарти містяться в клінічних настановах і уніфікованих клінічних протоколах із певних захворювань.

Адже все одно залишається безліч невирішених проблем діагностики, лікування та профілактики синдрому хронічного болю, особливо в поєднанні з непсихотичними психічними розладами, що може супроводжуватися проявами больової поведінки.

Візуально-аналогова шкала болю (ВАШ) — Visual Analogue Scale (VAS)

Найпростіший спосіб вимірювання болю — цифрова рейтингова шкала, коли для оцінки больових відчуттів пацієнту пропонується шкала з градуванням від 0 до 10 або від 0 до 100. Пацієнт відмічає цифру, яка, на його думку, найбільш відповідає силі больового відчуття в момент обстеження. Відстань між кінцем лінії «немає болю» і зробленою хворим відміткою вимірюють в сантиметрах і округлюють. ВАШ визначає тільки інтенсивність болю.

Систематичний вимір болю за допомогою цієї шкали дає картину динаміки болю та ефективності лікування. При динамічній оцінці зміна інтенсивності болю вважається об'єктивною та істотною, якщо наступне значення ВАШ відрізняється від попереднього більш ніж на 13 мм (на неградуваній лінії довжиною 10 см).

Візуально-аналогова шкала — проста, ефективна і мінімально обтяжлива для хворого методика, яка добре корелює з іншими достовірними тестами.

Інструкція

Оцініть больовий синдром від 0 до 10 балів (при тому, що 0 — немає болю, 10 — нестерпний біль).



**Больовий опитувальник
Мак-Гілла — The McGill
Pain Questionnaire**

Опитувальник болю Мак-Гілла дозволяє отримати якісну характеристику болю. Загалом 78 прикметників характеристики болю розподілені за окремими категоріями з наростанням змістовного значення. Перша категорія (1-13 пункти) характеризує біль на сенсорному рівні, друга категорія (14-19 пункти) — на афективному рівні, третя категорія (20 пункт) є вербальною шкалою оцінки інтенсивності болю. Пацієнт має обрати один прикметник, що найточніше відображає його сприйняття болю з кожного пункту (не обов'язково). Кожне обране слово має числовий показник, що відповідає порядковому номеру слова в категорії. Результатом вимірювання є два показники: ранговий індекс болю (сума порядкових номерів вибраних слів, або середньоарифметична величина) та загальна кількість вибраних слів. Показники можуть визначатися окремо для сенсорно-дискримінативного й афективно-мотиваційного компонента болю обрахуванням сенсорної та афективної шкали відповідно. Отримані дані не є параметричними, але підлягають статистичній обробці.

Больовий опитувальник Мак-Гілла
(російською мовою)

Инструкция. Дайте описание Вашей боли, подчеркнув те или иные ее характеристики в любых из 20 вопросов, не обязательно в каждом, но только по одной в каждом вопросе.

Какими словами Вы можете описать свою боль?

1. Пульсирующая, схватывающая, дергающая,
стегающая, колотящая, долбящая.
2. Подобная электрическому разряду, удару тока,
выстрелу.
3. Колющая, впивающаяся, буравящая, сверлящая,
пробивающая.
4. Острая, режущая, полосующая.
5. Давящая, сжимающая, щемящая, стискивающая,
раздавливающая.
6. Тянущая, выкручивающая, вырывающая.
7. Горячая, жгучая, ошпаривающая, палящая.
8. Зудящая, щиплющая, разъедающая, жалящая.
9. Тупая, ноющая, мозжащая, ломящая, раскалывающая.
10. Распирающая, растягивающая, раздирающая,
разрывающая.
11. Разлитая, распространяющаяся, проникающая,
пронизывающая.
12. Царапающая, саднящая, дерущая, пилящая, грызущая.
13. Немая, сводящая, леденящая.

Якіє чувства вызываєть боль, какое воздействие оказываєть на психику?

- 14. Утомляєть, изматываєть.
- 15. Чувство тошноты, удушья.
- 16. Чувство тревоги, страха, ужаса.
- 17. Угнетает, раздражает, злит, приводит в ярость, приводит в отчаяние.
- 18. Обессиливает, ослепляет.
- 19. Боль — помеха, досада, страдание, мучение, пытка.

Как Вы оцениваете свою боль?

- 20. Слабая, умеренная, сильная, сильнейшая, невыносимая.

Багатофакторний опитувальник болю WHYMPI

(за R.D. Kerns, Turk, Rudy та співавт, 1985)

З метою визначення фізичних, психологічних і соціальних елементів в особистому житті хворих із хронічним больовим синдромом застосовується багатофакторний опитувальник The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (за R.D. Kerns, Turk, Rudy та співавт, 1985). Вступна частина тесту передбачає обрати особу з переліку, з якою пацієнт найбільш близький, з ким регулярно або часто спілкується (так звана

«значуща людина») та чи проживає ця людина з опитуваним. В основній частині питання розділені на три групи. В першій групі 20 питань. Вони характеризують суб'єктивне відношення до болю, емоційний стан за останній період і рівень задоволеності від дозвілля та роботи. У другій групі 14 питань, що показують реакцію та ставлення «значущої людини» до хворого під час загострення

больового синдрому. В останній, третій, групі 18 питань, завдяки яким можна отримати інформацію про види повсякденної діяльності та активності пацієнтів. На кожне питання необхідно підкреслити цифру, що характеризує відповідь від 0 до 6. Результати підраховувались по 12 шкалам WHYMPI, що вимірюють соціальні, поведінкові, когнітивні та афективні реакції на біль, а саме: вираженість болю; перешкоди життю; контроль життєвих ситуацій; емоційний дистрес; підтримка; негативні реакції з боку близьких; турбота; відволікаючі маневри; спілкування; ведення домогосподарства; перебування поза будинком; робота на відкритому повітрі

**Багатофакторний опитувальник
болю**

Вік _____

Стать _____

Діагноз _____

Перш ніж почати, дайте відповідь на наступні два запитання:

1. У деяких пунктах згадується «значуща для Вас людина» — цим тер-

міном позначається та особа, з якою Ви найбільш близькі, з ким Ви спілкуєтесь регулярно або часто. Будь ласка, визначте, хто для Вас є такою «значущою людиною» (лише одну):

- o Чоловік/дружина
- o Партнер/компаньйон
- o Друг
- o Сусід
- o Мати, батько, дитина або інший родич
- o Інша _____

2. Чи живете Ви наразі з цією людиною?

Так _____ Ні _____

При відповіді на питання, у якому згадується «значуща людина», майте на увазі ту конкретну людину, яку Ви вказали.

I. Прочитайте уважно кожне питання і обведіть по шкалі знизу ту цифру, що найбільше відповідає на питання.

1. Оцініть рівень Вашого болю на даний момент.

Немає болю 0 1 2 3 4 5 6 Дуже сильний біль

2. Взагалі, наскільки ваша проблема болю заважає вашій щоденній активності?

Не впливає 0 1 2 3 4 5 6 Надзвичайно впливає

3. З моменту появи проблем з болем, як змінилась Ваша можливість працювати?

Не змінилась 0 1 2 3 4 5 6 Сильно змінилась

Позначте, якщо Вам довелося піти на пенсію або звільнитися з роботи.

4. Наскільки через біль зменшилося задоволення, задоволеність, одержувані від дозволів й участі в

суспільних заходах?

**Не змінилося 0 1 2 3 4 5 6 Сильно
змінилося**

5. Наскільки підтримує Вас або допомагає Вам Ваш чоловік/дружина (або інша значуща людина) у зв'язку з Вашим болем?

**Не підтримує 0 1 2 3 4 5 6 Сильно
підтримує**

6. Який у середньому у Вас був настрій минулого тижня?

**Надзвичайно низький 0 1 2 3 4 5 6 Надзвичайно
високий**

7. Наскільки в середньому був виражений Ваш біль за останній тиж- день?

Слабкий 0 1 2 3 4 5 6 Сильно виражений

8. Як біль змінив Вашу можливість брати участь у суспільних захо- дах?

Не змінив 0 1 2 3 4 5 6 Сильно змінив

9. Наскільки через біль зменшилося задоволення,
задоволеність, одержувані від спілкування з
родиною та родичами?

Не змінилося 0 1 2 3 4 5 6 Сильно змінилося

10. Наскільки за Вас турбується, переживає значуща
людина у зв'язку з Вашим болем?

**Взагалі не хвилюється 0 1 2 3 4 5 6 Надзвичайно
хвилюється**

11. У якій мірі, як Вам здається, Ви контролювали
життєві ситуації ми- нулого тижня?

Взагалі не було контролю 0 1 2 3 4 5 6

Повний контроль

12. Наскільки Ви страждаєте через відчуття болю?

Взагалі не страждаю 0 1 2 3 4 5 6

Назвичайно сильно

13. Наскільки Ваш біль змінив шлюб та стосунки в
сім'ї?

Не змінив 0 1 2 3 4 5 6 Сильно змінив

14. Наскільки через біль зменшилося задоволення,
задоволеність, одержувані від роботи?

Не змінилося 0 1 2 3 4 5 6 Сильно змінилося

Позначте, якщо Ви не працюєте зараз

15. Наскільки до Вас уважний Ваш чоловік/дружина
або інша значуща людина у зв'язку з Вашим
болем?

**Взагалі неуважний 0 1 2 3 4 5 6 Дуже
уважний**

16. Наскільки минулого тижня Ви відчували себе
здатним справитися з проблемами, що виникали
у Вас?

**Взагалі не здатен 0 1 2 3 4 5 6 Повністю
здатен**

17. Наскільки через біль знизилася Ваша можливість
займатися спра- вами, пов'язаними з веденням

домашнього господарства?
Не знизилася 0 1 2 3 4 5 6 Сильно знизилася

18. Наскільки минулого тижня Ви почували себе
роздратованим?

**Взагалі не роздратований 0 1 2 3 4 5 6 Сильно
роздратований**

19. Наскільки біль перешкоджав дружнім
відносинам з людьми, що не відносяться до
членів Вашої родини?

**Не перешкоджав 0 1 2 3 4 5 6 Сильно
перешкоджав**

20. Наскільки вираженим було у Вас минулого
тижня почуття тривоги, внутрішнього
напруження?

Відсутнє 0 1 2 3 4 5 6 Сильно виражене

II. На шкалі, що йде за кожним пунктом, відзначте,
наскільки часто Ваша значуща людина реагує на
Ваш біль.

1. Ігнорує мене.

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

2. Питає, чим мені можна допомогти.

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

3. Читає мені.

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

4. Дратується на мене.

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

5. Бере на себе мої обов'язки та роботу.

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

6. Говорить зі мною про що-небудь, щоб відвернути мене від болю.

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

7. Висловлює розчарування в мені.

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

8. Намагається змусити мене відпочити.

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

9. Намагається змусити мене зайнятися будь-якою діяльністю.

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

10. Сердиться на мене.

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

11. Дає мені знеболюючі медикаменти.

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

12. Змушує мене зайнятися улюбленою справою.

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

13. Дає мені що-небудь поїсти або попити.

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

14. Вмикає телевізор, щоб відволікти мене.

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

III. Вкажіть, будь ласка, наскільки часто Ви виконуєте наступні види по-всякденної діяльності, поставивши відповідну цифру

1. Як часто Ви мисте посуд?

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто

2. Як часто ви косите траву? (___відзначте, якщо у Вас немає міс- ця, щоб косити траву)

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто

3. Як часто Ви вибираєтеся з будинку, щоб сходити в кафе? (_____ від- зна

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто

4. Як часто Ви граєте в карти або інші ігри?

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто

5. Як часто Ви ходите в бакалею за покупками?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
6. Як часто Ви працюєте в саду, на дачі, на городі?
(_____ відзначте,
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
7. Як часто Ви ходите в кінотеатр?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
8. Як часто Ви ходите в гості до друзів?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
9. Як часто Ви допомагаєте прибирати в будинку?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
10. Як часто Ви займаєтеся ремонтом машини? (відзначте, якщо немає машини)
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
11. Як часто Ви робите поїздки в автомобілі або громадському тран- спорті?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
12. Як часто Ви відвідуєте родичів (___ відзначте, якщо родичі прожива- ють більше 100 км від Вас)
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
13. Як часто Ви готуєте їжу?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
14. Як часто Ви маєте машину? (___ відзначте, якщо немає машини)
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
15. Як часто Ви подорожуєте, відвідуєте екскурсії?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
16. Як часто Ви ходите на пляж або гуляєте в парку?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
17. Як часто займаєтеся пранням?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
18. Як часто Ви виконуєте необхідні ремонтні роботи

в будинку?

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто

**Шкала катастрофізації
хронічного болю — Pain
Catastrophizing Scale
(PCS).**

Запропонована М. Sullivan у 1995 році. Шкала катастрофізації болю Pain Catastrophizing Scale (PCS) включає в себе 13 пунктів із акцентом на думки та почуття й оцінює 3 показники катастрофізації: постійні роздуми («Я не можу не думати про те, який сильний мій біль»), перебіль-

шення («Мені здається, що може трапитися щось страшне»), безнадійність («Немає нічого, що б зменшило мій біль»). Результати оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта, де 0 — відсутність катастрофізації, а — максимальний її рівень. До фактора постійних роздумів відносяться 4 ствердження (0-16 балів); до перебільшення — 3 ствердження (0-12 балів); до безнадійності — 6 стверджень (0-24 бали). Для PCS може розраховуватись загальна оцінка (діапазон 0-52 балів). Високе значення вказує на вищу катастрофізацію болю.

Шкала катастрофізації хронічного болю

Інструкція. Ми вивчаємо особливості Ваших уявлень про той біль, який Ви відчуваєте. Наведені нижче 13 тверджень відображають різні думки та уявлення людей, пов'язані з болем. Відмітьте найбільш прийнятну оцінку кожного твердження, що відповідає Вашій уяві щодо болю.

Твердження	Оцінка тверджень				
	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Завжди
1. Я хвилююсь, що мій біль ніколи не закінчиться					
2. Боюся, що можу не витримати					
3. Біль жакхливий, думаю, мені ніколи не покращає					
4. Біль згубний і я боюся, що не опаную його					
5. Я більше не можу переносити біль					
6. Я побоююсь, що біль буде посилюватися					
7. Я згадую про інші епізоди болю					
8. Я з хвилювання чекаю, коли нарешті біль припиниться					

9. Я не можу викинути з голови думки про біль					
10. Я думаю про те, який в мене сильний біль					
11. Я думаю про те, як сильно я бажаю припинення болю					
12. Я нічого не можу зробити для змен- шення болю					
13. Я побоююсь, що зі мною може трапи- тись щось дуже погане					

Шкала SPAASMS (F. Mitra та співавт.)

SPAASMS (S — бали для болю, P — рівні фізичної активності, A — додаткові знеболюючі препарати, A — додатковий візит до лікаря, S — показники сну, M — показники настрою, S — побічні ефекти). Пацієнти відповідають на питання про настрій, якість сну та фізичну активність із

власної точки зору. Також необхідно вказати про необхідність додатково- го візиту до лікаря через загострення болю, застосування більшої кіль- кості знеболюючих медикаментів та побічні ефекти. В кінці підраховуєть- ся сумарна кількість балів відповідно до відмічених відповідей у таблиці.

Таблиця суб'єктивної оцінки болю SPAASMS

	0	1	2	3	Відповідь
Додаткові ліки	немає	< 4 рази/ міс	<8р/ти ж- день	>8р/тиж д або щодня	
Додатковий візит до лікаря	немає	1 р/міс	1 р/тижд	>5р/міс	
Якість сну	дуже добри й	добрий	задовільн ий	поганий	
Настрій	дуже добри й	добрий	задовільн ий	знижени й	
Побічні ефекти	немає	м'які	помірні	сильні	
Фізична активність	дуже добр а	добра	задовільна	відсутня	
				Всього	

Оцінка DIRE

В адаптованій клінічній настанові, заснованій на доказах «Контроль болю» (Київ, 2011), зазначено що оцінка DIRE як клінічний рейтинг ви- користовується для прогнозування доцільності й ефективності тривалого застосування опіоїдної аналгезії з приводу ХБС неонкологічного генезу. Вона складається з 4 факторів, які оцінюються окремо, а потім складаються, щоб створити оцінку DIRE: діагностика (D), невіддатливість (I), ризик (R) і ефективність (E).

Фактор ризику, у свою чергу, розбивається на чотири підкатегорії, в яких рейтинг визначається окремо; потім бали складаються, щоб отримати сукупний показник. Підкатегорії ризику — це психологічне здоров'я (пз), хімічне здоров'я (хз), достовірність (д) і соці- альна підтримка (сп). Кожен фактор оцінюється за шкалою Лікарта від 1 до 3, де 1 відповідає найменш переконливому або найменш сприятливо- му випадку призначення опіоїдів, а 3 відповідає найбільш переконливому або сприятливому випадку призначення опіоїдів. Загальний показник ви- користовується для визначення того, чи є пацієнт кандидатом, що підхо- дить для опіоїдної аналгезії. Результати можуть варіюватися від 7 балів як найнижчого показника (пацієнт отримує всі 1) до 21 бала як найвищого показника (пацієнт отримує всі 3). У дослідженні надійності та достовір- ності більш високі бали (14 або вище) свідчать про більш успішний про- цес призначення щодо піддатливості пацієнта та ефективності лікування

опіюїдними аналгетиками, а отже — променший ризик формування хво- робливої больової поведінки.

Навпаки, результат DIRE7-14 балів свідчить, що пацієнту недоцільно призначати довготривалу опіюїдну аналгезію, у першу чергу, внаслідок ве- ликої схильності до формування хворобливої поведінки.

Оцінка DIRE

Інструкція. Це клінічний рейтинг, який використовується для прогно- зування на тривале отримання опіюїдної аналгезії з приводу хронічного болю, не пов'язаного з раком. Для кожного фактора рейтинг балів пацієн- та від 1 до 3 засновується на поясненнях у правій колонці.

Оцінк а	Фактор	Пояснення
	Діагн оз (D)	1 = доброякісний хронічний стан із мінімальними об'єктивними даними чи певний діагноз відсутній. Прикла- ди: фіброміалгія, мігрень, неспецифічні болі в спині. 2 = повільно прогресуючий стан із помірним болем або фік- сований стан із середніми об'єктивними даними. Приклади: синдром невдалої операції на спині, болі в спині з помірни- ми дегенеративними змінами, нейропатичні болі. 3 = занедбаний стан, який асоціюється з сильним болем із об'єктивними даними. Приклади: важке ішемічних судинне захворювання, занедбана невропатія, важкий стеноз хреб- тового каналу.

	Непідатливість (I)	1 = були випробувані кілька методів терапії, а пацієнт відіграє пасивну роль у процесі ведення болю. 2 = більшість звичайного лікування були випробувані, але пацієнт не в повній мірі бере участь у процесі лікування болю, або бар'єри не дозволяють (страхування, транспорт, медичні хвороби). 3 = пацієнт повністю залучений до спектра відповідного лікування, але з неадекватною відповіддю.
	Ризик (R)	Підрахувати суму балів П+ХЗ+Д+СП
	Психологічний (П)	1 = серйозна дисфункція особистості або психічне захворювання, що перешкоджає лікуванню. Приклад: розлад особистості, важкі афективні розлади, значні проблеми особистості. 2 = особистісне або психічне здоров'я заважає помірно. Приклад: депресія чи розлади, пов'язані з тривожністю. 3 = гарний зв'язок з клінікою. Жодних істотних особистісних дисфункцій або психічних захворювань.

Оцінка	Фактор	Пояснення
	Хімічне здоров'я (ХЗ)	1 = активне або зовсім нещодавнє використання заборонених препаратів, зловживання алкоголем або зловживання призначеними препаратами. 2 = хімічні засоби для знеболення (використання ліків, щоб упоратися зі стресом) або історії ХЗ в стадії ремісії. 3 = немає історії ХЗ. Немає зосередженості на наркотиках або хімічній залежності.
	Достовірність (Д)	1 = історія численних проблем: неправильне використання, пропущені візити, рідкий контроль. 2 = окремі труднощі з дотриманням, але в цілому достовірне. 3 = дуже надійний пацієнт щодо прийому ліків, візитів та лікування.
	Соціальна підтримка (СП)	1 = життя в хаосі. Незначна підтримка сім'ї та близьких родичів. Втрата більшості нормальних ролей життя. 2 = зменшення деяких зв'язків і життєвих ролей. 3 = підтримуючі взаємини сім'ї/близьких родичів. Участь у роботі або в школі і відсутність соціальної ізоляції.
	Результат ефективності (Е)	1 = погана функція або мінімальне полегшення болю, незважаючи на дози від помірних до високих. 2 = помірна користь із поліпшенням функції кількома способами (або недостатня інформація — не намагалися використовувати опіоїди ще або дуже низькі дози або занадто короткий термін дослідження). 3 = добре полегшення болю і функції та якості життя зі стабільними дозами протягом довгого часу.

Загальний бал D+i+r+e = ____

Діагностика когнітивного дефіциту

На сучасному етапі розвитку медицини когнітивні порушення при пси- хічних розладах розглядаються не тільки як один із основних проявів за- хворювань, але і як найбільш значущий критерій ефективності проведен- ня терапії та подальшого соціального функціонування хворого.

Протягом довгого часу ефективність терапії психічних розладів оціню- валася в основному за рахунок зменшення основних проявів захворюван- ня: покращення настрою, зменшення тривоги, підвищення психомоторної активності та ін. Вивчення когнітивного дефіциту при психічній патології стало актуальним протягом останніх 20 років, завдяки появі в арсеналі психіатрів нових класів психотропних препаратів, які відрізняються різни- ми спектрами своєї активності та відсутністю виражених побічних ефек- тів. У подальшому було виявлено, що когнітивні симптоми обумовлюють соціальну дезадаптацію хворих на психічні розлади. Відповідно, вивчаю- чи особливості когнітивних порушень при психічних розладах, зменшен- ня цих симптомів під впливом терапії, можна оцінити ефективність наве- деної терапії в цілому та прогнозувати перебіг і виникнення захворювань. Завдяки активному впровадженню в клінічну практику сучасних мето- дів діагностики стало можливим співвідношення феноменологічних про- явів психічних розладів із особливостями нейронального функціонуван- ня, церебральної метаболізму, міжпровідних структурно- функціональних взаємин. Стрімке накопичення

мультидисциплінарних знань про інтегративні механізми роботи мозку та їх порушень при різних видах психічної патології робить очевидним той факт, що основні симптоми психічних розладів можуть бути пов'язані з різними мозковими механізмами. Крім того, використання уявлень про когнітивні дисфункції дозволяє диференціювати ці симптоми в контексті їх взаємозв'язку з дефектами різних ла-

нок психологічних процесів.

Пізнання означає відносно високий рівень обробки конкретної інформації, включаючи мислення, пам'ять, сприйняття, цілеспрямовані рухи, мотивацію та мову. Дослідження когнітивних процесів стало важливим під час вивчення цілого ряду психічних розладів, починаючи від органічних та важких психотичних захворювань, таких як шизофренія, до відносно простих непсихотичних захворювань, таких як афективні та соматоформні розлади. Дослідження нейрокогніцій почали розкривати різні механізми психічних розладів, такі як виявлення біологічних основ, пояснення основної психопатології та проблем, пов'язаних із курсами, результатами та стратегіями лікування.

Інтеграція методів та інтерпретаційних схем дозволяє реалізувати в практиці переваги міждисциплінарного підходу до вивчення когнітивних порушень при психічних розладах, розробці та застосуванні цілеспрямованих, патогенетично обумовлених, ефективних методів діагностики, терапії та профілактики даної хвороби в масштабах популяції.

У методологічному арсеналі сучасної психіатрії, крім традиційних катамнестичних та клініко-описових методів дослідження, з'являються різноманітні психометричні шкали та тести, які дозволяють проводити аналіз клінічних симптомів захворювань.

Коротке дослідження психічного стану — Mini-Mental State Examination (MMSE)

Коротке дослідження психічного стану MMSE є найбільш поширеною методикою скринінга та оцінки тяжкості когнітивних порушень у хворих.

ІНСТРУКЦІЯ

1. Орієнтація в часі. Попросіть хворого повністю назвати сьогоднішнє число, місяць, рік і день тижня. Максимальний бал (5) дається, якщо хворий самостійно і правильно називає число, місяць і рік. Якщо доводиться ставити додаткові питання, ставиться 4 бали. Додаткові питання можуть бути наступними: якщо хворий називає тільки число, запитують «Якого місяця?», «Якого року?», «Який день тижня?». Кожна помилка або відсутність

відповіді знижує оцінку на один бал.

2. Орієнтація на міццевості. Задається питання: «Де ми знаходимося?». Якщо хворий відповідає не повністю, задаються додаткові питання. Хворий повинен назвати країну, область, місто, установу, в якій відбувається обстеження, номер кімнати (або поверх). Кожна помилка або відсутність відповіді знижує оцінку на один бал.

3. Сприйняття. Дається інструкція: «Повторіть і постарайтеся запам'ятати три слова: олівець, будинок, копійка». Слова повинні вимовлятися максимально розбірливо зі швидкістю одне слово в секунду. Правильне повторення слова хворим оцінюється в один бал для кожного зі слів. Слід повторювати слова стільки разів, скільки це необхідно, щоб випробуваний правильно їх повторив. Однак, оцінюється в балах лише перше повторення.

4. Концентрація уваги. Просять послідовно віднімати від 100 по 7. Досить п'яти віднімань (до результату «65»). Кожна помилка знижує оцінку на один бал. Інший варіант: просять вимовити слово «земля» навпаки. Кожна помилка знижує оцінку на один бал. Наприклад, якщо вимовляється «ямлез» замість «ялмез» ставиться 4 бали; якщо «ямлзе» — 3 бали, і т. д.

5. Пам'ять. Хворого просять згадати слова, які заучували в п. 3. Кожне правильно назване слово оцінюється в один бал.

6. Мова. Показують ручку і запитують: «Що це таке?», аналогічно — годинник. Кожна правильна відповідь оцінюється в один бал. Просять хворого повторити складну в граматичному відношенні фразу «Ніяких якщо, і чи але». Правильне повторення оцінюється в один бал.

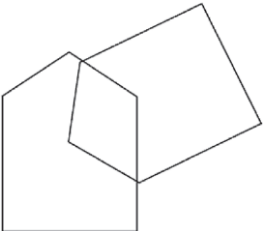
7. Усно дається команда, яка передбачає послідовне здійснення трьох дій: «Візьміть правою рукою аркуш паперу, складіть його вдвічі і покладіть на стіл». Кожна дія оцінюється в один бал.

8-9. Даються три письмові команди; хворого просять прочитати їх і виконати. Команди повинні бути написані досить великими друкованими літерами на чистому аркуші паперу. Правильне виконання другої команди передбачає, що хворий повинен самостійно написати осмислене і граматично закінчене речення. При виконанні третьої команди хворому дається зразок (два пересічних п'ятикутника з рівними кутами), які він повинен перемалювати на нелінійованому папері. Якщо при перемальовуванні є просторові спотворення або несполучені лінії, виконання команди вважається неправильним. За правильне виконання кожної з команд дається один бал.

Коротке дослідження психічного стану

Оцінка когнітивної сфери	Бали
1. Орієнтація в часі: Назвіть дату (число, місяць, рік, день тижня)	0-5

2. Орієнтація на місцевості: Де ми знаходимося? (Країна, область, місто, клініка, кімната/поверх)	0-5
3. Сприйняття: Повторіть три слова: олівець, будинок, копійка	0-3
4. Концентрація уваги: Серійний рахунок («від 100 відняти 7») — п'ять разів Або: Вимовте слово «земля» навпаки	0-5
5. Пам'ять Пригадайте 3 слова (див. П. 3)	0-3
6. Мова Називання (ручка і годинник) Повторіть речення: «Ніяких якщо, і чи але»	0-2
7. Виконання 3-етапної команди: «Візьміть правою рукою аркуш паперу, складіть його вдвічі і покладіть на стіл»	0-3

8. Читання: «Прочитайте і виконайте» а) Закрийте очі б) Напишіть речення	0-3
9. Перемалюйте зображення 	0-3

ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ: 0-
30 ІНТЕРПРЕТАЦІЯ
РЕЗУЛЬТАТІВ

Результат тесту рахується шляхом сумування результатів по кожному з пунктів. Максимально в цьому тесті можна набрати 30 балів, що відповідає найвищим когнітивним здібностям. Чим менше результат тесту, тим більше виражений когнітивний дефіцит.

- ≥ 25 балів — норма
- 21-24 бали — легка деменція
- 10-20 балів — помірна деменція
- ≤ 9 балів — важка деменція

Монреальська шкала когнітивної оцінки
MOCA — Montreal Cognitive
Assessment

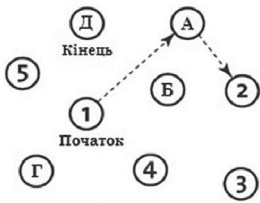
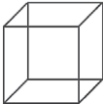
Монреальський когнітивний тест (МОСА-тест) був розроблений як швидкий інструмент для визначення ранніх форм когнітивних порушень. Його чутливість до додементних форм когнітивної дисфункції

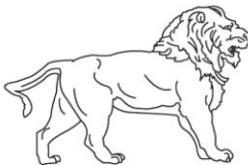
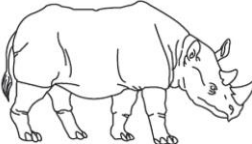
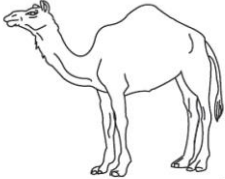
становить 90%, а специфічність методу — 87%. МОСА-тест оцінює різні аспекти когнітивної діяльності: увагу та концентрацію, пам'ять, «лобні функції» (тест з'єднання літер і цифр, швидкість мови, узагальнення та інше), зорово-просторовий праксис (куб, годинник), абстрактне мислення, рахунок і орієнтацію. Час виконання МОСА-тесту приблизно 10 хвилин.

Максимально можливий результат — 30 балів. Результат 26 балів і вище розглядається як норма. При цьому сама система оцінки МОСА-тесту не передбачає градацію по важкості порушень залежно від набраного балу. Нейропсихологічне тестування є найбільш об'єктивним методом діагностики когнітивних порушень, проте він все ж не абсолютно надійний. Доволі часто суб'єктивні когнітивні порушення є проявом емоцій-

них розладів тривожно-депресивного ряду. Тому в пацієнтів із активними скаргами когнітивного характеру при негативному результаті нейропсихологічного тестування необхідне ретельне дослідження емоційного стану. Враховуючи можливість помилкового результату тестування, в сумнівних випадках доцільні повторні нейропсихологічні дослідження, можливо із застосуванням більш широкого кола діагностичних критеріїв. У деяких випадках діагноз можна встановити лише в процесі динамічного спостереження за пацієнтом.

Монреальська шкала когнітивної оцінки (МОСА)

Зорово-просторовий праксис/виконавчі функції	Намалюйте годинник, на якому 10 хвилин на дванадцяті (3 пункти)	Бал
  Перемалюйте куб	[] [] [] Контур Цифри Стрілки	___/5

Назви	  						___/3
Пам'ять Пацієнт повторює прочитані слова. Дається 2 спроби. Повторити питання через 5 хвилин.		обличчя	оксамит	цervка	маргаритка	червоний	Немає балів
	1 спроба						
	2 спроба						

Увага Прочитайте ряд цифр (1 цифра/с) Повторіть у прямому порядку [] 2 1 8 5 4 Повторіть у зворотньому порядку [] 7 4 2							___/2
Прочитайте ряд літер. Пацієнт повинен хлопнути долонею по столу на кожній літері А. Більше 2 помилок — 0 б. [] Ф Б А В М Н А А Ж Л Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б							___/1
Серія віднімань від 100 по 7 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65							___/3
Мова Повторіть: Я не знаю нічого крім того, що Ваня сьогодні чергує. [] Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті []							___/2
Вербальна швидкість За одну хвилину назвіть якомога більше слів на літеру «К» [] _ (N≥11)							___/1
Абстрактне мислення До якої групи відносять предмети, наприклад, яблуко та апельсин — фрукти [] потяг та велосипед [] годинник та лінійка							___/2
Відстрочене відтворення	Без підказки	обличчя []	окаміт []	церква []	маргаритка []	червоний []	бали без підказки /5
Необов'язково для заповнення	Підказка категорії						
	Вибір із запропонованого						
Орієнтування	[] Число [] Місяць [] Рік [] День тижня [] Місце []					___/6	

	I Місто	
Сума балів ____/30 Додайте 1 бал, якщо освіта ≤ 12 років		

ІНСТРУКЦІЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ

Альтернативний взаємозв'язок.

Інструкція: екзаменатор інструктує обстежуваного: «Будь ласка, намалюйте лінію, що йде від цифри до літери у висхідному порядку. Почніть звідси [вказати на одиницю] і намалюйте лінію, що йде від цифри «1» до літери

«А», потім до цифри «2» і так далі. Закінчите тут [вказати на букву «Д»]».

Підрахунок: зараховується один бал, якщо обстежуваний успішно намалював наступний паттерн: 1–А–2–Б–3–В–4–Г–5–Д, без пересічних ліній.

Бал не зараховується, якщо є будь-яка помилка, що не була негайно са-мостійно виправлена.

Зорово-просторовий праксис (куб)

Інструкція: екзаменатор дає наступні інструкції, вказуючи на куб:
«Нижче, у вільному місці, скопіюйте цей малюнок так точно, як можете».

Підрахунок: зараховується один бал за точно виконаний малюнок.

- малюнок повинен бути трьохмірно-просторовий;
- усі лінії повинні бути скопійовані;
- не повинно бути зайвих ліній;
- лінії повинні бути відносно паралельні й однакової довжини (прямокут-ні призми прийнятні).

Бал не зараховується, якщо не виконаний будь-який із перерахованих вище критеріїв.

Зорово-просторовий праксис (годинник)

Інструкція: укажіть на праву верхню третину аркуша і дайте наступ-ні інструкції: «Намалюйте годинник. Поставте на циферблаті усі цифри та вкажіть час 10 хвилин на дванадцяті».

Підрахунок: зараховується один бал за кожний із наступних трьох критеріїв:

- контур (1 бал): циферблат повинен виглядати як коло, припустимі тільки незначні викривлення (наприклад, незначний дефект змикання кола);
- цифри (1 бал): повинні бути присутні усі цифри циферблату, не повинно бути додаткових цифр; цифри повинні розташовуватися в правильному порядку й у відповідних квадрантах на циферблаті; римські цифри при-йнятні; цифри можуть бути розташовані за межами контуру циферблату;
- стрілки (1 бал): повинно бути дві стрілки, що

спільно вказують на ві- рний час; годинна стрілка повинна бути чітко коротшою, ніж хвилинна; стрілки повинні розміщуватися в центрі циферблату та їх з'єднання повинно бути близько до центру годинника.

Бал не зараховується за даний пункт, якщо будь-який із перерахова- них вище критеріїв не дотримано.

Назви.

Інструкція: починаючи зліва, вказуючи на кожний малюнок, запитати:

«Назвіть цю тварину».

Підрахунок: один бал присуджується за кожну правильну відповідь:

(1) верблюд, (2) лев, (3) носоріг.

Пам'ять.

Інструкція: екзаменатор читає список із 5 слів із частотою одне сло- во за секунду, даючи наступні інструкції: «Це тест для перевірки пам'яті. Я прочитаю кілька слів, які Ви повинні запам'ятати. Слухайте уважно. Коли

я прочитаю, повторіть стільки слів, скільки Ви запам'ятали. Не має значення, у якому порядку Ви їх назвете». Позначте у відповідному полі названі обстежуваним слова в цій першій спробі. Коли обстежуваний укаже, що він (вона) закінчив (повторив усі слова), або не може згадати більше слів, прочитайте список другий раз із наступними інструкціями: «Я прочитаю ті ж кілька слів другий раз. Спробуйте їх запам'ятати й назвати мені стільки слів, скільки Ви можете, включаючи слова, які Ви назвали перший раз». Позначте у відповідному полі названі обстежуваним слова після другої спроби. Після закінчення другої спроби проінформуйте обстежуваного про те, що Ви попросите його (її) повторити ці слова знову: «Наприкінці тесту я попрошу Вас повторити ці слова знову».

Підрахунок: у цьому завданні бали не присуджуються ні за першу, ні за другу спробу.

Увага.

Повторення цифр у прямому порядку.

Інструкція: дайте наступні інструкції: «Я збираюся назвати декілька цифр. Після того, як я їх назву, повторіть ці цифри в тому ж порядку». Прочитайте п'ять цифр із частотою одна цифра за секунду.

Повторення цифр у зворотньому порядку.

Інструкція: дайте наступні інструкції: «Тепер я збираюся назвати ще кілька цифр, але ви повинні повторити їх у зворотньому порядку». Прочитайте три цифри із частотою одна цифра на секунду.

Підрахунок: додайте один бал за кожне вірно виконане завдання (NB: вірна відповідь для завдання з повторення цифр у зворотньому порядку 2-4-7).

Пильність.

Інструкція: екзаменатор читає список літер із частотою одна літера на секунду після наступних інструкцій: «Я збираюся прочитати ряд літер. Щоразу, коли я назву літеру «А», вдарте долонею по столу один раз. Якщо я назву іншу літеру, не треба ударяти долонею».

Підрахунок: додається один бал, якщо немає помилок або є тільки одна помилка (помилкою вважається удар долонею при називанні іншої літери або відсутність удару при проголошенні літери «А»).

Послідовна лічба.

Інструкція: екзаменуючий дає наступну інструкцію: «Тепер я попрошу Вас відняти 7 від 100, потім віднімайте 7 від Вашої відповіді й так доти, поки я Вас не зупиню». Дайте цю інструкцію двічі, якщо необхідно.

Підрахунок: за це завдання може бути максимально присуджено три бали. Бал за одну правильну відповідь, два бали — за дві або три правильні відповіді і три бали, якщо обстежуваний дав чотири або п'ять правильних

відповідей. Кожне віднімання оцінюється незалежно; якщо обстежуваний відповів неправильно, але потім правильно відняв 7 від неправильної відповіді, надайте 1 бал за кожну правильну відповідь. Наприклад, обстежуваний може відповісти «92-85-78-71-64», де «92» неправильна відповідь, але всі інші вирахування зроблені правильно. Це одна помилка, й у цьому випадку необхідно надати 3 бали за це завдання.

Повторення фрази.

Інструкція: екзаменуючий дає наступні інструкції: «Я прочитаю Вам речення. Повторіть його з точністю так, як я скажу [пауза]»: «Я не знаю нічого, крім того, що Ваня сьогодні чергує». Після відповіді скажіть: «Тепер я прочитаю Вам інше речення. Повторіть його з точністю, як я скажу [пауза]»: «Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті».

Підрахунок: додайте 1 бал за кожне точно повторене речення. Повторення повинно бути абсолютно точним. Не повинно бути пропусків слів (наприклад: пропуск слів «тільки», «завжди») і заміни/додавання (наприклад: заміни «ховається» замість «ховався», вживання множинного числа і так далі).

Вербальна швидкість.

Інструкція: екзаменуючий дає наступні інструкції: «За одну хвилину назовіть мені стільки слів, скільки зможете, які починаються з певної літери алфавіту, яку я зараз Вам запропоную. Ви можете називати будь-які слова, крім власних імен (наприклад: Євген або Київ), чисел і слів, які мають однаковий корінь, але різні суфікси (наприклад: дружба, дружити, друг). Ви

готові? [пауза]. Тепер назвіть мені стільки слів, скільки можете, які починаються з літери «К» [60 секунд]. Хвилина закінчилась».

Підрахунок: додається один бал, якщо обстежуваний назвав за одну хвилину 11 або більше слів. Позначте у відповідному полі кількість названих слів.

Абстрактне мислення.

Інструкція: екзаменатор просить обстежуваного пояснити, до якої групи відносяться предмети, починаючи з прикладу: «Скажіть, що спільного між яблуком і апельсином?» Якщо обстежуваний не дає конкретну відповідь, скажіть ще (тільки один раз): «Скажіть, що ще спільного між ними?» Якщо обстежуваний не дає правильну відповідь (фрукти), скажіть: «Так, ще вони обидва — фрукти». Не давайте додаткових інструкцій і роз'яснень.

Після цього прикладу скажіть: «Тепер назвіть, що спільного між потягом і велосипедом». Після відповіді дайте наступне завдання: «Тепер скажіть, що спільного між лінійкою й годинником». Не давайте додаткових інструкцій і роз'яснень.

Підрахунок: тільки два останні порівняння оцінюються. Додається 1 бал за кожну правильну відповідь. Наступні відповіді прийнятні: поїзд — велосипед = мається на увазі транспорт, засоби пересування, на обох можна їздити. Лінійка — годинник = вимірювальні інструменти, використовуються для виміру. Наступні відповіді неприйнятні: поїзд — велосипед = обидва мають колеса; лінійка — годинник = на обох намальовані цифри.

Пам'ять (відтерміноване відтворення).

Інструкція: екзаменатор дає наступні інструкції: «Кілька хвилин тому я прочитав Вам декілька слів і попросив їх запам'ятати. Назвіть мені стільки слів, скільки Ви запам'ятали». Позначте правильно названі слова у відповідному полі. Не давайте ніяких підказок.

Підрахунок: додається 1 бал за кожне назване слово без будь-яких підказок. Необов'язково (опційно): після спроби згадати слова без підказок використовуйте семантичні категоріальні підказки, наведені нижче, для кожного неназваного слова. Якщо обстежуваний не зміг згадати слова після категоріальних підказок, зробіть підказку множинного вибору, що складається зі списку слів для вибору, використовуючи наступну інструкцію: «Яке із цих трьох слів, на Ваш погляд, було названо: НІС, ОБЛИЧЧЯ, РУКА?» Зробіть позначку в спеціально відведеному місці, якщо обстежуваний згадав слово за допомогою категоріальної підказки або підказки множинного вибору.

Використовуйте наступні категоріальні підказки й/або підказки множинного вибору:

Слово	Категоріальна підказка	Підказка множинного вибору
ОБЛИЧЧЯ:	частина тіла	ніс, обличчя, рука
ОКСАМИТ:	вид тканини	бавовна, синтетика, оксамит
ЦЕРКВА:	вид будинку	церква, школа, лікарня
МАРГАРИТКА:	квітка	троянда, маргаритка, тюльпан
ЧЕРВОНИЙ:	колір	червоний, синій, зелений

Підрахунок: за відповіді з підказками бали не надаються. Підказки використовуються тільки для одержання клінічної інформації й можуть дати екзаменаторові додаткову інформацію про тип розладу пам'яті. При розладі пам'яті, що характеризується утрудненням відтворення інформації, результат може бути покращений за допомогою підказок. При розладі пам'яті, що характеризується утрудненням запам'ятовування й зберігання інформації, результат не покращується за допомогою підказок.

Орієнтація.

Інструкція: екзаменатор дає наступні інструкції: «Назвіть мені сьогоднішню дату». Якщо обстежуваний не дає повної відповіді, дайте відповідну підказку: «Назвіть рік, місяць, точну дату й день тижня». Після чого скажіть: «Тепер назвіть мені назву місця, де ми зараз перебуваємо, і назву міста».

Підрахунок: додається один бал за кожну правильну відповідь (рік, місяць, дата, день, місце, місто). Обстежуваний повинен назвати точну дату й точне місце, де він перебуває (назва лікарні, відділення). Бал за конкретне питання не нараховується, якщо обстежуваний зробив будь-яку помилку при відповіді на це питання.

Обробка результатів: сума балів за кожне завдання підраховується на правому боці аркуша. Додайте 1 бал, якщо обстежуваний отримав освіту 12 років або менше.

Максимальний результат за цим тестом — 30 балів. Остаточна сума балів 26 і більше розглядається як норма.

Тест малювання годинника

Дана методика дозволяє оцінити пам'ять, організацію діяльності та конструктивний праксис. Однак слід відзначити невелику чутливість даної методики на стадії помірних когнітивних розладів.

Пацієнту дають чистий аркуш паперу та олівець. Лікар каже: «Намалюйте, будь ласка, круглий годинник з цифрами на циферблаті. Стрілки годинника повинні показувати за п'ятнадцять хвилин другу». Пацієнт має самостійно намалювати коло, поставити в потрібні місця всі 12 чисел і намалювати стрілки, що вказують на правильні позиції. У нормі це завдання не викликає ускладнень. Якщо виникають помилки, вони оцінюються кількісно по 10-бальній шкалі:

Результат тесту	Оцінка в балах
------------------------	-----------------------

Норма, намальоване коло, цифри в правильних місцях, стрілки показують заданий час	10 балів
Незначні неточності розташування стрілок	9 балів
Більш помітні помилки в розташуванні стрілок	8 балів
Стрілки показують абсолютно неправильний час	7 балів
Стрілки не виконують свою функцію (наприклад, потрібний час обведено кружком)	6 балів
Неправильне розташування чисел на циферблаті: вони розташовані в зворотньому порядку (проти годинникової стрілки) або відстань між числами неоднакова	5 балів
Втрачена цілісність годинника, частина чисел відсутня або розташована поза колом	4 бали
Числа та циферблат більше не пов'язані один з одним	3 бали
Діяльність хворого показує, що він намагається виконати інструкцію, але безуспішно	2 бали
Хворий не робить спроб виконати інструкцію	1 бал

Результат тесту менше 10 балів свідчить про можливу наявність когнітивних розладів. Якщо пацієнт малює годинник невірно, лікар може запропонувати домалювати стрілки на вже готовому циферблаті з числами. Це допоможе віддиференціювати деменцію лобного типу від деменції альцгеймеровського типу. При деменції лобного типу та деменціях з переважним ураженням підкіркових структур страждає лише самостійне малювання, тому стрілки на готовому циферблаті будуть намальовані вірно. При деменції альцгеймеровського типу порушується як самостійне малювання годинника, так і розташування стрілок на вже готовому циферблаті з числами.

Клінічна рейтингова шкала деменції — Clinical Dementia Rating scale (CDR), Morris, 1993

Клінічна рейтингова шкала деменції — одна з розповсюджених методик, що використовується для оцінки тяжкості деменції. Представляє собою опис стадій когнітивних розладів аж до тяжкої деменції. З її допомогою можна оцінити продуктивність когнітивного функціонування у шести сферах: пам'ять, орієнтування, мислення, взаємодія з оточуючими, поведінка вдома та захоплення, самообслуговування. Кожна сфера оцінюється за п'ятибальною шкалою: 0 — відсутність деменції, 0,5 — сумнівна деменція, 1 — легка деменція, 2 — помірна деменція, 3 — важка деменція. Самообслуговування оцінюється лише за 4-бальною шкалою: 0-1-2-3. Загальна стадія порушень

визначається відповідно до балу, од-накового для трьох сфер.

Сумнівна деменція

Пам'ять: постійна незначна забудькуватість, неповне пригадування минулих подій.

Орієнтування: повністю орієнтований, можуть бути неточності в на-зиванні дати.

Мислення: незначні труднощі при вирішенні завдань, при аналізі поді-бностей і відмінностей.

Взаємодія з оточуючими: незначні

труднощі. **Поведінка вдома та**

захоплення: незначні труднощі.

Самообслуговування: немає порушень.

Легка деменція

Пам'ять: більш значна забудькуватість на поточні події, яка заважає в повсякденному житті.

Орієнтування: в повному обсязі орієнтований у часі, але завжди пра-вильно називає місце; в той же час можуть бути труднощі самостійного

орієнтування в малознайомій місцевості.

Мислення: помірні труднощі при вирішенні завдань, при аналізі подій і відмінностей.

Взаємодія з оточуючими: втрачена незалежність, проте можливе здійснення окремих соціальних функцій. При поверхневому знайомстві порушення можуть бути неочевидні.

Поведінка вдома та захоплення: легкі, але виразні побутові труднощі, втрата інтересу до складних видів активності.

Самообслуговування: потребує нагадувань.

Помірна деменція

Пам'ять: виражена забудькуватість, поточні події не залишаються в пам'яті, збережені лише спогади про найбільш значущі події життя.

Орієнтування: дезорієнтований у часі, в повному обсязі орієнтований на місцевості.

Мислення: виражені труднощі при вирішенні завдань і при аналізі подій і відмінностей, що чинить негативний вплив на повсякденну активність.

Взаємодія з оточуючими: втрачена самостійність поза домом, може вступати в спілкування під контролем інших осіб.

Поведінка вдома та захоплення: крайнє обмеження інтересу, здатність до виконання тільки найбільш простих видів діяльності.

Самообслуговування: потребує допомоги при одяганні, гігієнічних процедурах, природних відправленнях.

Ва

жка деменція Пам'ять:
фрагментарні спогади про

життя.

Орієнтування: орієнтований тільки на власну особистість.

Мислення: рішення інтелектуальних завдань неможливо.

Взаємодія з оточуючими: порушення перешкоджають соціальній взаємодії за межами свого будинку.

Поведінка вдома та захоплення: не здатен до виконання побутових обов'язків.

Самообслуговування: постійно потребує догляду, часто буває нетримання сечі і калу.

Визначення якості життя

Наразі дедалі актуальним стає підхід, що відображає багатоаспектний розгляд психічної патології з залученням не тільки клініко-психопатологічних, а й соціально-середовищних показників, які активно залучаються в якості діагностичних критеріїв. Поняття якості життя істотно ґрунтується на психосоматичному розумінні хвороби. На тому, як людина переживає патологічний процес, що це означає для неї, і як це значення впливає на її поведінку та взаємодію з оточуючим середовищем. Оцінка якості життя стає ще більш актуальною в контексті зростання хронічної соматичної та психічної патології.

Якість життя — це інтегральний показник, який відображає наскільки людина задоволена своїм фізичним, психічним та соціальним станом. Дослідження якості життя допомагає отримати інформацію, необхідну для ширшого розуміння впливу клінічних проявів захворювання на загальний соматичний та психологічний стан хворих, а також дає можливість оцінити ефективність застосованої терапії в динаміці.

Слід зазначити, що якість життя — це суб'єктивний та багатокомпонентний показник, який характеризує сприйняття людиною різних аспектів свого життя, тобто, певною мірою, цей показник відображає емоційний стан людини на момент опитування.

Шкала оцінки рівня якості життя

(©Чабан О.С.)

Інструкція: згадайте, будь ласка, ті події, що відбувались із вами за **останні 30 днів**. Враховуючи їх, наскільки ви були задоволені наступним із нижчепереліченого. Вкажіть ту кількість балів, яка підходить найбільше, від 0 до 10), де:

0 — зовсім не задоволений(-а)

1-3 — більш незадоволений(-а), ніж
задоволений(-а) 4-6 —
посередньо

7-9 — більш задоволений(-а), ніж
незадоволений(-а) 10 —
надзвичайно задоволений(-а)

1. Своїм фізичним станом?



2. Настроєм?



3. Проведенням вільного часу?



4. Любов'ю, сексуальною активністю?



5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)?



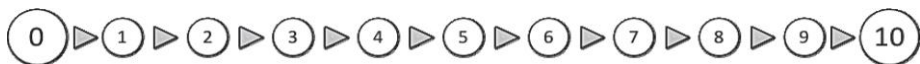
6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)?



7. Фінансовим благополуччям?



8. Умовами проживання?



9. Роботою, навчанням, іншою зайнятістю?



10. Загальний рівень задоволеності життям?



Шкалу заповнює особа, яка проходить обстеження, самостійно. Мінімальна кількість балів — 0, максимальна — 100.

Рівень якості життя:

- Вкрай низький — до 56 балів включно

- Низький — від 57 до 66 включно
- Середній — від 67 до 75 включно
- Високий — від 76 до 82 включно
- Дуже високий — від 83 балів.

Дуже високий — абсолютне та повне задоволення своїм життям (соціальним статусом, положенням, роботою, оточенням, здоров'ям, відчуття гармонії власного життя та оточення, відчуття щастя).

Високий — майже повне задоволення своїм життям, є незначні проблеми, які вирішуються.

Середній — посереднє задоволення своїм життям, є значні проблеми в житті якогось характеру, для вирішення яких потрібно прикласти зусилля, деяка невпевненість у майбутньому.

Низький — незадоволення своїм життям, є значні та такі, що не вирішуються, проблеми життя, немає радості від життя, яке сприймається як важка боротьба з невизначеним майбутнім, скоріше негативним.

Вкрай низький — абсолютне та повне незадоволення своїм життям, відчуття порожнечі, глухого кута, безперспективності та гнітучості життя, власна непотрібність, крах.

Опитувальник неспецифічної якості життя (MOS SF-36)

MOS SF-36 Medical Outcomes Study Short Form. Дана методика використовується для визначення неспецифічної якості життя незалежно від статевих та вікових особливостей, а також від наявності захворювання.

Опитувальник MOS SF-36 був розроблений ще у 80-х роках XX століття у США John E. Ware на

основі масштабного дослідження наслідків захворювань (Medical Outcomes Study). В результаті цього дослідження був сформований 40-факторний опитувальник, який складався із 149 пунктів (149-item Functioning and well-being profile). При дослідженні валідності даного опитувальника було виявлено 8 факторів якості життя, які найчастіше змінювалися під впливом хвороби та лікування. Тож, було висловлено припущення про те, що дані фактори відображають найбільш загальні та неспецифічні параметри якості життя. Питання, які містяться у сучасній версії опитувальника MOS SF-36, відносяться саме до цих факторів.

Опитувальник був валідизований у 1998 р. аналітичним сектором Міжнародного центру дослідження якості життя в м. Санкт-Петербург, де було показано високу погодженість з характеристиками якості даних досліджень, проведених у інших країнах.

Модель, що лежить у конструкції шкал та сумарних вимірювань опитувальника MOS SF-36, має три рівні: 36 питань; 8 шкал та 2 сумарних вимірювання, якими об'єднуються шкали. Опитувальник відображає загальне благополуччя та рівень задоволеності тими сторонами життєдіяльності індивідуума, які спричиняють вплив на стан здоров'я. Визначення рівня якості життя проводилося за такими шкалами:

1. *Фізичне функціонування — Physical Functioning (PF)* — шкала, що оцінює фізичну активність та включає в себе самообслуговування, ходіння, підйом по сходах, піднімання тяжких речей, а також виконання значних фізичних навантажень. Цей показник відображає повсякденні фізичні навантаження і чим він вищий, тим більше фізичне навантаження, на думку досліджуваного, він може виконати. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що активність пацієнта значно обмежена станом здоров'я.
2. *Рольове фізичне функціонування — Role Physical (RP)* — шкала, яка розкриває роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, а саме характеризує ступінь обмеження в роботі та виконанні повсякденних обов'язків тими факторами, що пов'язані зі здоров'ям. Отже, низькі показники за даною шкалою вказують на те, що повсякденна діяльність значно обмежена станом здоров'я.
3. *Шкала болю — Bodily Pain (BP)* — вказує на інтенсивність больового синдрому та його вплив на здатність займатися нормальною діяльністю, включаючи роботу по дому протягом останніх 4-х

тижнів. Низькі показники даної шкали вказують на те, що біль значно перешкоджає фізичній активності хворого.

4. *Загальний стан здоров'я — General Health (GH)* — оцінює стан здоров'я в даний момент, перспективи лікування та наявність опору захворюванню. Так, високі показники свідчать про хороший стан здоров'я опитуваного.
5. *Шкала життєздатності — Vitality (VT)* — показує рівень сил та енергії пацієнта. Низькі бали свідчать про втому та зниження рівня життєвої активності.
6. *Шкала соціального функціонування — Social Functioning (SF)* — розкриває задоволеність рівнем соціальної активності (спілкуванням із сім'єю, друзями, колегами) і відображає ступінь, при якому емоційний або фізичний стан цю активність обмежує.
7. *Рольове емоційне функціонування — Role Emotional (RE)* — показує вплив емоційного стану на виконання роботи або іншої по-

всякденної діяльності, включно зі збільшенням часу на виконання, зменшення об'єму та якості виконуваної роботи.

8. *Психологічне здоров'я — Mental Health (МН)* — характеризує наявність тривоги та депресії, вказує на загальний показник позитивних емоцій. Так, низькі показники даної шкали свідчать про психологічне неблагополуччя: наявність депресивних та тривожних станів.

Максимальним значенням для всіх шкал, при повній відсутності обмежень чи порушень стану здоров'я, є 100 балів. Отже, чим вищий показник по кожній зі шкал, тим краща якість життя за цим параметром.

У подальшому вищезазначені шкали були згруповані у два показники, що склали фізичний та психологічний компонент здоров'я: шкали PF, RP, BP, GH характеризують фізичний компонент здоров'я — Physical Health (PH), VT, SF, RE, MN — складові психологічного компонента — Mental Health (МН).

Шкала якості життя SF-36

1. *У цілому Ви б оцінили свій стан здоров'я як:*

1. Відмінний
2. Дуже добрий
3. Добрий
4. Посередній
5. Поганий

2. *Як би Ви у цілому оцінили своє здоров'я зараз порівняно з тим, що було рік тому:*

1. Значно краще, ніж рік тому

2. Дещо краще, ніж рік тому
 3. Приблизно таке саме, як рік тому
 4. Дещо гірше, ніж рік тому
 5. Набагато гірше, ніж рік тому
3. *Наступні питання стосуються дій, які Вам інколи доводиться виконувати протягом звичайного дня. Чи обмежує Вас стан здоров'я наразі у виконанні перерахованих нижче дій? Якщо так, то якою мірою?*

Дії	Так, зна- чно об- межує	Так, тро- хи об- межує	Ні, зо- всім не обмежує
Тяжкі фізичні навантаження (біг, підняття тяжких речей, заняття силовими видами спорту)			
Помірні фізичні навантаження (переміщення столу, робота з пиłosосом, гра в бадмінтон, збір грибів)			
Підняти та нести сумку з продуктами			
Піднятися пішки по сходах на декілька поверхів			
Піднятися пішки по сходах на 1 поверх			
Пригнутись, нахилитись або встати на коліна			
Пройти відстань більше одного кілометра			
Пройти декілька сотень метрів			
Пройти сто метрів			
Самостійно помитися, вдягнутися			

4. Як часто за останні 4 тижні Ви відчували перераховані нижче труднощі в роботі або іншій звичній активності через причини, пов'язані з фізичним станом?

	Вес ь час	Біль шу части ну часу	Інк о- ли	Рідк о	Жо д- ног о раз у
Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу та інші справи					
Виконали менше, ніж хотіли					
Ви були обмежені у виконанні якого-небудь певного виду роботи або іншої діяльності					

Були труднощі при виконанні роботи або інших справ (наприклад, потребували більше зусиль)					
---	--	--	--	--	--

5. Як часто за останні 4 тижні Ви відчували перераховані нижче труднощі в роботі чи іншому звичному виді активності через емоційний стан (наприклад, депресії або занепокоєння)?

	Вес ь час	Біль шу части - ну часу	Інк о- ли	Рідк о	Жо д- ног о раз у
Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу або інші справи					
Виконали менше, ніж хотіли					
Виконували свою роботу або інші справи менш акуратно, ніж звичайно					

6. *Наскільки Ваш фізичний та емоційний стан протягом останніх 4-х тижнів заважав Вашому звичайному спілкуванню з сім'єю, друзями, сусідами або в колективі?*
1. Зовсім не заважав.
 2. Трохи.
 3. Помірно.
 4. Сильно.
 5. Дуже сильно.
7. *Наскільки сильний фізичний біль Ви відчували протягом останніх 4-х тижнів?*
1. Зовсім не відчував.
 2. Тільки дуже слабкий.
 3. Слабкий.
 4. Помірний.
 5. Сильний.
 6. Дуже сильний.
8. *Якою мірою біль протягом останніх 4-х тижнів заважав Вам займатись Вашою звичною роботою?*
1. Зовсім не заважав.
 2. Трохи.
 3. Помірно.
 4. Сильно.
 5. Дуже сильно.
9. *Наступні питання стосуються того, як Ви себе почували та яким був Ваш настрій протягом останніх 4 тижнів. Будь-ласка, на кожне питання дайте одну відповідь, яка найбільш відповідає Вашим відчуттям. Як часто протягом останніх 4-х тижнів:*

	Вес ь час	Біль шу части - ну часу	Інк о- ли	Рідк о	Жо д- ног о раз у
Ви відчували себе бадьорим					
Сильно нервували					
Відчували себе таким(-ою) засмученим(-ою), що ніщо не могло Вас збадьорити					
Відчували себе спокійним(-ою) та упокореним(-ою)					
Відчували себе повним(-ою) сил та енергії					
Відчували занепад духу або депресію					
Відчували себе змученим(-ою)					

	Весь час	Більшу частину часу	Інколи	Рідко	Жодного разу
Відчували себе щасливим(-ою)					
Відчували себе втомленим(-ою)					

10. Як часто за останні 4 тижні Ваш фізичний або емоційний стан заважав Вам активно спілкуватись з людьми (навідувати друзів, родичів тощо)?

1. Весь час.
2. Більшу частину часу.
3. Інколи.
4. Рідко.
5. Жодного разу.

11. Наскільки вірно або невірно відносно Вас кожне з перерахованих нижче тверджень?

	Безперечно вірно	В основному вірно	Не знаю	В основному невірно	Безперечно невірно
Мені здається, що я більш схильний до хвороб ніж інші					
Моє здоров'я не гірше ніж у моїх знайомих					
Я очікую, що моє здоров'я погіршиться					
У мене відмінне здоров'я					

Оцінка результатів тестування:

0-20% — низький

показник якості життя; 21-40% — знижений показник якості життя; 41-60% — середній показник якості життя;
61-80% — підвищений показник якості життя; 81-100% — високий показник якості життя.

Загальне клінічне враження

CGI-S — загальне клінічне враження — шкала тяжкості. Загальна оцінка лікарем, наскільки пацієнт хворий у певний час: Шкала має наступний діапазон оцінок:

- 1 — норма, не хворий (відсутність симптомів, відсутність хвороби);
- 2 — межовий стан (мінімальні симптоми, збереження спроможності до ефективної діяльності);
- 3 — легкий ступінь захворювання (незначна вираженість симптомів, суб'єктивне нездужання, незначне порушення або збереження функцій);
- 4 — середня тяжкість захворювання (деякі симптоми виражені, помірно порушення функцій);
- 5 — виражене захворювання (явні симптоми, дуже значні функціональні порушення);
- 6 — тяжке захворювання (дуже помітні симптоми, неспроможність виконувати функції в більшості сфер діяльності);
- 7 — відноситься до пацієнтів із найтяжчим ступенем захворювання (вкрай виражені симптоми, повна непрацездатність, необхідність стороннього догляду).

CGI-I — Загальне клінічне враження — Шкала покращення.

Загальна оцінка лікарем, наскільки стан пацієнта змінився порівняно з початковим станом (початок спостереження/лікування)

- 1 — Більшою мірою покращилося

- 2 — Значно покращилося
- 3 — Незначно покращилося
- 4 — Без змін
- 5 — Мінімально погіршилося
- 6 — Значно погіршилося
- 7 — Більшою мірою погіршилося

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ — Всесвітня організація
охорони здоров'я

ССЗ — серцево-судинні
захворювання

МКХ-10— Міжнародна класифікація хвороб десятого
перегляду

DSM-5 — Американське діагностичне та статистичне
керівництво психіч- них розладів п'ятого перегляду

НПР — непсихотичні
психічні розлади ХБС
— хронічний больовий

синдом PHQ —
опитувальник стану
здоров'я

4DSQ — чотиривимірна
симптом-анкета

SSS-8 — шкала
соматичних симптомів

HAMD — шкала
депресії Гамільтона

MADRS — шкала депресії Монтгомері-Асберг

C-SSRS — Колумбійська шкала серйозності

суїцидальних намірів HADS — госпітальна
шкала тривоги і депресії

HAMA — шкала тривоги Гамільтона

PSQI — Пітсбургський

опитувальник якості сну ESS

— шкала сонливості Епворта

WHYMPI — багатофакторний

опитувальник болю

VAS — візуально-аналогова шкала
болю

MMSE — коротке дослідження

психичного стану МОСА —

Монреальська шкала когнітивної
оцінки

MOS SF-36 — опитувальник

неспецифічної якості життя

CGI-S — загальне клінічне враження —
шкала тяжкості

CGI-I — загальне клінічне враження —
шкала покращення

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

ОСНОВНА

1. Психодіагностика в клінічній психології: навч. посіб. / Уклад. Співак Л. М., Османова А. М. Київ: Університет «Україна», 2023. 146 с.

2. Мельник А. П. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики: навч.-метод. посіб. / уклад. Антоній Петрович Мельник, Людмила Іванівна Магдисюк, Тамара Іванівна Дучимінська. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 152 с.

3. Мушкевич М. І. Клінічна психодіагностика: Методичні рекомендації для студентів ф-ту психол. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2006. 170 с.

4. П'ясецька Н. А. Основи патопсихології: навчально-методичний посібник / укл. Н. А. П'ясецька. Умань: АЛМІ, 2015. 232 с.

ДОДАТКОВА

1. Галян І. М. Психодіагностика: навч. посіб. / І. М. Галян. 2-ге вид., стереотип. Київ: Академвидав, 2011. 464 с. (Серія «Альма-матер»).

2. Зейгарник Б. В. Патопсихологія: навч. посібн. [для студ. виш] Київ: Главник, 2010. 364 с.

3. Ільїна Н. М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020. 163 с.

4. Комінко С. Б., Кучер Г. В. Кращі методи психодіагностики.: Навч. посібник. / С. Б. Комінко, Г. В. Кучер. Тернопіль: Карт-бланш, 2005. 406 с.

5. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика. Навчальний посібник для лікарів-психіатрів, сімейних лікарів та медичних психологів // За ред. професора Л. М. Юр'євої. – К.: Видавництво ТОВ «Галерея Принт», 2017. – 174с.

6. Мартинюк І. А. Патопсихологія К.: Центр учбової літ-ри, 2008. 208 с.

7. Матейко Н. М. Клінічна психологія. Словник-довідник. – Івано-Франківськ: Симфонія-форте, 2015. – 125 с.

8. Матейко Н. М. Основи психодіагностики: інструктивно-методичні матеріали до самостійної роботи. Івано-Франківськ: Симфонія форте, 2013. 80 с.

9. Нові клінічні протоколи: Психіатрія. Київ. Професійні видання, 2020. – 265 с.

10. Османова А. М., Хоруженко Г. В. Клінічна психологія: навч. посіб. / А. М. Османова, Г. В. Хоруженко. К.: Університет «Україна», 2023. – 183 с.

11. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці. М. Марута, Г. Кожина. Київ: Медицина, 2019. – 344 с.

12. Савенкова І. І. Клінічна психологія: [навчальний посібник] / Ірина Іванівна Савенкова. – Херсон: ООО «Айлант», 2018. – 302 с.

13. Федосова Л. О. Клінічна психологія: навч. посіб./ Л. О. Федосова. Київ ДП «Вид.дім «Персонал», 2013. 248 с.

14. Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О. С. Чабан, О. О. Хаустова. – К., 2000.

15. Шапар Б. В. Сучасний тлумачний психологічний словник / Б. В. Шапар. – Х. : Прапор, 2007. – 640 с.

16. Шкарлатюк К. І. Патопсихологія: навч. посіб. / Катерина Шкарлатюк. – Луцьк : Вежа-Друк, 2022. – 155 с.

13. Електронні інформаційні ресурси:

1. Методичний поради́ник для психодіагностичної практики за освітньо-професійною програмою «Клінічна психологія» здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти денної та заочної форми навчання. Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки. Спеціальність 053 Психологія. Ужгород, 2024. 20 с.

<https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/62613>

2. Наукова бібліотека

<https://www.uzhnu.edu.ua/uk/cat/university-it/dspace>

3. Освіта.уа. <http://osvita.ua/school/psychology/>

4. Онлайн електронні книги українською мовою
<https://worldinbooks.com.ua/psykholohiia/psykhoterapiia/>

5. Онлайн психологічні книги українською мовою
<https://knigogo.com.ua/zhanri/knigi-po-psixologii/psyhoanaliz-psyhoterapiya/>

6. Сайт е-навчання <https://elearn.uzhnu.edu.ua/>

7. Сайт Stud.com.ua
https://stud.com.ua/37582/psihologiya/psihodiagnostika#goog_rewarded

8. Сайт «Простір психологів»:

<https://psychology.space/psypedia-post/psychologichnoyikorekcziyi/>