

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/351086530>

Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник

Book · January 2019

CITATIONS

0

READS

7,874

5 authors, including:



O.s. Chaban

Bogomolets National Medical University

41 PUBLICATIONS 216 CITATIONS

SEE PROFILE



O. Khaustova

Bogomolets National Medical University

65 PUBLICATIONS 180 CITATIONS

SEE PROFILE



Dmytro Assonov

Bogomolets National Medical University

50 PUBLICATIONS 57 CITATIONS

SEE PROFILE

**О.С. Чабан, О.О. Хаустова, А.Е. Асанова,
Л.Є. Трачук, Д.О. Асонов**

ПРАКТИЧНА ПСИХОСОМАТИКА: діагностичні шкали

2-ге видання, виправлене і доповнене



**Видавничий дім Медкнига
Київ**

Рекомендовано до друку Вченою радою медико-психологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (протокол № 7 від 14 березня 2019 р.).

Рецензенти:

Пшук Наталія Григорівна, д.мед.н., професор, завідувач кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Пріб Гліб Анатолійович, д.мед.н., професор, завідувач кафедри психології та соціальної роботи Інституту підготовки кадрів державної служби зайнятості України

У другій, оновленій та доповненій, редакції навчального посібника з позиції психосоматичної медицини представлено діагностичні підходи до курації пацієнтів загальносоматичної практики в умовах сучасного агресивного соціуму. Проаналізовано проблеми гіподіагностики психічних розладів у пацієнтів соматичної практики, особливо за наявності одного або декількох хронічних неінфекційних захворювань. Наведено та пояснено наявність психосоматичних розладів у класифікаціях МКХ-10 і DSM 5. Описані методи обстеження психосоматичного пацієнта, що дозволяють визначити його схильність до розвитку психосоматичного розладу, верифікувати наявність та ступінь виразності тривоги, депресії, суїцидальних тенденцій, безсоння, болю, когнітивного дефіциту тощо. Представлено методи визначення якості життя психосоматичних пацієнтів, у тому числі методи, розроблені авторами посібника. Наведені матеріали дозволяють провести всебічний аналіз основних психопатологічних феноменів задля обґрунтованої подальшої розробки стратегії й тактики комплексної терапії.

П 69 Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. — 2-ге видання, виправлене і доповнене. — К.: Видавничий дім Медкнига, 2019. — 112 с.

ISBN 978-966-1597-65-4

ЗМІСТ

Психосоматичний підхід до курації пацієнтів як відповідь на цивілізаційний дрейф	5
Проблеми гіподіагностики психічних розладів у пацієнтів первинної медичної мережі	8
Алгоритм діагностики психологічних і психічних розладів	12
Психосоматичні розлади в МКХ-10	13
Психосоматичні розлади в DSM-5	14
Діагностичні методики	16
Скринінгові анкети	16
Анкета вивчення факторів, які призвели до проблем здоров'я	16
Соціальна ситуація у зв'язку з проблемою здоров'я	17
Модальний аналіз існуючих проблем пацієнта із психосоматичними проблемами	18
Моменти життєвої історії, які підлягають додатковому аналізу	19
Анкета для виявлення психосоматичних розладів у дорослих	20
Шкала самооцінки депресії в дорослих	21
Шкала самооцінки тривоги в дорослих	22
Діагностика соматизації психічних порушень	23
Самоопитувальник стану здоров'я пацієнта PHQ	23
Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ)	29
Шкала соматичних симптомів (SSS-8)	31
Діагностика депресії	33
Шкала депресії А. Бека	34
Шкала депресії Гамільтона (HAM-D)	37
Шкала депресії Монтгомері-Асберг (MADRS)	42
Колумбійська шкала тяжкості суїцидальних намірів (C-SSRS)	45

Діагностика тривоги	54
Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)	55
Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)	58
Шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна...	61
Діагностика безсоння	64
Пітсбурзький опитувальник якості сну (PSQI)	65
Шкала сонливості за Епверта (ESS)	69
Анкета скринінгу апное уві сні.....	70
Діагностика болю	71
Візуально-аналогова шкала болю (VAS).....	72
Больовий опитувальник Мак-Гілла.....	73
Багатофакторний опитувальник болю (WHYMPI)	74
Шкала катастрофізації хронічного болю	78
Шкала SPAASMS	79
Оцінка DIRE	80
Діагностика когнітивного дефіциту	83
Коротке дослідження психічного стану (MMSE)	84
Монреальська шкала когнітивної оцінки (MOCA).....	86
Тест малювання годинника	93
Клінічна рейтингова шкала деменції.....	94
Визначення якості життя	96
Шкала оцінки рівня якості життя.....	96
Опитувальник неспецифічної якості життя (MOS SF-36)	98
Загальне клінічне враження	104
CGI-S — Загальне клінічне враження — Шкала тяжкості	104
CGI-I — Загальне клінічне враження — Шкала покращання	104
Перелік умовних скорочень	105
Рекомендована література	106

ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПІДХІД ДО КУРАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ЯК ВІДПОВІДЬ НА ЦИВІЛІЗАЦІЙНИЙ ДРЕЙФ

Поява концепції біопсихосоціального здоров'я підкреслює, що здоров'я людської цивілізації невід'ємно пов'язане з природними та соціальними факторами. І стан здоров'я людини є тим індикатором, який дуже чітко відображає цивілізаційні зміни.

Ми не можемо не звернути увагу на те, що за останні десятиліття завдяки науково-технічному прогресу ці зміни стають дуже швидкими. Крім того вони роблять соціум більш агресивним по відношенню до людини.

Соціальні взаємодії часто є головним джерелом серйозних конфліктів та стресу для людини, негативно впливають на фізичне та психічне здоров'я. В багатьох людей реакції на соціальний стрес перестали бути здоровими. Стрес, тривога, депресія стали домінуючими у психічному стані людини. Як результат, головний мозок з його тонкими нейрональними та нейроендокринними системами не встигає адаптуватися до швидких та несприятливих життєвих ситуацій, і ми бачимо дезадаптацію у вигляді збільшення психічних та психосоматичних розладів.

Науковці стверджують, що успіх в покращенні особистісного та цивілізаційного здоров'я потребує більш складних підходів до курації хворих. Таким сучасним вимогам може відповідати психосоматичний підхід. Він включає психотерапевтичні, психофармакологічні та превентивні стратегії, які є дуже важливими у контексті первинної медичної допомоги. Крім того, психосоматичний підхід пояснює:

- 1) взаємодію між біологічними та психологічними факторами та їх вплив на розвиток і перебіг захворювань;
- 2) вплив негативних стесових факторів на нейроендокринну регуляцію соматичних процесів;
- 3) індивідуальний вплив психосоціальних чинників на розвиток захворювань;
- 4) спосіб, в який хронічний стрес викликає гіперфізіологічні реакції імунної, серцево-судинної, дихальної, травної систем, включаючи мозок з його емоційними, поведінковими і когнітивними реакціями;
- 5) необхідність надання психологічної допомоги для профілактики, лікування та реабілітації хворих на соматичні захворювання.

Таким чином, психосоматичний підхід висвітлює способи, в які стрес та соціально-економічні проблеми, взаємодіючи зі стилем життя та поведінкою, можуть впливати безпосередньо на здоров'я людини.

Відповідно до визначення ВООЗ, здоров'я — це не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів, але й стан повного соціального і духовного благополуччя. Отже, це такий стан організму людини, коли функції всіх її органів і систем адаптивно урівноважені з зовнішнім середовищем, причому відсутні будь-які хворобливі зміни. Згідно з біопсихосоціальною парадигмою, яка наразі панує в медицині, соматична ознака здоров'я передбачає досконалість саморегуляції, гармонію фізіологічних процесів, максимальну адаптацію до оточуючого середовища. У свою чергу, особистісна ознака здоров'я визначається стратегією життя людини, ступенем її панування над обставинами життя. І, нарешті, соціальна ознака здоров'я вбирає в себе міру працездатності людини, її соціальної активності, діяльне відношення людини до світу.

У світовій медицині в теперішній час зміцнення психічного здоров'я є основоположним фактором підтримки і поліпшення якості життя, благополуччя і продуктивності людини в її особистому, сімейному, робочому та соціальному житті, таким чином, збільшуючи соціальний капітал суспільства в цілому.

Серед критеріїв психічного здоров'я (ВООЗ) важливо виділити наступні:

1. Усвідомлення і почуття постійності свого «Я».
2. Почуття сталості переживань в однотипних ситуаціях.
3. Критичність до себе і до результатів своєї діяльності.
4. **Відповідність психічних реакцій силі та частоті середовищних впливів.**
5. Здатність управління своєю поведінкою відповідно до загальноприйнятих норм.
6. Здатність планувати свою діяльність.
7. Здатність змінювати поведінку залежно від ситуації.

Всесвітня асамблея ВООЗ ще в 2012-му році визначила Глобальний комплексний план дій в галузі психічного здоров'я (WHA 65.4), який ґрунтувався на твердженні **«немає здоров'я без психічного здоров'я».**

Таким чином, психічне здоров'я — це стан благополуччя, в якому особистість реалізує свої здібності, може справлятися з нормальним для життя рівнем стресу, продуктивно працювати і робити внесок в життя свого оточення. Психічні розлади включають цілий ряд проблем із різними симптомами. Однак, загальною характеристикою для всіх них є та чи

інша комбінація нестандартного мислення, емоцій, поведінки та ставлення до інших людей. Прикладами психічних розладів є депресія, тривога, розлади поведінки, біполярні розлади та шизофренія. Більшість із цих розладів піддається лікуванню.

У людей, які страждають на психічні розлади, спостерігається значне зниження життєздатності та непропорційне збільшення смертності. Наприклад, люди з тяжкою депресією і шизофренією вмирають передчасно на 40-60% частіше ніж населення в цілому, що відбувається через проблеми з їх фізичним здоров'ям, що часто залишаються без уваги (такі як рак, серцево-судинні захворювання, діабет і ВІЛ-інфекція), а також через суїцид.

Непсихотичні психічні розлади (за МКХ — 10: F 06.32, F 06.33, F 06.4, F 06.6, F 32.0 — F 32.2, F 33.0 — F 33.2, F 34, F 41, F 43, F 45, F 48) є однією з головних проблем охорони здоров'я суспільства і в Європейському регіоні з точки зору тяжкості захворювання або інвалідності. Є оцінка, що більше третини населення щорічно піддається психічним розладам, найпоширенішими з яких є депресія і тривога. Депресивний розлад у жінок зустрічається в два рази частіше, ніж у чоловіків. Старіюче населення призводить до зростання статистики частоти когнітивних розладів, як правило у 5% людей старше 65 років і 20% відсотків у тих, кому за 80 років. У всіх країнах більшість психічних розладів зустрічається серед найбільш знедолених груп населення.

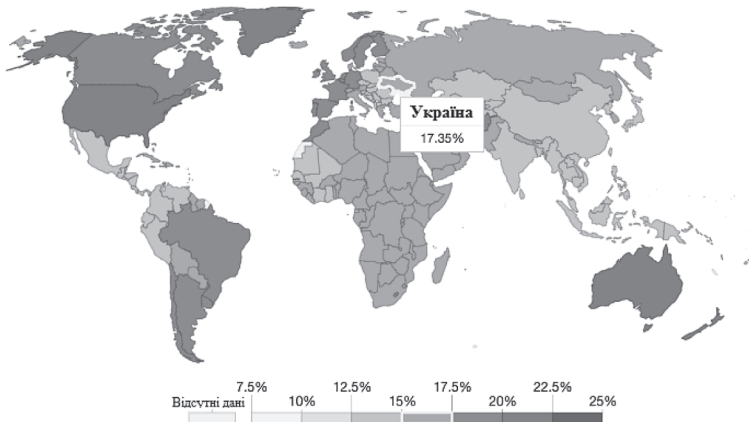
Аналіз психічного здоров'я населення України за період 2009-2013 рр. виявив наступні тенденції: захворюваність на розлади психіки та поведінки зменшилася на 11,9% за 5-річний період (з 605,0 на 100 тис. населення у 2009 до 532,8 у 2013 році), що може бути зумовлено гіподіагностикою психічних розладів, особливостями в організації надання психіатричної допомоги, відсутністю статистичного обліку пацієнтів, які обслуговуються у психіатрів недержавних закладів, відношенням населення до стану психічного здоров'я, культурою та традиціями щодо ставлення до осіб з вадами психіки.

ПРОБЛЕМИ ГІПОДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ МЕРЕЖІ

У структурі показників захворюваності серед усіх розладів психіки та поведінки постійно переважають розлади психіки непсихотичного характеру. У 2016 році 15,5% населення світу мало той чи інший розлад психіки чи поведінки (1,1 мільярд осіб). В Україні розповсюдженість психічних розладів склала 17,35% (рис. 1). Лікарі загальної практики-сімейної медицини виявляють психічні розлади у 36,9% — 60,1% пацієнтів, у той час як при психіатричному огляді психічні розлади виявляються у 53,2% — 89,2% пацієнтів. Серед осіб із невиявленими лікарями первинної мережі психічними розладами переважали хворі з більш високим соціальним статусом, високим рівнем освіти та менш вираженими симптомами тривоги та депресії.

Частка населення з розладами психічного здоров'я або вживання наркотичних речовин; включно з депресивними, тривожними, біполярним розладами, розладами вживання алкоголю або наркотиків і шизофренією. Через розповсюдженість гіподіагностики при даних розрахунках було використано різні джерела, включаючи медичні та національні дані, епідеміологічні дані, дані опитувань та метарегресійні моделі.

Our World
in Data



Source: IHME, Global Burden of Disease

CC BY-SA

Рис. 1. Частка населення з розладами психічного здоров'я або вживання наркотичних речовин

До основних причин низької діагностики у даної категорії хворих варто віднести схильність до психологізації в поясненні виникнення порушень непсихотичного рівня, мала інформованість населення та лікарів загальної практики щодо психічних розладів, побоювання пацієнтів психіатричних стигм, переважання зацікавленості у соматичному здоров'ї з витісненням значення психічного благополуччя, зниження соціальної активності та приписування психічним порушенням статусу «проявів старіння».

Нові соціальні техніки та технології ґрунтуються на суттєво іншому принципі суспільного розвитку, що передбачає радикальний поворот суспільства до особистості, захисту її життєвих (психічний та фізичних) сил. Якщо раніше в центрі уваги були інтереси суспільства, тобто особистість виявлялася підім'ятою суспільством і мусила підпорядковувати свої інтереси суспільній необхідності, а суспільство, у свою чергу, «обслуговувало» державу, то зараз подальший прогрес суспільства залежить від того, наскільки успішним буде «перевертання піраміди», встановлення зворотного співвідношення — не суспільство й особистість для держави, яка привласнила необмежену владу над особистістю, а держава для суспільства і суспільство для особистості, для кожного окремого індивідуума. Майбутнє за тим суспільством, яке зможе надати всім особистостям, що його складають, соціально рівні стартові умови, різноманіття життєвих виборів, оптимальні умови самореалізації у різних ролях і функціях. Кожен член суспільства має самостійно обирати свої ролі та функції, знаходити себе у них. Суспільство лише створює можливості вільного здійснення таких виборів і допомагає кожній людині гідно пройти власний життєвий шлях.

Первинна медична допомога залишається першою точкою контакту з приводу проблем із психічним здоров'ям для переважної більшості людей. Майже 60% осіб, що звертаються в систему первинної ланки медичної допомоги, страждають від проблем із психічним здоров'ям, часто є не діагностованими. Звернення в систему первинної ланки медичної допомоги не є стигматизацією, легкодоступне, і короткі втручання можуть бути ефективними, особливо для людей з такими поширеними проблемами психічного здоров'я, як тривога і депресія.

Своєчасне виявлення і лікування психічних та психосоматичних розладів на сучасному етапі реформування медичної галузі стало завданням не тільки спеціалізованої психіатричної служби, а й первинної ланки медичної допомоги силами лікарів сімейної практики. Такий інтегральний підхід лежить в основі психосоматичної медицини, яка повинна знайти зв'язок між психологічними показниками переживань та поведінки і соматичними процесами, а отриману картину використати в терапевтичних

цілях. Психосоматика також вирішує питання прогнозу, які визначаються при лікуванні різними методами. Заглиблюючись в загальну медицину, психосоматика вимушена постійно розширювати свої межі, що неминуче призводить до пошуків нових шляхів дослідження. Спочатку значну роль відігравали клінічні спостереження, а потім психоаналіз створив новий напрям. Зараз до цього приєднуються емпіричні дослідження різних спеціалістів, перш за все в області психології та медицини, а також в області психології розвитку, психобіології. Сьогодні важливо те, що допускається плюралізм рівнів досвіду і що науково-дослідницькі підходи конкурують між собою, але в той же час залишаються відкритими один для одного.

Психічні розлади у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями зустрічаються часто. Наприклад, за даними найбільшого епідеміологічного дослідження ВООЗ у 60 країнах світу депресія у 9,3-23% пацієнтів за наявності хронічних соматичних захворювань виявлена, що достовірно вище, ніж за відсутності останніх. При цьому депресія більшою мірою погіршувала стан здоров'я ніж власне соматична патологія. Поєднання депресії та соматичного захворювання підвищувало ризик непрацездатності в 2,5-3 рази порівняно з кожним станом окремо (рис. 2).

Актуальність діагностики непсихотичних (соматичних) психічних розладів насамперед у пацієнтів з серцево-судинними хворобами, на етапі первинної медичної допомоги обумовлена значною поширеністю, соціальною значущістю та їх впливом на лікування й прогноз коморбідної патології. Все більшого поширення отримують порушення здоров'я,

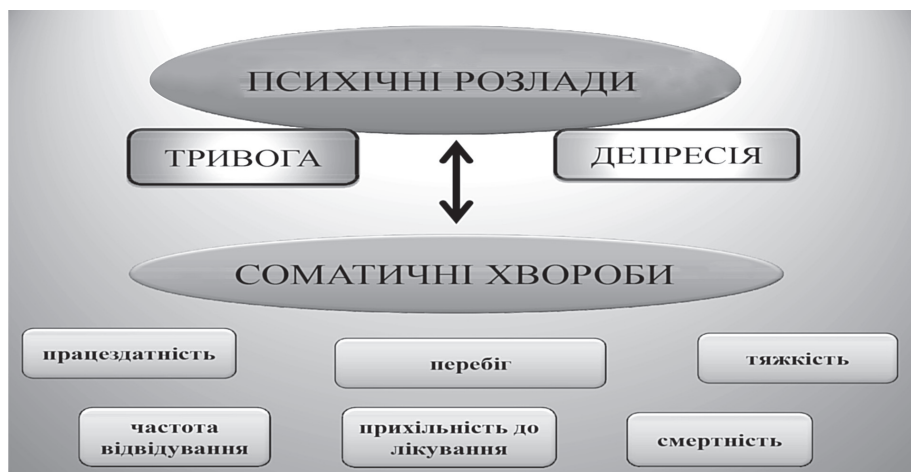


Рис. 2. Зв'язок психічних розладів і соматичних захворювань

пов'язані з впливом гострого та хронічного стресу. За даними ВООЗ, депресія посідає четверте місце серед усієї патології, а за прогнозами у 2020-му році — друге в структурі головних причин інвалідності та смертності, поступаючись лише ішемічній хворобі серця. Саме тому, як для сьогодення, так і за прогнозом на найближчі 10 років, хвороби системи кровообігу та порушення психічного здоров'я є основними причинами втрати працездатності й смертності.

Причому в кардіологічній практиці пацієнти з соматизованими непсихотичними психічними порушеннями (24-64% хворих) зазвичай мають часті загострення і нетиповий перебіг основного ССЗ, що вимагає госпіталізації та періодичної корекції медикаментозного лікування через неефективність. Крім соматичної патології в фокусі уваги клініциста можуть бути психогенні конверсійні порушення, масковані депресії, психовегетативні прояви неврозів, тривожні розлади та інші зміни, які обтяжують перебіг основного (соматичного) захворювання.

Психічні порушення під маскою симптомів соматичних на рівні первинної ланки рідко діагностуються та, як наслідок — адекватно не лікуються. Гіподіагностика обумовлена ще й тим, що тривожні та депресивні симптоми розуміються пацієнтом, та нерідко і лікарем, як соматичні. Організація спеціалізованої системи допомоги в закладах первинної медичної ланки є найбільш перспективним для раннього виявлення непсихотичних психічних порушень у соматичних пацієнтів. Клініко-психопатологічне та анамнестичне дослідження особливостей психічного статусу хворих різноманітними захворюваннями дозволяє констатувати:

- 1) клінічну неоднорідність непсихотичних порушень психічної сфери, які відмічаються у соматичних хворих;
- 2) залежність їх від преморбідної акцентуації особистості хворих, давності та важкості соматичного захворювання, особливостей психотравмуючих факторів, співвідношення часу появи невротичних і соматичних порушень;
- 3) необхідність диференційованого підходу при побудові системи психотерапії соматичних хворих.

Оцінка психічного стану пацієнта і діагноз часто залежать від того, які зміни лікар визначив. Для об'єктивізації та стандартизації оцінки психічного статусу використовуються різноманітні шкали, тести та опитувальники. Застосування поширених міжнародних шкал, опитувальників дозволяє оптимізувати діагностику, лікувальну тактику та оцінку динаміки психічного стану пацієнта за допомогою сучасних інструментальних і лабораторних методів обстеження.

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГІЧНИХ І ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Встановлення діагнозу психічного розладу відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» є виключно компетенцією лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів (рубрики F0-9 за МКХ-10).

Лікарі всіх інших спеціальностей мають наступні компетенції щодо психічних розладів:

- запідозрити наявність психічного розладу;
- встановити синдромальний діагноз;
- встановити діагноз психологічного розладу;
- направити на консультацію до лікаря-психіатра;
- проводити терапію, реабілітацію тяжких розладів разом із лікарем-психіатром;
- проводити терапію легких/помірних розладів самостійно в межах клінічних настанов і уніфікованих протоколів.

Лікарі-психологи, насамперед, використовують рубрики R45 і R46 за МКХ-10. Ці рубрики ми рекомендуємо до використання й іншим лікарям непсихіатричного профілю.

R45 Симптоми та ознаки, що відносяться до емоційного стану

R45.0 Нервозність

R45.1 Стурбованість та збудження

R45.2 Почуття нещастя

R45.3 Деморалізований стан та апатія

R45.4 Роздратованість та гнів

R45.5 Ворожість

R45.6 Фізичне насильство

R45.7 Стан емоційного шоку та стресу, неуточнений

R45.8 Інші симптоми та ознаки, що відносяться до емоційного стану

R46 Симптоми та ознаки, що відносяться до зовнішнього вигляду та поведінки

R46.0 Дуже низький рівень особистої гігієни

R46.1 Анормальний зовнішній вигляд

R46.2 Дивна та незрозуміла поведінка

R46.3 Зверхактивність

R46.4 Сповільненість та знижене сприйняття

R46.5 Підозрілість та помітна ухильність

R46.6 Надмірне занепокоєння та неухильність зі стресовими наслідками

R46.7 Багатослівність та дріб'язкова деталізація, що ускладнюють контакт

R46.8 Інші симптоми та ознаки, що відносяться до зовнішнього вигляду та поведінки

I етап діагностики — за умови отримання інформованої згоди пацієнта проводиться скринінгове тестування за допомогою самоопитувальника «Анкета для виявлення психосоматичних розладів» (варіант для дорослих) (Чабан О.С. і Хаустова О.О.), або, за наявності показань, скринінг феноменів тривоги, депресії тощо.

II етап — у разі отримання позитивного результату на I етапі доцільне подальше обстеження з використанням індивідуалізованої діагностичної програми, створеної з декількох методик, наприклад: опитувальника стану здоров'я PHQ; госпітальної шкали тривоги і депресії HADS; шкали сну; Монреальської шкали когнітивної оцінки (MOCA), шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С., 2009) та інших.

Оцінка певного психопатологічного феномену за діагностичною шкалою не є тотожною діагнозу психічного позладу, але дозволяє визначити ступінь порушення і обґрунтувати обсяг терапії.

Психосоматичні розлади в МКХ-10

У міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) термін «психосоматичні хвороби» не використовується з огляду на його значення в різних мовах та різні медичні традиції, а також для того, щоб не виникало думки, нібито при інших захворюваннях психологічні фактори не мають значення в їх виникненні та перебігу.

Розлади, що були визначені як психосоматичні в інших класифікаціях, у МКХ-10 знаходяться в рубриках:

F45 Соматоформні розлади: **F45.0** — Соматизований розлад, **F45.2** — Іпохондричний розлад, **F45.3** — Соматоформна вегетативна дисфункція, **F45.4** — Хронічний соматоформний больовий розлад, **F45.9** — Соматоформний розлад не уточнений; **F44** — Дисоціативний (конверсійний) розлад; **F48.0** — Неврастенія; **F50** розлади прийняття їжі; **F54** психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з розладами або захворюваннями, що

класифіковані в інших рубриках. Для реєстрації соматичного стану використовується свій код у сполученні з рубрикою F54: Бронхіальна астма (J45), виразка шлунку (K25), виразковий коліт (K51), дерматит (L23–L25).

Для постановки діагнозу «Соматоформний розлад» потрібна одночасна наявність усіх наступних ознак без виключення:

- відсутні дані про істотне структурне або функціональне порушення органу або системи;
- симптоми захворювання тісно пов'язані з неприємними життєвими обставинами, труднощами та конфліктами;
- заклопотаність і засмученість з приводу можливого серйозного (але часто невизначеного) захворювання цього органу або системи, причому повторні пояснення і переконання на цей рахунок лікарів залишаються безрезультатними.

До соматоформної вегетативної дисфункції F45.3 відносять: кардіальний невроз; синдром Да Коста; гастроневроз; нейроциркуляторну астеною; психогенну форму аерофагії; психогенну форму кашлю; психогенну форму діареї; психогенну форму диспепсії; психогенну форму дизурії; психогенну форму метеоризму; психогенну форму гикавки; психогенну форму глибокого і частого дихання; психогенну форму частого сечовипускання; психогенну форму роздратованого кишківника; психогенну форму пілороспазму.

При соматизованому розладі: вегетативні симптоми можуть виникати протягом декількох років, але вони не є виразними і сталими, та не приписуються весь час до одного органу або системи.

Психосоматичні розлади в DSM-5

В оновленому американському діагностичному та статистичному керівництві психічних розладів п'ятого перегляду (DSM-5) з'явилась категорія «Розлад із соматичними симптомами і аналогічні розлади» (Somatic symptom and related disorders), що відповідає категорії соматоформних розладів в МКХ-10.

Діагноз «розлад із соматичними симптомами» за DSM-5 може бути встановлений на рівні з діагнозом з іншої медичної спеціальності тільки якщо соматичні симптоми поєднуються з аномальними думками, почуттями і поведінкою.

З DSM-5 були вилучені розлади соматизації, іпохондрія, больовий розлад і неуточнений соматоформний розлад. Це пов'язано з тим, що

постановка таких діагнозів дуже часто викликає складнощі в спеціалістів первинної медичної мережі, до яких вони найчастіше потрапляють. Тож відмінності в групі соматоформних розладів у DSM-5 та DSM-IV наведені в таблиці 1.

Таблиця 1.

Відмінності соматоформних розладів у DSM — IV та DSM — 5

DSM-5	DSM-IV
Розлад із соматичними симптомами	Соматизований розлад Соматоформний розлад не уточнений Больовий розлад Іпохондрія
Розлад тривожного спектру	Іпохондрія
Розлад із функціональними неврологічними симптомами	Конверсійний розлад
Психологічні фактори, які впливають на інші медичні стани	Психологічні фактори, які впливають на інші медичні стани
Дисморфофобічний розлад	Дисморфофобічний розлад
Симуляційний розлад	Симуляційний розлад
Інший дифференційований/не дифференційований соматичний симптом та відповідний розлад	Неспецифічний соматоформний розлад

Як ми бачимо в табл. 1 «Конверсійний розлад» був трансформований у «Розлад із функціональними неврологічними симптомами». Головним критерієм при постановці такого діагнозу має стати результат неврологічного обстеження.

«Іпохондрія» як нозологія трансформована у DSM-5 у дві рубрики. Частина пацієнтів, які раніше страждали на іпохондрію з симптомами підвищеної тривожності та соматичними симптомами, увійшли в рубрику «Розлад із соматичними симптомами», а пацієнти з підвищеною тривожністю без соматичних симптомів — у «Захворювання тривожного спектру».

Рубрика «Больовий розлад», як окрема одиниця, була вилучена з DSM-5, що пов'язано зі зміною підходів до пацієнтів із больовим синдромом. Приводом для цього стали дані останніх досліджень, в яких був доведений вплив психологічних факторів на всі види болю. На відміну від попередніх, які стверджували, що біль може бути результатом впливу психологічних або соматичних захворювань та уражень (травми, запалення і т.д.). Пацієнти з больовим синдромом увійшли до рубрики «Розлад із соматичними симптомами, з домінуючим болем».

Саме таких змін має зазнати і оновлена міжнародна класифікація хвороб МКХ-11, яка наразі знаходиться у фазі апробації.

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 місто, 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 <i>(підкреслити хто саме)</i>	
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 закладах	
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 нерепривним 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 Вашому 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 обмежалося	
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 відповідях 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 затрудненне 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.

Таблиця 2.

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 PHQ

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?	Жодного разу	Де-кілька днів	Більше половини днів	Майже кожен 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 переривчастий 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 пітніли 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?					
H	Чи відчували Ви головокружіння, відчуття порушення рівноваги або стани непритомності?					
I	Чи відчували Ви поколювання або оніміння у будь-яких частинах тіла?					
J	Чи відчували Ви тремтіння в тілі?					
K	Чи здавалося Вам, що Ви помираєте?					

5. Як часто за останні 4 тижні Вас турбували наступні проблеми?		Жодного разу	Декілька днів	Більше половини днів	
A	Ви нервували, тривожились або сильно переживали через різні причини				
ЯКЩО ВИ ВІДПОВІЛИ «ЖОДНОГО РАЗУ», ПЕРЕЙДІТЬ 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 переривчастий 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», ПЕРЕЙДІТЬ 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 рекомендавану 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», ПЕРЕЙДІТЬ ДО ПИТАННЯ № 11					

10. Чи відбувалося з вами щось із нижченаведеного більше одного разу за останні 6 місяців?		Ні	Так
A	Чи вживали Ви алкогольні напої, хоча лікар Вам рекомендував закінчити їх вживання через проблеми зі здоров'ям?		
B	Ви вживали алкогольні напої, були в стані сп'яніння або похмілля під час роботи, навчання, приглядаючи за дітьми або виконуючи інші обов'язки?		
C	Ви спізнились або не пішли на роботу, навчання або на інші заходи, тому що Ви пили алкогольні напої або у Вас було похмілля?		
D	У Вас були проблеми у спілкуванні з людьми, коли Ви випивали?		
E	Ви керували машиною після того, як випивали помірну або надмірну 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 турбувало» 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» (враховуйте № 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, тривоги 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 шиї						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 займатися?						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 громадським транспортом?						Тр
44. Ви боялися зганьбитися перед іншими людьми?						Тр
45. Ви відчували, що Вам загрожує невідома небезпека?						Тр
46. У Вас були думки «Якби ж я помер»?						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 використовуваного 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 десятиків років, що зумовлено не тільки високою захворюваністю серед загальної популяції, але й вираженням 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).

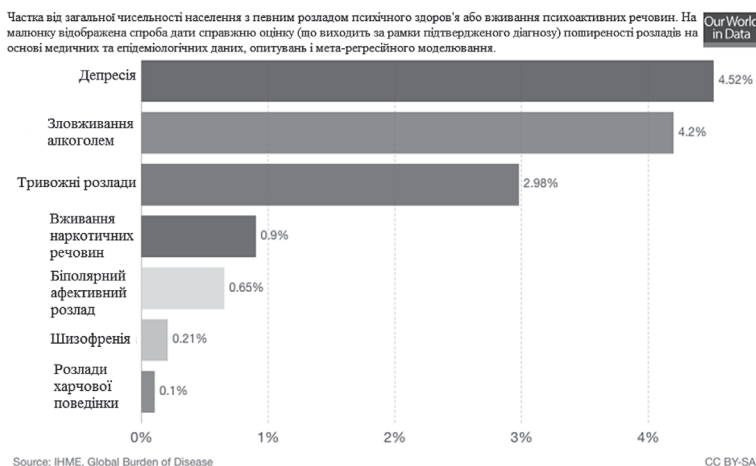


Рис. 3. Частка населення з розладами психічного здоров'я або вживання психоактивних речовин в Україні

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, відрізка 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; б) мені погано; в) мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою зробити; г) мені так нудно і сумно, що я не в силах більше терпіти.	0 1 2 3
2.	а) майбутнє не лякає мене; б) я боюся майбутнього; в) мене ніщо не радує; г) моє майбутнє безпросвітне.	0 1 2 3
3.	а) в житті мені переважно щастило; б) невдач і провалів було у мене більше, ніж у будь-кого іншого; в) я нічого не домогся в житті; г) я потерпів повне фіаско — як батько, партнер, дитина, на професійному рівні — словом, усюди.	0 1 2 3
4.	а) не можу сказати, що я незадоволений; б) як правило, я нудьгую; в) що б я не робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина; г) мене не задовольняє абсолютно все.	0 1 2 3
5.	а) у мене немає відчуття, ніби я когось образив; б) можливо я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо; в) у мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя; г) я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.	0 1 2 3
6.	а) я задоволений собою; б) іноді я відчуваю себе нестерпним; в) іноді я відчуваю комплекс неповноцінності; г) я абсолютно нікчемна людина.	0 1 2 3
7.	а) у мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання; б) я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, в чому став винним; в) я знаю, що заслуговую на покарання; г) я хочу, щоб життя мене покарало.	0 1 2 3
8.	а) я ніколи не розчаровувався в собі; б) я багато разів відчував розчарування в самому собі; в) я не люблю себе; г) я себе ненавиджу.	0 1 2 3

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

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

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
Самоприпинення, 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
Виразені 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, терення 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

А. За даними анамнезу	
Не піддається оцінці	3
Явна (зі слів) втрата у вазі	2
Ймовірна втрата у вазі серед це захворювання	1
Відсутність	0
Б. Якщо зміни у вазі мають місце щотижня	
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 найменш 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, настрої 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 підтримувати 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 задоволення, 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 самозвинувачення	

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, відомості зі слів родичів та ін.). Для оцінки стану в динаміці проводиться повторне тестування через фіксовані проміжки часу.

Інтерпретація результатів: при інтерпретації даних бали розраховуються наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 6 відповідно 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 сумачії бала показників частоти, тривалості, контрольованості 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 _____

ПІБ інтерв'юера _____

Дата _____

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 конкретного 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 ідей (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 думок 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, відчуваючи 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, відчуваючи цей біль або те, що Ви відчували) 5. Виключно для того, щоб припинити або зупинити біль (Ви не могли продовжувати жити, відчуваючи цей біль або те, що Ви відчували) 0. Даний пункт не застосовний
--	---

СУІЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА

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

<u>Справжня спроба самогубства</u> 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	Так / Ні
--	----------

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> <i>Навіть якщо людина заперечує свій намір/бажання померти, навмисність її дій 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.</i>	Чи робили Ви спробу самогубства?	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 способи 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 зовсім інших причин/без УСЯКОГО наміру вбити себе (наприклад, з метою зняти напругу, відчувати 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 несумісність самопошкоджуючої поведінки?	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 (ло) Вас перш ніж Ви фактично здійснювали що-небудь?	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 самогубства 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 що-небудь?	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/школа 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 реальна небезпека=0</i> <i>Ймовірна небезпека справжньої спроби самогубства за відсутності шкоди для здоров'я (в представлених нижче прикладах, хоча певні дії і не призвели до реальних фізичних пошкоджень, вони потенційно могли призвести до фатального результату: людина засунула пістолет у рот і натиснула на курок, але сталася осічка, і тому не було нанесено фізичних ушкоджень; людина лягла на рейки, по яких до неї наближався 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 смерті, незважаючи на можливість надання медичної 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

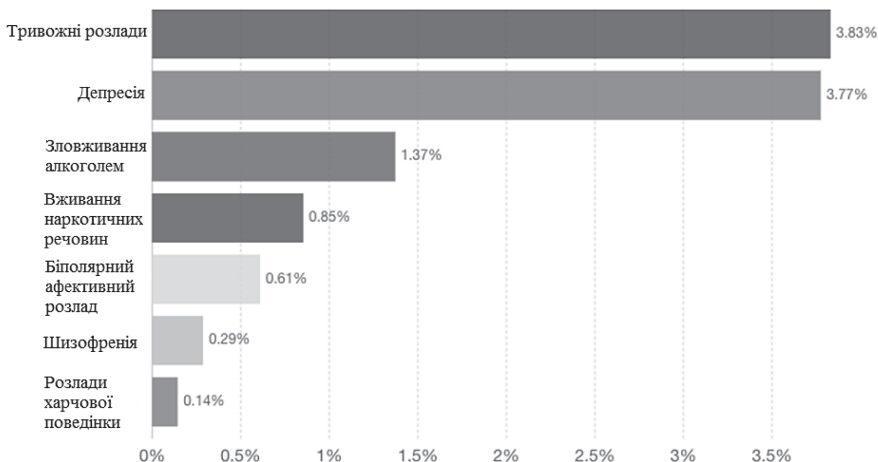
Тривога — це психологічний та/або фізіологічний стан, який включає в себе емоційну, поведінкову, соматичну та когнітивну складову. Тривога, як і депресія, може бути як окремим симптомом, так і проявом цілого ряду психічних розладів.

Зазвичай тривога для людини є нормальним захисним механізмом, який вона отримала в процесі еволюційного розвитку. У нормі вона є транзиторною 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 психічних реакцій, яка виникає на розвиток хвороби або передусє 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), станом 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, агорафобію, обсесивно-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 напямком 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 тяжкості цих 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 самостійного 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 почуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, розташовані в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження і в порожній 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 використанням 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 ВИКЛИКАЄ 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 ТІЙ 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 НЕПОСИДЮЧІСТЬ, НАЧЕ МЕНІ ПОСТІЙНО ПОТРІБНО РУХАТИСЯ
	3	Безумовно це так
	2	Напевно, це так
	1	Це так лише деякою мірою
	0	Зовсім не відчую
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 HAM-A 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 HAM-A 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 HAM-A 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 (HAM-A)

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, незнайомців, 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 сні)	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, судоми клонічні, 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 тривожного 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; зоною 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 важкого 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, «нервовності», 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 індивідуально або в групах, без обмеження часу. Для зниження ймовірності утворення установки на позитивні або негативні питання в кожен із опитувальників включено приблизно однакове число суджень, що характеризують 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 питання 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 почуваєте в цей момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Пам'ятайте, що в кожному 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 почуваєте.

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

Твердження	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
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: $Tr = ERP - E_{ro} + 50$, де: Tr — показник реактивної тривожності; ERP — сума балів за прямими питаннями (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18); E_{ro} — сума балів по зворотними питаннями (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20). Для обчислення рівня особистісної тривожності застосовується формула: $Tl = ELP - E_{lo} + 35$, де: Tl — показник особистісної тривожності; ELP — сума балів за прямими питаннями (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40); E_{lo} — 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 протягом 30 хвилин

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

(б) прокидалися посеред ночі або під ранок

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

(в) були змушені вставати, щоб скористатися ванною кімнатою

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

(г) не могли вільно 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 голосно хропіли

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

(д) відчували, що Вам холодно

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

(е) відчували, що Вам жарко

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

(є) бачили погані сни

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

(ж) відчували біль

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

(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, запитаєте його/її, як часто за минулий місяць у Вас були ...?

(а) Гучне хрюпіння

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

(б) Тривалі затримки дихання під час сну

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

(в) Посмикування ногами під час сну

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

(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 нормальної структури нічного сну. Саме поняття сонливості є дуже індивідуальним, 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 знаходяться в розслабленому стані.

При надмірній сонливості збільшується ризик ймовірності нещасного випадку 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 оцінює свою ймовірність засинання у різних життєвих ситуаціях по 3-х бальній системі, де 0 — не засну ніколи, 1 — існує невелика ймовірність засинання, 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	Ймовірність заснути			
	0 — не засну ніколи	1 — існує невелика ймовірність засинання	2 — помірна ймовірність засинання	3 — засну обов'язково
При читанні сидячи за відсутності інших справ				
При перегляді телевізійних передач				
Пасивне сидіння у громадських місцях (театрі, кінозалі...)				
В якості пасажирів 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 — інсомнія, 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 пробудження, нічна печія, відрижка			
6. Ранковий головний біль або відсутність відчуття відпочинку 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 приєднанні 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 розглядається як результат динамічної взаємодії біологічних (нейрофізіологічних), психологічних, соціальних, релігійних та інших чинників. Він може домінувати в клінічній картині та бути основною, а іноді — єдиною ознакою хвороби, незалежно від нозологічної належності.

Відчуття білю завжди носить суб'єктивний характер, його оцінка визначається локалізацією та характером ушкодження, природою ушкоджуючого фактора, психологічним станом людини і її індивідуальним життєвим 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 різного ступеня вираженості. Дослідження показує, що не менше однієї третини людей, які звертаються за допомогою до лікарів соматичного профіля, 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 градуюванням 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 неградуєваної 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)

Інструкція. 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, стегаящая, 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.

Какие чувства вызывает боль, какое воздействие оказывает на психику?

14. Утомляет, изматывает.
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 дозвілля 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 тиждень?

Слабкий 0 1 2 3 4 5 6 Сильно виражений

8. Як біль змінив Вашу можливість брати участь у суспільних заходах?

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 минулого 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 змінює 0 1 2 3 4 5 6 Сильно змінює

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 не уважний 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 справами, 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 перешкоджає 0 1 2 3 4 5 6 Сильно перешкоджає

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 повсякденної діяльності, поставивши відповідну цифру

1. Як часто Ви миєте посуд?

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто

2. Як часто ви косите траву? (____ відзначте, якщо у Вас немає місця, щоб косити траву)

Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто

3. Як часто Ви вибираєтеся з будинку, щоб сходити в кафе? (____ відзначте, якщо Ви це не робили)

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, якщо у Вас немає саду/городу/дачі)
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 транспорті?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
12. Як часто Ви відвідуєте родичів (___ відзначте, якщо родичі проживають 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 зменшення болю					
13. Я побоююсь, що зі мною може трапитись 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 додаткового візиту до лікаря через загострення болю, застосування більшої кількості знеболюючих медикаментів та побічні ефекти. В кінці підраховується 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/тиж-день	>8р/тижд або щодня	
Додатковий візит до лікаря	немає	1 р/міс	1 р/тижд	>5р/міс	
Якість сну	дуже добрий	добрий	задовільний	поганий	
Настрій	дуже добрий	добрий	задовільний	знижений	
Побічні ефекти	немає	м'які	помірні	сильні	
Фізична активність	дуже добра	добра	задовільна	відсутня	
				Всього	

Оцінка DIRE

В адаптованій клінічній настанові, заснованій на доказах «Контроль болю» (Київ, 2011), зазначено що оцінка DIRE як клінічний рейтинг використовується 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), непаддатливість (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 соціальна підтримка (сп). Кожен фактор оцінюється за шкалою Лікарта від 1 до 3, де 1 відповідає найменш переконливому або найменш сприятливому випадку призначення опіоїдів, а 3 відповідає найбільш переконливому або сприятливому випадку призначення опіоїдів. Загальний показник використовується для визначення того, чи є пацієнт кандидатом, що підходить 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 достовірності більш високі бали (14 або вище) свідчать про більш успішний процес призначення щодо піддатливості пацієнта та ефективності лікування

опіоїдними аналгетиками, а отже — променший ризик формування хворобливої больової поведінки.

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

Оцінка DIRE

Інструкція. Це клінічний рейтинг, який використовується для прогнозування на тривале отримання опіоїдної аналгезії з приводу хронічного болю, не пов'язаного з раком. Для кожного фактора рейтинг балів пацієнта від 1 до 3 засновується на поясненнях у правій колонці.

Оцінка	Фактор	Пояснення
	Діагноз (D)	1 = доброякісний хронічний стан із мінімальними об'єктивними даними чи певний діагноз відсутній. Приклади: фіброміалгія, мігрень, неспецифічні болі в спині. 2 = повільно прогресуючий стан із помірним болем або фіксований стан із середніми об'єктивними даними. Приклади: синдром невдалої операції на спині, болі в спині з помірними 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 хребтового каналу.
	Непіддатливість (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 достовірно. 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+g+e = _____

Діагностика когнітивного дефіциту

На сучасному етапі розвитку медицини когнітивні порушення при психічних розладах розглядаються не тільки як один із основних проявів захворювань, але і як найбільш значущий критерій ефективності проведення терапії та подальшого соціального функціонування хворого.

Протягом довгого часу ефективність терапії психічних розладів оцінювалася в основному за рахунок зменшення основних проявів захворювання: 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 різними спектрами своєї активності та відсутністю виражених побічних ефектів. У подальшому було виявлено, що когнітивні симптоми обумовлюють соціальну дезадаптацію хворих на психічні розлади. Відповідно, вивчаючи особливості когнітивних порушень при психічних розладах, зменшення цих симптомів під впливом терапії, можна оцінити ефективність наведеної терапії в цілому та прогнозувати перебіг і виникнення захворювань.

Завдяки активному впровадженню в клінічну практику сучасних методів діагностики стало можливим співвідношення феноменологічних проявів психічних розладів із особливостями нейронального функціонування, церебральної метаболізму, міжпроводних 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 ланок 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 катamnестичних 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 місцевості. 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.

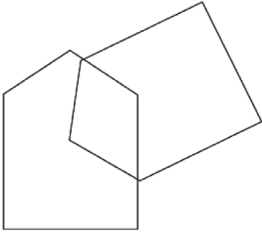
6. Мова. Показують ручку і запитують: «Що це таке?», аналогічно — годинник. Кожна правильна відповідь оцінюється в один бал. Просять хворого повторити складну в граматичному відношенні фразу «Ніяких якщо, і чи але». Правильне повторення оцінюється в один бал.

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 перемальовувати 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 дванадцять (3 пункти)					Бал
Д Кінець 5 1 Початок Г Б 2 4 3 Перемалюйте куб		Контур Цифри Стрілки					___/5
Назви							___/3
Пам'ять							Не-має балів
Пацієнт повторює прочитані слова. Дається 2 спроби. Повторити питання через 5 хвилин.							

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 []	оксамит []	церква []	маргаритка []	червоний []	бали без підказки ___/5
Необов'язково для заповнення	Підказка категорії						
	Вибір із запропонованого						
Орієнтування	[] Число [] Місяць [] Рік [] День тижня [] Місце [] Місто						___/6
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 [указати на одиницю] і намалюйте лінію, що йде від цифри «1» до літери «А», потім до цифри «2» і так далі. Закінчите тут [указати 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 саможестійно 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 (прямокутні 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 наступні 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 прийнятні; цифри можуть бути розташовані за межами контуру циферблату;
- стрілки (1 бал): повинно бути дві стрілки, що спільно вказують на вірний 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 перерахованих 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 слово 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: екзаменуєучий 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 назовіть 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 назовіть, 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, однакового для трьох сфер.

Сумнівна деменція

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

Орієнтування: повністю орієнтований, можуть бути неточності в називанні дати.

Мислення: незначні труднощі при вирішенні завдань, при аналізі подібностей 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 неправильно 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.

Важка 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-

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

8. *Психологічне здоров'я — Mental Health (MH)* — характеризує настрій, 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 складали 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 компоненту — Mental Health (MH).

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, значно обмежує	Так, трохи обмежує	Ні, зовсім не обмежує
Тяжкі фізичні навантаження (біг, підняття тяжких речей, заняття силовими видами спорту)			
Помірні фізичні навантаження (переміщення столу, робота з пиломососом, 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?

	Весь час	Більшу частину часу	Інколи	Рідко	Жодного разу
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)?

	Весь час	Більшу частину часу	Інколи	Рідко	Жодного разу
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:

	Весь час	Більшу частину часу	Інколи	Рідко	Жодного разу
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, помірне 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

- BOO3 — Всесвітня організація охорони здоров'я
- ССЗ — серцево-судинні захворювання
- МКХ-10— Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду
- DSM-5 — Американське діагностичне та статистичне керівництво психічних розладів п'ятого перегляду
- НПР — неспсихотичні психічні розлади
- ХБС — хронічний больовий синдром
- PHQ — опитувальник стану здоров'я
- 4DSQ — чотиривимірний 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 психічного стану
- MOCA — 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

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. EPA guidance on the quality of mental health services, Gaebel W. et al. *European Psychiatry*, 2012. — Vol. 27. — P.87-113.
2. Нулевая версия проекта Глобального Плана Действий по Охране Психического Здоровья 2013-2020, 27 августа 2012.
3. ВООЗ, Европейское региональное бюро, Европейский региональный комитет, 63 версия, Чешме, Измир, Турция, 16-19 сентября 2013.
4. Динамка стану психічного здоров'я населення та організація психіатричної і наркологічної допомоги в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 2009-2013 рр. Київ. — 2014. — 665 с.
5. Васюк Ю.А. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии // Ю.А. Васюк, Т.В. Довженко, Е.Л. Школьник, Е.Н Ющук — М., Анахарсис. — 2009. — 200 с.
6. Копчак О.О. Особливості депресивних розладів та когнітивних порушень у хворих із дисциркуляторною енцефалопатією // Український медичний часопис. — 2012. — № 6(92). — С. 129-132.
7. Чабан О.С. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології / Хаустова О.О., Несторович Я.М. // Медкнига — Київ. — 2010. — 132 с.
9. Маркова М.В. Депрессивные расстройства в сети первичной медицинской помощи: из «диагностических невидимок» — на арену общемедицинской практики / М.В. Маркова // *Medix. AntiAging*. — 2009. — № 5(11). — С. 18-22.
10. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности / Белялов Ф.И. // Иркутск: РИО ИГИУВа — 2010. — 297 с.
11. Оганов Р.Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. // *Кардиология*. — 2004. — № 9. — С. 1-8.
12. Чабан О.С. Депресивні розлади у пацієнтів похилого віку: проблеми діагностики і терапії / Хаустова О.О. // *НейроNews*. — 2014. — № 2/1. — С. 14-20.
13. Khaustova O. Depression in elderly patients // *Архів психіатрії* — 2013. — Том 19, № 3(74). — С. 68-72.
14. Корнацький В.М. Хвороби системи кровообігу і психічне здоров'я / Клименко В.І. — Київ, 2009. — 176 с.
15. Андриющенко А.В. Клинико-эпидемиологический анализ психических расстройств в общей медицине (по материалам программы «СИНТЕЗ») / Бескова Д.А., Смулевич А.Б., Романов Д.В. // В сб. Материалы общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах», М., Российское общество психиатров. — 2009. — С. 4-6.
16. Марута Н.О. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Марута Н.О. // *Архів психіатрії*. — 2011. — Т. 17, № 3(66). — С. 5-8.
17. Чабан О.С. Депрессия / Хаустова О.О., Жабенко О.О. — Київ: 2011. — 120 с.
18. Хаустова О.О. Сучасні уявлення про психосоматичну медицину // *Психічне здоров'я*. — 2017. — № 4 (53). — С. 5-11.
19. Чабан О.С., Хаустова О.О., Несторович Я.М. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології // К.: Медкнига. — 2010. — ??? с.
20. Чабан О.С., Хаустова Е.А. Терапия депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств легкой и умеренной степени // *Архів психіатрії*. — 2004. — Т. 10., № 4. — С. 39.
21. Артюхова М.Г. Психические расстройства в кардиологической практике: научное издание / М.Г. Артюхова // *Фарматека*. — 2010. — № 7. — С. 56-58.

22. Хаустова О.О. Современная стратегия диагностики и терапии депрессий / Хаустова О.О. // Ліки України плюс. — 2012. — № 9(165). — С. 48-52.
23. Хаустова О.О. Тревожные расстройства: причины, симптомы, диагностика, лечение / Хаустова О.О. // Український неврологічний журнал. — 2012. — № 3(24). — С. 79-87.
24. Хаустова О.О. Особенности терапии депрессии в неврологической практике / Хаустова О.О. // Здоров'я України. Тематичний номер «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія». — 2012. — № 1(20). — С. 58-59.
25. Хаустова О.О. Психічні розлади у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями: стан проблеми і перспективи її вирішення / Бушинська О.В., Тарновецька К.І., Прохорова О.В., Кардашов В.П. // Психічне здоров'я. — 2013. — 4(41). — С. 7-13.
26. Корнацький В.М. Особливості емоційного стану пацієнтів з артеріальною гіпертензією / Третяк І.В., Чаплинська Н.В. // Український кардіологічний журнал. — 2011. — № 3. — С. 55-59.
27. Авраменко О.М. Клінічний поліморфізм хронічного больового синдрому у пацієнтів з непсихотичними психічними розладами (діагностика, принципи терапії) / [Текст]: автореф. дис. на здоб. наук. ступ. к.м.н.: спец. 14.01.16 «Психіатрія». УНДІ соціальної і судової психіатрії та наркології. — К., 2016. — 20 с.
28. Сапон Д.М. Тривожно-депресивні розлади при ХБС і фібриллярній / [Текст]: автореф. дис. на здоб. наук. ступ. к.м.н.: спец. 14.01.16 «Психіатрія». УНДІ соціальної і судової психіатрії та наркології. — К., 2016. — 22 с.
29. Асанова А.Е. Клініко-психопатологічні особливості та терапія когнітивних порушень у хворих на депресивні розлади: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: [спец.] 14.01.16 «Психіатрія». Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології, [Крим. держ. мед. ун-т ім. С.І. Георгієвського МОЗ України]. — К., 2009. — 16 с.
30. Романів, О.П. Особливості коморбідних психічних розладів у пацієнтів з інфарктом міокарда та аутодеструктивною поведінкою / [Текст]: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.16 / О.П. Романів. — 2015. — 20 с.
31. Абдяхімова Ц.Б. Непсихотичні психічні розлади внаслідок значного порушення соматичного здоров'я на прикладі часткової втрати зору травматичного генезу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук, спец. 14.01.16 «Психіатрія» / НДІ соц. і судової психіатрії та наркології. — К., 2015. — 43 с.
32. Клебан К.І. Хронобіологічні особливості непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія». НДІ соц. і судової психіатрії та наркології. — К., 2015. — 18 с.
33. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. BMC Psychiatry. — 2006. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-34>. Режим доступу: www.bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-6-34
34. Beck A.T., Ward C., Mendelson M. Beck Depression Inventory (BDI). Arch Gen Psychiatry. — 1961. — Vol. 4 (6). — P. 561-571. DOI: [www.doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004)
35. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960.23:56-62. Режим доступу: <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-DEPRESSION.pdf>
36. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry. — 1979. — Vol. 134. — P. 382-389.
37. Posner K., Brown G.K., Stanley B., Brent D.A. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. American Journal of Psychiatry. — 2011. — Vol. 168. — P. 1266-77. DOI: [www.doi:10.1176/appi.ajp.2011.10111704](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704)

38. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 1983. — Vol. 67 (6). — Vol. 361-370. DOI: www.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
39. Maier W., Buller R., Philipp M., Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord*. — 1988. — Vol. 14(1). — Vol. 61-8.
40. Чабан О.С., Хаустова О.О. Терапія хронічного алгічного синдрому у пацієнтів з непсихотичними депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією // *Український вісник психоневрології*. — 2010. — № 18, вип. 1. — С. 67-72.
41. Малкина-Пих И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо. 2005. — 992 с. Режим доступа: <http://ibib.ltd.ua/225-shkala-reaktivnoy-lichnostnoy-trevojnosti-35779.html>
42. Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. — 1989, May. — Vol. 28(2). — P. 193-213.
43. Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. — 1991. — Vol. 14 (6). — Vol. 540-545.
44. Kerns R.D., Turk D.C., Rudy T.E. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). — 1985. — Vol. 23. — P. 345-356.
45. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet*. 1974; Nov 9;2(7889):1127-31.
46. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної, третинної та паліативної медичної допомоги. Деменція. 2016.
47. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*. — 1975. — Vol. 12 (3). — P. 189-98.
48. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. — 1992, Jun. — Vol. 30(6). — P. 473-83.
49. Busner J., Targum S.D. The Clinical Global Impressions Scale. Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry (Edmont)*. — 2007, Jul. — Vol. 4(7). — P. 28-37.
50. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. World Health Organization. — 2017.
51. Khaustova O. Резистентна депресія: критерії визначення, фактори ризику і терапевтичні стратегії. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. — 2017. — Vol. 2(3). — P. e020338-e020338.
52. Чабан О.С., Хаустова О.О., Безшейко В.Г., Москаленко О.В. (2017). Валідизація Шкали оцінки якості життя. *Український вісник психоневрології*, (25, вип. 1). — 2017. — С. 159-160.
53. Chaban O.S., Bezsheyko V.H., Khaustova O.O., Burlaka O., Ryvak T.B., Kyrylyuk S.S. Gender-related differences of stress reactions in ukrainian ombatants. *Pharmacia*. — 2018. — Vol. 65(2). — P. 3-10.
54. Khaustova O. Acupuncture in the treatment of stroke: Invitation to the discussion. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. — 2018. — Vol. 3(3). — P. e0303138-e0303138.
55. Asanova A., Khaustova O. Typical difficult situations in doctor-patient interactions. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. — 2018. — Vol. 3(3). — P. e0303125-e0303125.
56. Khaustova O., Kovalenko N. Psychopathological features of mental disorders in IDPs. *European Psychiatry*. — 2017. — Vol. 41. — S. 494-S495.
57. Kalugin I., Khaustova O., Osukhovska O. The effectiveness of psychological interventions in improving quality of life and satisfaction with treatment in the elderly with mental disorders and multimorbidity. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. — 2017. — Vol. 2(4). — P. e020493-e020493.

АБІЗОЛ

Абізол, aripiprazole; 1 таблетка містить арипіпразолу 5 мг, 10 мг, 15 мг або 30 мг. Таблетки 5 мг - з лінією розлому. Антипсихотичні засоби.

Фармакодинаміка. Терапевтична дія арипіпразолу при шизофренії зумовлена сполученням часткової агоністичної активності відносно D2-дофамінових і 5HT_{1a}-серотонінових рецепторів і антагоністичною активністю відносно 5HT₂ серотонінових рецепторів.

Арипіпразол має високу афінність *in vitro* до D2- і D3-дофамінових, 5HT_{1a}- і 5HT_{2a}-серотонінових рецепторів та помірну афінність до D4-дофамінових, 5HT_{2c}- і 5HT₇-серотонінових рецепторів, α₁-адренорецепторів та H₁-гістамінових рецепторів. Арипіпразол характеризується також помірною афінністю до ділянок зворотного захоплення серотоніну та відсутністю афінності до мускаринових рецепторів. Арипіпразол в експериментах на тваринах проявляв антагонізм відносно дофамінергічної гіперактивності та агонізм відносно дофамінергічної гіпоактивності.

Фармакокінетика. Середній період напіввиведення арипіпразолу становить приблизно 75 годин. Рівноважна концентрація досягається через 14 днів. Показники фармакокінетики арипіпразолу у рівноважному стані пропорційні дозі.

Показання. Дорослі.

Лікування шизофренії.

Лікування помірних та тяжких маніакальних епізодів біполярного розладу I типу.

Профілактика нових маніакальних епізодів у пацієнтів, які вже перенесли ці епізоди та які піддавалися лікуванню арипіпразолом.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій. З огляду на основний вплив арипіпразолу на центральну нервову систему, слід дотримуватись обережності при одночасному застосуванні арипіпразолу з алкоголем чи іншими лікарськими засобами, що впливають на центральну нервову систему.

Особливості застосування. При лікуванні антипсихотичними препаратами клінічне покращення може відмічатися протягом періоду від кількох днів до кількох тижнів. Протягом яких необхідно ретельно спостерігати за цими пацієнтами.

Спосіб застосування та дози

Шизофренія. Рекомендована початкова доза Абізолу становить 10 або 15 мг 1 раз на добу, незалежно від прийому їжі. Підтримувальна доза - 15 мг на добу. Ефективна доза Абізолу — від 10 до 30 мг на добу. Максимальна добова доза не повинна перевищувати 30 мг.

Маніакальні епізоди при біполярному розладі I типу. Рекомендована початкова доза - 15 мг 1 раз на добу незалежно від прийому їжі як при монотерапії, так і при комбінованій терапії. Максимальна добова доза - 30 мг.

Профілактика повторних маніакальних епізодів при біполярному розладі I типу. Для профілактики маніакальних епізодів у пацієнтів, які отримували Абізол як монотерапію або при комбінованій терапії, лікування слід продовжувати у тих самих дозах.

Діти. Безпека та ефективність застосування арипіпразолу дітям віком до 18 років не вивчалися.

Передозування. Були повідомлення про випадкове або навмисне передозування арипіпразолу з одноразовим прийомом до 1260 мг, що не супроводжувалися летальним наслідком.

Побічні реакції. Найчастішими побічними реакціями є акатизія та нудота. З боку психіки: занепокоєння, безсоння, збудження; гіперсексуальність тощо.

По 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній упаковці. За рецептом. Р.П. МОЗ України № UA/16417/01/01; № UA/16417/01/02 17.11.2017 № 1426.

НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина.

Повна інформація в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу.

АЛОРА

Склад: Алора сироп — 5 мл сиропу містять рідкого екстрату пасифлори 694.444 мг; Алора таблетки — 1 таблетка містить сухий екстракт пасифлори 100 мг.

Фармакотерапевтична група. Снодійні та седативні засоби. Код АТС N05CM50.

Фармакологічні властивості. Фармакодинаміка. Екстракт пасифлори виготовляється із лікарської рослини *Passiflora incarnata*, яка містить 0,04% алкалоїдів індольного ряду (гарман, гармін, гармол), деякі флавоноїди (вітексин, кверцетин), а також кумарини, хінони та ін. Компоненти екстракту гальмують проведення нервових імпульсів у спинному і головному мозку, знижують збудливість ЦНС і спричинюють седативну дію. Препарат покращує настрій при депресивних станах, зменшує тривожність і психічне напруження, має легкий снодійний ефект без симптому пригніченості під час пробудження. Має протисудомні властивості.

Показання до застосування.

Алора показана як заспокійливий засіб хворим з неврастенічними і депресивними станами, при стресах, тривожному стані, знервованості, порушеннях сну, в клімактеричному і преклімактеричному періодах. Препарат ефективний при вегетативних симптомах захворювань нервової системи (нейроциркуляторна дистонія, гіпертонічна хвороба, церебральні судинні кризи, підвищена пітливість, серцебиття), а також при синдромі після інфекційної астенії.

Спосіб застосування та дози.

Для дорослих та дітей старше 12 років: для досягнення седативного ефекту слід приймати по 5-10 мл сиропу (або 1-2 таблетки) 3 рази на добу перед прийомом їжі. При порушеннях сну — по 10 мл сиропу (або 2-3 таблетки) перед сном.

Для дітей (старше 3 років): по 2,5 мл сиропу 2-3 рази на добу.

Тривалість курсу лікування встановлюється індивідуально залежно від показань і клінічної ефективності препарату. Не слід перевищувати рекомендовану разову дозу.

Можливі побічні дії.

При застосуванні в рекомендованих терапевтичних дозах виникнення побічних ефектів малоімовірне. Іноді можливі алергічні реакції та ін.

Р.П. МОЗ України № UA/5140/01/01, Р.П. МОЗ України № UA/5140/02/01.

НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина.

Повна інформація в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу.

ДЮКСЕТ

Дюксет, duloxetine; 1 кишковорозчинна капсула містить дулоксетину гідрохлориду еквівалентного дулоксетину 30 мг або 60 мг. Антидепресанти.

Дулоксетин — це інгібітор зворотного захоплення серотоніну і норепінефрину. Механізм дії дулоксетину при лікуванні депресії зумовлений інгібуванням зворотного захоплення серотоніну і норепінефрину і, як наслідок, посиленням серотонінергічної і норадренергічної нейротрансмісії у центральній нервовій системі. **Дулоксетин також чинить безпозаспокійливу дію, що, імовірно, є результатом уповільнення передачі больових імпульсів у центральній нервовій системі.**

При пероральному прийомі дулоксетин добре всмоктується. Максимальна концентрація досягається через 6 годин.

Показання

Лікування великого депресивного розладу.

Лікування діабетичного периферичного нейропатичного болю.

Лікування генералізованого тривожного розладу.

Спосіб застосування та дози

Великий депресивний розлад. Дюксет призначають у дозі 60 мг 1 раз на добу незалежно від прийому їжі.

Деяким пацієнтам можна рекомендувати дозу 120 мг на добу, яку розподіляють на 2 прийоми.

Діабетичний периферичний нейропатичний біль. Рекомендована початкова доза Дюксету становить 60 мг 1 раз на добу незалежно від прийому їжі. Деяким пацієнтам можна рекомендувати дозу 120 мг на добу, яку розподіляють на 2 прийоми. Терапевтичний ефект лікування виявляється протягом 2 місяців.

Генералізований тривожний розлад. Рекомендована початкова доза Дюксету становить 30 мг 1 раз на добу незалежно від прийому їжі. Пацієнтам із недостатнім ефектом лікування дозу потрібно збільшити до 60, 90 або 120 мг на добу. Терапевтичний ефект лікування виявляється протягом 2-4 тижнів.

Діти. Безпека та ефективність застосування дулоксетину дітям не вивчалися, тому препарат протипоказаний цій віковій категорії пацієнтів.

Передозування. Дані щодо передозування дулоксетину обмежені. Є повідомлення про прийом великих доз (до 1400 мг) дулоксетину окремо або в комбінації з іншими лікарськими засобами, що не мало летальних наслідків.

Побічні реакції. Повідомлялося про запаморочення, нудоту і головний біль та ін. як про несприятливі симптоми при припиненні прийому дулоксетину.

По 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці. За рецептом. Р.П. №15671/01/01 від 22.12.2016.

НОБЕЛ ІПАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина.

Повна інформація в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу.

Інформація виключно для медичних та фармацевтичних працівників.
Для використання у професійній діяльності.

Серія «Бібліотечка практикуючого лікаря»

Навчально-практичне видання

Чабан Олег Созонтович
Хаустова Олена Олександрівна
Асанова Азізе Ельдарівна
Трачук Лідія Євгенівна
Ассонов Дмитро Олексійович

ПРАКТИЧНА ПСИХОСОМАТИКА: ДІАГНОСТИЧНІ ШКАЛИ

Навчальний посібник

**Видавець: ТОВ «Видавничий дім Медкнига»
Київ, 2019**

*Свідцтво про внесення суб'єкта видавничої справи в державний реєстр видавців,
виготовлювачів та розповсюджувачів видавничої продукції ДК 5123 від 10.06.2016*

Спеціалізоване видання, призначене для лікарів та медичних установ.

*За достовірність фактів, цитат, імен, посилань, використання спеціальних термінів,
географічних та інших назв несуть відповідальність автори.*

*Правову відповідальність за розміщення, зміст, достовірність та графічне відтворення
рекламно-інформаційних матеріалів про лікарські засоби чи пристрої несе виробник,
дистриб'ютор або інша структура, яка надала відповідні матеріали.*

www.medkniga.kiev.ua

Шеф-редактор О. Влас, тел. +38-066-7851156, e-mail: zdovado@ukr.net
Відділ маркетингу Т. Овчаренко, тел. +38-066-7538178
Відділ додрукарської підготовки В. Макарович
Підписано до друку 02.04.2019. Друк офсетний.
Відгуки та пропозиції надсилайте на адресу: а/с-18, м. Київ-108, 04108

