

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ № _____

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ у дорослих та дітей

Загальна частина**Діагноз:** Депресивний розлад**Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:**

F32.0 Легкий депресивний епізод

F32.1 Помірний депресивний епізод

F32.2 Тяжкий депресивний епізод без психотичних симптомів

F32.3 Тяжкий депресивний епізод з психотичними симптомами

F32.8 Інші депресивні епізоди

F32.9 Депресивний епізод, неуточнений

F33.0 Рекурентний депресивний розлад, легкий поточний епізод

F33.1 Рекурентний депресивний розлад, помірний поточний епізод

F33.2 Рекурентний депресивний розлад, тяжкий поточний епізод без психотичних симптомів

F33.2 Рекурентний депресивний розлад, тяжкий поточний епізод без психотичних симптомів

F33.3 Рекурентний депресивний розлад, тяжкий поточний епізод з психотичними симптомами

F33.4 Рекурентний депресивний розлад, період ремісії

F33.8 Інші рекурентні депресивні розлади

F33.9 Рекурентний депресивний розлад, неуточнений

F34.1 Дистимія

Розробники:Чабан Олег
Созонтович

директор Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, голова робочої групи;

Марута Наталія
Олександрівна

заступник директора з наукової роботи «Інститут неврології, психіатрії і наркології Національної академії медичних наук України» заступник голови робочої групи з клінічних питань; (за згодою);

Аврамчук Олександр
Сергійович

завідувач кафедри клінічної психології Українського католицького університету (за згодою);

Бурдейний Андрій
Олександрович

асистент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;

Возніцина Ксенія
Борисівна

директор державного закладу «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» Міністерства охорони здоров'я України»;

Гуль Андрій
Любомирович

медичний директор державної установи «Інститут судової психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»;

Гура Андрій
Олександрович

лікар-психолог Центру медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги дітям

Климчук Віталій Олександрович	Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» МОЗ України; віце-президент Національної психологічної асоціації, експерт проєкту «Психічне здоров'я для України» (за згодою);
Корост Ярослава Володимирівна	доцент кафедри загальної практики (сімейної медицини) Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Марущенко Катерина Юріївна	начальник кафедри військової психіатрії та медичної психології факультету перепідготовки та підвищення кваліфікації Української військово-медичної академії (за згодою);
Марценковський Дмитро Ігорович	асистент кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Мішиєв В'ячеслав Данилович	завідувач кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, директор комунального некомерційного підприємства «Клінічна лікарня «Психіатрія» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації);
Огоренко Вікторія Вікторівна	завідувач кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету;
Сердюк Віктор Григорович	керівник громадської організації «Всеукраїнська рада захисту прав та безпеки пацієнтів» (за згодою);
Хаустова Олена Олександрівна	завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Хайтович Микола Валентинович	завідувач кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Шорніков Андрій Володимирович	доцент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету;
Шульц Олег Євгенович	спеціаліст з психічного здоров'я Бюро ВООЗ в Україні, лікар-психотерапевт (за згодою);

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення:

Гуленко Оксана Іванівна	директор Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я
----------------------------	---

України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.

Рецензенти:

Венгер Олена Петрівна	завідувачка кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, д.мед.н., професорка;
Пилягіна Галина Яківна	завідувачка кафедри психіатрії, психотерапії та медико-психологічних дисциплін Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професорка;
Рахман Людмила Володимирівна	завідувачка кафедри психіатрії та дитячої психіатрії, психотерапії та клінічної психології факультету післядипломної освіти державного некомерційного товариства «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», д.мед.н., професорка.

Дата оновлення стандарту – 2031 рік

Перелік скорочень

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГПА	групова поведінкова активація
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ІМАО	інгібітори моноаміноксидази
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КПДПТ	короткострокова психодинамічна психотерапія
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія
Інтер-ПТ	інтерперсональна терапія
МПТ-П	міжособистісна психотерапія для підлітків
НДПТ	недирективна підтримуюча психотерапія
ПА	поведінкова активація
СІЗЗС	селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
СІЗЗСН	селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну
СМД	стандарт медичної допомоги
ТЦА	трициклічні антидепресанти
С-SSRS	Колумбійська шкала тяжкості суїцидальних намірів
HADS	госпітальна шкала тривоги та депресії
HAM-A	шкала тривоги Гамільтона
HAM-D	шкала депресії Гамільтона
MADRS	шкала оцінки депресії Монгомери-Асберга
MFQ	опитувальник настрою та почуттів для дітей та підлітків
mhGAP	«Програма подолання прогалин у сфері психічного здоров'я»
RHQ-9	опитувальник здоров'я пацієнта – шкала депресії
RHQ-15	опитувальник соматоформних розладів
Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_» та Інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

Розділ І. Організація надання медичної допомоги та спостереження пацієнтів з депресивними розладами

1. Положення стандарту медичної допомоги

Медична допомога пацієнтам із депресивними розладами надається у закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу і ґрунтується на принципах поетапності, безперервності та міждисциплінарної співпраці. Надання медичної допомоги потребує інтегрованого ведення пацієнтів мультидисциплінарною командою фахівців із урахуванням віку, тяжкості депресивного епізоду, наявності супутніх психічних і соматичних розладів, а також соціального контексту.

До мультидисциплінарної команди залучаються: лікар загальної практики – сімейний лікар, лікар-психіатр, лікар-психотерапевт, лікар-психолог, клінічний психолог, а у випадку надання медичної допомоги дітям: лікар-педіатр, лікар-психіатр дитячий, а також інші фахівці за клінічними показаннями (зокрема соціальні працівники та фахівці освітньої сфери).

Виявлення депресивних розладів та первинна оцінка психоемоційного стану пацієнта можуть здійснюватися лікарями загальної практики – сімейними лікарями, лікарями-педіатрами та іншими фахівцями у випадку звернення пацієнтів зі скаргами на знижений настрій, втрату інтересу до будь-яких занять, тривожність, соматичними скаргами без чіткої органічної причини або погіршенням функціонування.

Лікарі різних спеціальностей повинні бути обізнані щодо основних клінічних проявів депресивних розладів, факторів ризику їх розвитку та ознак підвищеного суїцидального ризику з метою своєчасного запідозрення депресивних розладів проведення первинної оцінки, яка може здійснюватися лікарями різних спеціальностей, зокрема на рівні первинної медичної допомоги, шляхом використання валідизованих скринінгових інструментів:

Опитувальник здоров'я пацієнта – шкала депресії (далі -PHQ-9), наведеного у додатку 1 до цього Стандарту;

Госпітальної шкали тривоги та депресії (далі – HADS), наведеної у додатку 2 до цього Стандарту;

Опитувальник настрою та почуттів (далі – MFQ), наведеного у додатку 3 до цього Стандарту;

а також інструментів програми mhGAP, та направлення пацієнта до відповідного фахівця для подальшої діагностики та лікування.

2. Обґрунтування

Депресивні розлади є одними з найпоширеніших психічних розладів і характеризуються стійким зниженням настрою, втратою інтересу та задоволення, зниженням енергії, порушенням когнітивних, емоційних і соматичних функцій, що призводить до значного обмеження повсякденного функціонування, соціальної активності та якості життя пацієнтів.

Депресія може мати різний ступінь тяжкості, від легких форм до тяжких і рекурентних епізодів, та часто поєднується з іншими психічними й соматичними захворюваннями. У дітей депресивні розлади додатково асоціюються з погіршенням навчання, міжособистісних відносин і підвищеним ризиком

самоушкоджувальної та суїцидальної поведінки, що потребує особливої уваги до раннього виявлення та своєчасного втручання.

Ефективна організація медичної допомоги заснована на чіткій маршрутизації пацієнтів, поетапному наданні допомоги та міждисциплінарній взаємодії, що є ключовою умовою своєчасної діагностики депресивних розладів, вибору адекватних психосоціальних та медикаментозних втручань, а також безперервного спостереження за перебігом захворювання. Такий підхід дозволяє зменшити ризик хронізації депресії, виникнення рецидивів захворювання та несприятливих наслідків, включно з суїцидальною поведінкою.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) пацієнти зі встановленим діагнозом депресивного розладу перебувають під спостереженням лікарів загальної практики – сімейних лікарів та/або лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих із урахуванням поетапної моделі надання медичної допомоги залежно від тяжкості депресивного розладу, перебігу захворювання та відповіді на лікування;

2) наявність локально узгодженого клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП) з депресивними розладами, що забезпечує поетапність, координацію та інтеграцію медичної допомоги між рівнями її надання з метою своєчасної діагностики, лікування та подальшого спостереження пацієнтів;

3) наявність задокументованого індивідуального плану обстеження, лікування та моніторингу стану пацієнта, узгодженого з пацієнтом та, за його згодою, з членами сім'ї та/або законними представниками, доступного мультидисциплінарній команді, що враховує тяжкість депресивного розладу, перебіг захворювання, наявність супутніх психічних та соматичних розладів, а також психосоціальний контекст;

4) пацієнти та, за їх згодою, члени сім'ї/законні представники забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта, можливими варіантами лікування, очікуваними результатами, планом подальшого спостереження, а також навчаються навичок самодопомоги та розпізнавання ознак погіршення стану з метою своєчасного звернення за медичною допомогою;

5) надавачі медичних послуг забезпечують розміщення інформаційних матеріалів щодо основних клінічних проявів депресивних розладів, шляхів отримання медичної допомоги та наявних психосоціальних і медичних втручань у доступних для пацієнтів місцях, а також на офіційних вебсайтах та сторінках ЗОЗ у соціальних мережах;

6) пацієнтам із депресивними розладами, а у випадку дітей – їхнім батькам або законним представникам забезпечується навчання та підтримка з питань участі у лікувальному процесі, дотриманні плану лікування та подолання психосоціальних труднощів, пов'язаних із депресивним розладом;

7) регулярне підвищення кваліфікації медичних працівників, залучених до надання допомоги пацієнтам із депресивними розладами, з питань сучасних підходів до діагностики, лікування та спостереження.

Бажані:

8) надання психологічної підтримки та консультацій для членів сім'ї та/або законних представників пацієнтів з депресивними розладами з метою підвищення розуміння особливостей захворювання, зменшення стигматизації та підтримки процесу одужання.

9) медична допомога дітям надається у взаємодії із соціальними службами та психологічними службами в системі освіти відповідно до клінічних показань

Розділ II. Діагностика депресивних розладів

1. Положення стандарту медичної допомоги

Депресивний розлад може бути запідозрений лікарем будь-якої спеціальності під час клінічного обстеження пацієнта, а також у разі аналізу скарг самого пацієнта, за наявності згоди членів сім'ї / законних представників.

Підтвердження діагнозу депресивного розладу, визначення ступеня тяжкості та вибір подальшої тактики ведення пацієнта здійснюються лікарем-психіатром, лікарем-психіатром дитячим на підставі анамнестичних даних, клінічного інтерв'ю (збір скарг, анамнезу, оцінка психічного статусу та суїцидального ризику), оцінки психоемоційного стану, рівня функціонування пацієнта та результатів застосування валідованих інструментів оцінки депресивних симптомів.

Лікар загальної практики – сімейний лікар забезпечує первинне виявлення депресивних розладів шляхом збору скарг та анамнезу, проведення клінічного інтерв'ю (збір скарг, анамнезу, оцінка психічного статусу та суїцидального ризику), застосовує валідизовані скринінгові інструменти (зокрема HADS, PHQ-9, MFQ, а також інструменти mhGAP); здійснює диференційну оцінку з урахуванням соматичних причин симптомів, визначає потребу в направленні до лікаря-психіатра або лікаря-психіатра дитячого, а також забезпечує подальший моніторинг стану пацієнта та підтримку.

У дітей діагностика депресивних розладів проводиться з урахуванням вікових особливостей клінічних проявів, сімейного, освітнього та соціального контексту, а також з обов'язковою оцінкою ризику самоушкоджувальної та суїцидальної поведінки. За наявності клінічних показань діти направляються для подальшої діагностики та ведення до лікаря-психіатра дитячого, лікаря-психолога або клінічного психолога.

2. Обґрунтування

Підставами для підозри депресивного розладу є наявність, зокрема, стійкого зниження настрою, втрати інтересу або здатності відчувати задоволення, зниження енергії та підвищеної втомлюваності, порушень сну та/або апетиту, когнітивних труднощів (зниження концентрації уваги, уповільнення мислення), соматичних скарг без чітко встановленої органічної причини, а також зниження соціального, професійного або навчального функціонування.

Діагноз депресивного розладу встановлюється за наявності клінічно значущих депресивних симптомів, що відповідають діагностичним критеріям, зокрема наявності п'яти або більше симптомів із переліку дев'яти основних:

пригнічений настрій – проявляється суб'єктивним повідомленням або спостереженням інших симптомів;

втрата інтересу або задоволення майже від усіх видів діяльності – проявляється суб'єктивним повідомленням або спостереженням інших;

значна (більше 5% на місяць) ненавмисна втрата або збільшення ваги, або зниження чи підвищення апетиту;

порушення сну (безсоння або гіперсомнія);

психомоторні зміни (збудження або загальмованість), достатньо серйозні, щоб їх могли спостерігати інші;

втома, виснаження або низький рівень енергії, або зниження ефективності виконання рутинних завдань;

відчуття нікчемності або надмірна, недоречна чи маячна провина (не просто самозвинувачення або провина за хворобу);

порушена здатність мислити, концентруватися або приймати рішення – проявляється суб'єктивним повідомленням або спостереженням інших;

повторювані думки про смерть (не просто страх смерті), суїцидальні думки або спроби самогубства,

що зберігаються впродовж 2-тижневого періоду, призводять до порушення повсякденного функціонування пацієнта та не можуть бути повністю пояснені соматичним захворюванням, вживанням психоактивних речовин або іншим психічним розладом.

Необхідно бути уважними до можливої депресії у осіб із депресією в анамнезі або хронічними проблемами фізичного здоров'я та пов'язаними з ними функціональними порушеннями. Необхідно запитати у таких пацієнтів чи часто впродовж останнього місяця їх турбувало відчуття пригніченості, безнадії або відсутність інтересу та задоволення від звичних занять.

Депресивні розлади мають різний ступінь тяжкості – від легких форм до тяжких і рекурентних епізодів та суттєво впливають на якість життя, соціальну, професійну або навчальну діяльність. Депресія часто має затяжний або рецидивуючий перебіг та нерідко поєднується з іншими психічними та соматичними захворюваннями, що ускладнює клінічну картину та погіршує прогноз.

У дітей депресивні розлади можуть проявлятися не лише афективними симптомами, але й поведінковими порушеннями, соматичними скаргами, зниженням успішності у навчанні та труднощами у міжособистісних відносинах, що зумовлює ризик несвоєчасного розпізнавання захворювання.

Особливо важливим є визначення ступеня тяжкості розладу, оцінка рівня функціонального порушення, своєчасне виявлення клінічно значущих симптомів та факторів ризику несприятливого перебігу, зокрема ризику самоушкоджувальної та суїцидальної поведінки. Також раннє встановлення діагнозу створює умови для забезпечення проведення поетапного лікування, запобігає хронізації депресії та зменшує ризик рецидивів.

Симптоми депресії можуть бути виявлені у практиці лікаря будь-якої спеціальності, оскільки пацієнти часто звертаються зі скаргами на соматичні прояви, втому, порушення сну або зниження працездатності. У зв'язку з цим, важливим є забезпечення готовності лікарів різних спеціальностей розпізнавати ознаки депресивних розладів, проводити первинну клінічну оцінку та

забезпечувати направлення пацієнта до відповідного фахівця для подальшої діагностики і лікування.

Діагностика депресивних розладів повинна бути послідовною та комплексною і включати клінічне інтерв'ю, оцінку психоемоційного стану і рівня функціонування та обов'язкову оцінку ризику самоушкоджувальної і суїцидальної поведінки. У дітей особлива увага приділяється віковим особливостям клінічних проявів депресії, сімейному та освітньому контексту, а також своєчасному залученню лікарів-психологів або клінічних психологів, соціальних служб та психологічних служб в системі освіти у разі клінічної потреби.

Частина депресивних симптомів може бути зумовлена реакцією на стресові життєві події або супутні соматичні стани та мати потенційно зворотний характер. У зв'язку з цим своєчасне та коректне встановлення діагнозу депресивного розладу має вирішальне значення для вибору оптимальної тактики лікування, визначення прогнозу перебігу захворювання та запобігання несприятливим медичним і соціальним наслідкам.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) лікарі будь-якої спеціальності у випадку виявлення симптомів, що можуть свідчити про депресивний розлад (стійке зниження настрою, втрата інтересу або задоволення, зниження енергії, порушення сну чи апетиту, когнітивні труднощі, соматичні скарги без чіткої органічної причини, зниження соціального, професійного або навчального функціонування), а також за наявності відповідних скарг пацієнта та/або членів сім'ї/законних представників, повинні провести первинну клінічну оцінку з використанням самоопитувальників HADS або PHQ-9 для дорослих та MFQ для дітей, а також пакету інструментів mhGAP та, за наявності клінічних показань направити пацієнта до лікаря-психолога, лікаря-психотерапевта, лікаря-психіатра, лікаря-психіатра дитячого для подальшої діагностики;

2) з метою підвищення якості первинного виявлення депресивних розладів лікарі будь-якої спеціальності можуть використовувати Настанову Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) – «Програма подолання прогалів у сфері психічного здоров'я» (Mental Health Gap Action Programme), (далі – mhGAP), як інструмент скринінгової оцінки депресивних симптомів та підтримки прийняття рішення щодо подальшого направлення пацієнта. Застосування mhGAP є допоміжним інструментом первинної оцінки і не замінює повноцінної клінічної діагностики депресивних розладів, яка здійснюється лікарем загальної практики – сімейним лікарем та/або лікарем-психіатром, лікарем-психіатром дитячим;

3) з метою уточнення клінічної картини депресивного розладу та оцінки впливу симптомів на повсякденне функціонування пацієнта рекомендується, за наявності та за згодою пацієнта, залучення інформації від членів сім'ї або законних представників щодо змін емоційного стану, поведінки та рівня соціального, професійного або навчального функціонування;

4) під час первинної та подальшої діагностики депресивних розладів лікар повинен оцінити здатність пацієнта надати інформовану згоду, його спроможність зрозуміти надану інформацію щодо стану здоров'я та можливостей лікування, а також здатність приймати обґрунтовані рішення, з відповідною фіксацією результатів оцінки у медичній документації;

5) лікар загальної практики – сімейний лікар та/або лікар-психіатр, лікар-психіатр дитячий зобов'язані провести оцінку тяжкості депресивного розладу, рівня функціонального порушення та клінічної динаміки стану пацієнта за результатами проведення клінічного інтерв'ю та застосування валідованих інструментів оцінки депресивних симптомів:

у дорослих – PHQ-9, що наведений у додатку 1 до цього Стандарту;

у дітей – MFQ, що наведений у додатку 3 до цього Стандарту, або інших валідованих інструментів, рекомендованих для відповідної вікової групи. Результати застосування шкал використовуються, як допоміжний інструмент клінічної оцінки та не замінюють клінічного рішення щодо встановлення діагнозу та вибору тактики лікування;

6) обов'язковою складовою діагностики депресивних розладів є оцінка ризику самоушкоджувальної та суїцидальної поведінки із прямим опитуванням пацієнта щодо наявності суїцидальних думок, намірів або поведінки, з фіксацією результатів оцінки в медичній документації та визначенням подальших дій; у разі виявлення підвищеного ризику, за результатами застосування Колумбійської шкали тяжкості суїцидальних намірів (далі – C-SSRS), що наведена у додатку 4 до цього Стандарту, забезпечується негайне направлення пацієнта до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам із депресивними розладами або забезпечити організацію посиленого нагляду;

7) пацієнти з ознаками депресивного розладу, що супроводжуються тяжким або прогресуючим перебігом, суттєвим порушенням функціонування, наявністю суїцидального ризику за результатами застосування шкали оцінки депресії Монтгомері-Асберг (далі – MADRS), що наведена у додатку 5 до цього Стандарту, або шкали депресії Гамільтона (далі – HAM-D), що представлена у додатку 6 до цього Стандарту, психотичними симптомами або відсутністю відповіді на первинні втручання, повинні бути направлені на консультацію до лікаря-психіатра, для уточнення діагнозу та визначення подальшої тактики лікування;

8) у дітей діагностика депресивних розладів здійснюється з урахуванням вікових особливостей клінічних проявів, сімейного та освітнього контексту, з обов'язковим залученням батьків або законних представників (за згодою дитини, яка досягла 14 років, має право на самостійне надання усвідомленої згоди на психіатричну допомогу відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу»);

9) для встановлення діагнозу депресивного розладу лікар-психіатр, лікар-психіатр дитячий проводить наступні діагностичні заходи:

оцінку та деталізацію скарг пацієнта, зокрема щодо зниження настрою, втрати інтересу або задоволення, зниження енергії, порушень сну та апетиту,

когнітивних труднощів, соматичних скарг без чіткої органічної причини, а також змін у соціальному, професійному або навчальному функціонуванні;

збір анамнезу життя та захворювання, включаючи дебют депресивних симптомів, їх тривалість і перебіг, наявність попередніх депресивних епізодів, факторів ризику рецидиву, коморбідних психічних і соматичних захворювань, а також інформацію щодо попереднього та поточного лікування;

оцінку соматичного статусу з метою виявлення соматичних захворювань або станів за Опитувальником соматоформних розладів (далі – РНҚ-15), що наведений у додатку 7 до цього Стандарту, які можуть впливати на розвиток або перебіг депресивної симптоматики, а також провести оцінку можливого впливу лікарських засобів;

оцінку психічного статусу, що включає виявлення можливих супутніх психічних розладів та станів, які можуть впливати на клінічну картину, перебіг і тактику лікування депресивного розладу (афективних, когнітивних, поведінкових психотичних розладів), зокрема тривожних розладів з використанням шкали тривоги Гамільтона (далі – НАМ-А), що наведена у додатку 8 до цього Стандарту, розладів, пов'язаних зі стресом та адаптацією, біполярного афективного розладу (шляхом збору анамнестичних даних), розладів пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, визначення рівня психомоторної активності, критичності до свого стану, порушень сну, а також обов'язкову оцінку ризику самоушкоджувальної та суїцидальної поведінки;

оцінку рівня функціонування пацієнта у повсякденному житті, зокрема впливу депресивних симптомів на виконання соціальних, професійних обов'язків або навчання;

10) оцінка психосоціальних факторів, що можуть впливати на розвиток і перебіг депресивного розладу, включаючи наявність стресових життєвих подій, соціальної ізоляції, труднощів у сімейних, професійних або освітніх відносинах;

11) проведення патопсихологічного обстеження лікарем-психологом або клінічним психологом, за результатами якого формується патопсихологічний висновок, що наведений у додатку 9 до цього Стандарту;

12) застосування клінічного інтерв'ю або напівструктурованого опитування для уточнення депресивних симптомів, диференціації депресивного розладу від нормальних реакцій на стресові події, тривожних розладів та соматичних станів, що можуть імітувати депресивну симптоматику.

13) провести обстеження на наявність гострої реакції на стрес, порушення адаптації та посттравматичного стресового розладу відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2024 року за № 1265;

14) повторне застосування валідованих шкал оцінки депресивних симптомів (зокрема РНҚ-9 у дорослих або MFQ у дітей) з метою об'єктивізації клінічної динаміки стану пацієнта та підтримки клінічного рішення щодо подальшої тактики ведення;

15) за наявності клінічних показань – проведення міждисциплінарної консультації (зокрема із залученням лікаря-психолога, клінічного психолога або лікаря-психотерапевта) для уточнення діагностичної оцінки та формування цілісного клінічного висновку;

16) використання керівництва mhGAP не лише для первинної орієнтації, але і як інструменту підтримки клінічного рішення у складних або межових діагностичних випадках, з урахуванням клінічного контексту та індивідуальних особливостей пацієнта.

Розділ III. Лікування та спостереження за дорослими пацієнтами з депресивними розладами

1. Положення стандарту медичної допомоги

Медична допомога пацієнтам із депресивними розладами, як правило, надається амбулаторно у ЗОЗ, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам із депресивними розладами. Стаціонарне лікування застосовується у виняткових випадках, зокрема, за наявності тяжкого перебігу депресивного розладу, високого ризику самоушкоджувальної або суїцидальної поведінки, психотичних симптомів або значного порушення функціонування, що унеможлиблює амбулаторне лікування.

Лікування депресивних розладів призначається лікарем загальної практики – сімейним лікарем та/або лікарем-психіатром, відповідно до ступеня тяжкості розладу, клінічних проявів, наявності супутніх психічних та соматичних захворювань, а також індивідуальних особливостей пацієнта.

Лікар загальної практики – сімейний лікар та/або лікар-психіатр, здійснює регулярний моніторинг психоемоційного стану пацієнта, рівня функціонування, дотримання призначеного лікування та появи ознак погіршення стану або суїцидального ризику з метою своєчасного корегування тактики ведення та направлення пацієнта до лікаря-психіатра, у разі необхідності.

Госпіталізація пацієнтів з депресивними розладами до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу та, за потреби, мають у своїй структурі відділення інтенсивної терапії, здійснюється у випадках наявності тяжкої депресії з високим ризиком самоушкоджувальної або суїцидальної поведінки, психотичних симптомів, вираженого психомоторного збудження або загальмованості, тяжких порушень сну чи харчової поведінки, а також у разі необхідності інтенсивного лікування супутньої соматичної патології, що ускладнює перебіг депресивного розладу.

Госпіталізація дієздатних осіб та осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам із депресивними розладами здійснюється відповідно до вимог Закону України «Про психіатричну допомогу».

2. Обґрунтування

Депресивні розлади належать до поширених психічних розладів із значним впливом на якість життя, рівень функціонування та соціальну активність пацієнтів. За відсутності своєчасного та адекватного лікування депресивні розлади можуть мати затяжний або рецидивуючий перебіг, супроводжуватися

підвищеним ризиком суїцидальної поведінки та формуванням стійкої інвалідизації.

Терапія депресивних розладів включає немедикаментозні та медикаментозні втручання, спрямовані на зменшення симптоматики, відновлення функціонування, зниження ризику рецидивів та покращення якості життя. Медичні та психосоціальні втручання повинні бути інтегровані до комплексного індивідуального плану лікування, базуватися на обґрунтованих клінічних рішеннях, застосовуватися поетапно та адаптуватися залежно від перебігу захворювання та відповіді на лікування.

Важливою складовою лікування є залучення психосоціального контексту пацієнта, зокрема сімейного та соціального середовища, а також забезпечення психоосвіти пацієнта та, за його згодою, членів сім'ї та/або його законних представників.

На даний час існує доказова база щодо ефективності немедикаментозних та медикаментозних методів лікування депресивних розладів, які дозволяють досягти зменшення симптомів, відновлення функціонування та профілактики рецидивів. Вибір терапевтичної стратегії має ґрунтуватися на ступені тяжкості депресивного розладу, індивідуальних клінічних особливостях пацієнта та наявності супутніх психічних і соматичних розладів.

Серед клінічних проявів депресивних розладів, що потребують активного лікування та моніторингу, виділяють: стійке зниження настрою, втрату інтересу або задоволення, тривожність, апатію, психомоторну загальмованість або збудження, порушення сну та апетиту, когнітивні труднощі, а також суїцидальні думки або поведінку.

3. Критерії якості медичної допомоги для дорослих

Обов'язкові:

1) надання медичної допомоги пацієнтам із депресивними розладами здійснюється відповідно до ступеня тяжкості депресивного розладу (легкий, помірний, тяжкий) із застосуванням поетапного підходу, що передбачає послідовне використання психосоціальних, психотерапевтичних та, за наявності клінічних показань, медикаментозних втручань, інтегрованих до індивідуального плану лікування та спостереження пацієнта;

2) пацієнтам з легким депресивним розладом рекомендовано застосування немедикаментозних втручань, зокрема психоосвіти, психологічної підтримки, структурованої фізичної активності, короткострокових психологічних інтервенцій, а також доказових психотерапевтичних підходів (зокрема когнітивно-поведінкової терапії (далі – КПТ), міжособистісної психотерапії (далі – МПТ) або інших методів відповідно до клінічних показань, що наведені у додатку 10 до цього Стандарту;

3) лікування пацієнтів із помірним депресивним розладом включає комбіновану терапію: психотерапевтичні втручання та, за необхідності, медикаментозну терапію антидепресантами з урахуванням клінічних проявів, тривалості симптомів, попереднього досвіду лікування, супутніх психічних і соматичних захворювань, а також потенційного ризику побічних ефектів, відповідно до інформації, що наведена у додатку 11 до цього Стандарту;

4) медична допомога пацієнтам з тяжким депресивним розладом надається із застосуванням медикаментозної терапії антидепресантами у поєднанні з психотерапевтичними втручаннями, за необхідності — в умовах ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам із депресивними розладами з обов'язковим регулярним клінічним моніторингом стану пацієнта, відповідно до інформації, що наведена у додатку 11 до цього Стандарту;

5) у випадку призначення антидепресантів пацієнтам віком від 18 до 25 років із депресією або тим, хто вважається таким, що має підвищений ризик самогубства необхідно:

оцінити їх психічний стан та настрій перед початком призначення лікарського засобу (особисто або через відеодзвінок, телефоном, якщо особиста оцінка неможлива або не є бажаною);

пам'ятати щодо можливої підвищеної ймовірності суїцидальних думок, самоушкодження та самогубства на ранніх етапах лікування антидепресантами та враховуйте токсичність їх передозування пацієнтами зі значним ризиком самогубства;

таких пацієнтів необхідно оглянути через 1 тиждень після початку прийому антидепресантів або збільшення дози через суїцидальні наміри (особисто, або через відеодзвінок, телефоном, якщо ці варіанти неможливі або не є бажаними);

оглядати таких пацієнтів так часто, як потрібно, але не пізніше ніж через 4 тижні після початку прийому антидепресантів;

ведення пацієнтів із суїцидальними думками здійснювати відповідно до Стандарту медичної допомоги «Суїцидальна поведінка», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 квітня 2026 року № 546;

6) в процесі лікування депресивних розладів проводиться регулярний моніторинг психоемоційного стану пацієнта, рівня соціального, професійного або навчального функціонування, прихильності до лікування, наявності побічних реакцій, а також оцінка доцільності та безпеки призначеної фармакотерапії з метою зменшення поліпрагмазії, попередження небажаних лікарських взаємодій та мінімізації побічних ефектів, особливо у пацієнтів із супутніми соматичними захворюваннями або при тривалому лікуванні, з обов'язковим документуванням результатів та своєчасною корекцією терапії у разі відсутності клінічного покращення або погіршення стану, кожні 4–6 тижнів;

7) під час спостереження пацієнта здійснюється регулярна оцінка ризику самоушкоджувальної та суїцидальної поведінки, зокрема на початку лікування антидепресантами, при зміні терапевтичної тактики, у періоди загострення симптомів, а також за наявності додаткових факторів ризику;

8) лікування депресивних розладів передбачає обов'язкову оцінку та, за необхідності, корекцію супутніх психічних розладів, зокрема тривожних розладів, порушень сну, розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, а також супутніх соматичних захворювань, що можуть впливати на перебіг депресії або ефективність лікування;

9) пацієнти із депресивними розладами та, за їх згодою, члени сім'ї або законні представники забезпечуються психоосвітньою інформацією щодо природи депресивного розладу, очікуваних результатів лікування, можливих побічних ефектів, ознак погіршення стану та необхідності своєчасного звернення за медичною допомогою;

10) госпіталізація пацієнтів із депресивними розладами здійснюється у випадках тяжкого перебігу захворювання, наявності високого суїцидального ризику, психотичних симптомів, вираженого психомоторного збудження або загальмованості, значного порушення функціонування або необхідності інтенсивного лікування супутньої патології;

11) забезпечення мультидисциплінарного підходу до лікування депресивних розладів із залученням лікаря-психіатра, лікаря загальної практики – сімейного лікаря, лікаря-психолога або клінічного психолога, а також інших фахівців відповідно до клінічних потреб пацієнта;

12) надання пацієнтам доступу до структурованих психотерапевтичних програм, що ґрунтуються на доказових підходах, з можливістю їх проведення в очному або дистанційному форматі відповідно до індивідуальних особливостей та потреб пацієнта згідно із додатками 10, 11 до цього Стандарту;

13) проведення повторної стандартизованої оцінки тяжкості депресивних симптомів із використанням валідованих інструментів оцінки з метою моніторингу ефективності лікування та корекції терапевтичної тактики з урахуванням рекомендацій додатків 10, 11 до цього Стандарту;

14) залучення членів сім'ї або законних представників пацієнта (за його згодою) до процесу лікування та спостереження з наданням їм психоосвітньої підтримки;

15) впровадження програм профілактики рецидивів депресивних розладів, зокрема шляхом підтримуючої терапії, навчання навичкам саморегуляції та раннього розпізнавання ознак погіршення стану;

Бажані:

16) забезпечення доступу пацієнтів з депресивними розладами до соціальної підтримки та, за потреби, направлення до відповідних соціальних служб.

Розділ IV. Особливості діагностики та лікування дітей із депресивними розладами

1. Положення стандарту медичної допомоги

Встановлення діагнозу депресивного розладу у дитини (від 5 до 18 років) проводить лікар-психіатр дитячий у ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу дітям із депресивними розладами.

Виявлення та розпізнавання симптомів депресії у пацієнтів дитячого віку, оцінка ризику самоушкоджувальної та/чи суїцидальної поведінки проводиться у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу/спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам дитячого віку із депресивними розладами лікарями загальної практики-сімейними лікарями, лікарями-педіатрами, лікарями-психіатрами дитячими.

Лікування діагностованих легких депресивних епізодів проводиться амбулаторно лікарями загальної практики-сімейними лікарями, лікарями-педіатрами, лікарями-психіатрами дитячими.

У випадку підозри на тяжкий депресивний розлад, відсутність ефекту від проведеного лікування, посилення симптомів депресії, виникнення суїцидальних думок – дитина направляється до лікаря-психіатра дитячого для лікування, за необхідності, в умовах стаціонару ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу дітям із депресивними розладами.

Обґрунтування

Медичні працівники ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, психологи у навчальних закладах та закладах професійної (професійно-технічної) освіти повинні вміти виявляти симптоми депресії та проводити оцінку розладів настрою серед дітей, які мають ризики розвитку депресії.

Опитування має охоплювати перелік минулих та недавніх психосоціальних факторів ризику (вік, стать, сімейні конфлікти, булінг, фізичне, сексуальне або емоційне насильство), супутні розлади (зокрема вживання психоактивних речовин та алкоголю), а також анамнез депресії у батьків, з особливою увагою на реакцію дитини на поодинокі випадки втрат, наявність множинних факторів ризику, етнічні та культурні особливості, а також фактори які, як відомо, пов'язані з високим ризиком розвитку депресії та інших проблем зі здоров'ям, таких як бездомність, втрата батька/батьків, статус внутрішньо переміщеної особи, проживання в прийомній сім'ї, дитячому будинку.

Медичні працівники ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, працівники сфери освіти у загальноосвітніх закладах та закладах професійної освіти повинні мати навички спілкування з дітьми для побудови довірливих та партнерських стосунків, як із пацієнтом так і з його сім'єю/законними представниками, та впевнено й професійно реагувати на гострий смуток та дистрес (ситуативну дисфорію), які можуть виникати у дітей після небажаних подій у їх житті (таких, як втрата близької людини, розлучення або розставання батьків, або сильне розчарування).

Поодинокі небажані події малоімовірно можуть призвести до депресивного розладу тому, зазвичай, не слід відразу направляти дитину на подальше обстеження чи лікування, але потрібно зважати на додаткові фактори ризику розвитку депресії.

Більшість дітей із депресією повинні лікуватися амбулаторно, проте у випадку наявності 2 або більше додаткових факторів ризику депресії слід розглянути можливість раннього направлення до фахівця, особливо, якщо є ознаки депресії та/або самоушкодження.

Пацієнти залишаються під наглядом лікаря-педіатра, лікаря загальної практики-сімейного лікаря, лікаря-психолога у випадку:

впливу однієї небажаної події за відсутності інших факторів ризику депресії;

впливу нещодавньої небажаної події в житті за наявності двох або більше інших факторів ризику, але без ознак депресії та/або самоушкодження;

впливу нещодавньої небажаної події в житті, коли один або більше членів сім'ї (батьки або діти) мають декілька факторів ризику депресії в анамнезі, за умови відсутності ознак депресії та/або самоушкодження у дитини; легкої депресії без супутніх розладів.

Направлення пацієнта до лікаря психіатра-дитячого:

депресія за наявності двох або більше інших факторів ризику депресії; депресія, коли один або більше членів сім'ї (батьки або діти) мають декілька факторів ризику депресії в анамнезі; легка депресія у тих, хто не відреагував на втручання проведені у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу через 2–3 місяці; помірна або тяжка депресія (включно з психотичною депресією); ознаки рецидиву депресії у тих, хто одужав від попередньої помірної або тяжкої депресії; незрозуміле самонехтування протягом не менше місяця, що може загрожувати фізичному здоров'ю; активні суїцидальні думки або плани; прохання щодо направлення від самої дитини (віком від 14 років) чи батьків/законних представників.

Критерії направлення дітей на стаціонарне лікування:

високий ризик повторення актів самоушкодження або самогубства; значне тривале самонехтування (наприклад, погана особиста гігієна або виражене зменшення споживання їжі, що може бути шкідливим для фізичного здоров'я); потреба в інтенсивній діагностиці/лікуванні та/або рівні нагляду, яких неможна забезпечити амбулаторно.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) первинна клінічна оцінка дитини з підозрою на депресивний розлад обов'язково включає:

оцінку психоемоційного стану;
аналіз психосоціальних факторів ризику депресії (сімейне середовище, шкільне функціонування, булінг, насильство);
виявлення супутніх психічних та нейророзвиткових розладів;
оцінку соматичного стану та сімейного психіатричного анамнезу;
оцінку ризику самоушкоджувальної та суїцидальної поведінки;

2) перед початком будь-якого лікування медичні працівники повинні разом з дитиною, батьками/законними представниками оцінити його соціальне оточення з письмовою оцінкою, у якій визначаються фактори, що могли сприяти розвитку та підтримці депресії і, які можуть позитивно або негативно вплинути на ефективність запропонованого лікування;

3) надання медичної допомоги дітям з депресивними розладами здійснюється відповідно до віку та ступеня тяжкості депресії (легка, помірна, тяжка) з використанням поетапного підходу, відповідно до додатку 12 до цього Стандарту, який передбачає пріоритет немедикаментозних втручань та

поступове залучення спеціалізованих і медикаментозних методів лікування, за наявності клінічних показань;

4) залучення батьків або законних представників дитини (з урахуванням віку та рівня зрілості пацієнта) до процесу прийняття рішень, а також надання психоосвітньої інформації щодо природи депресивного розладу, очікуваних результатів лікування, ознак погіршення стану та алгоритмів звернення за невідкладною допомогою;

5) дітям, які мають депресивний розлад, а також батьками/законними представниками дитини надавати інформацію щодо психотерапевтичних методів лікування та пояснення щодо різних видів терапії для певної вікової групи;

6) дітям з легким депресивним розладом рекомендовано застосування немедикаментозних втручань, зокрема психоосвіти, психологічної підтримки, структурованих короткострокових психотерапевтичних інтервенцій (КПТ, МПТ, недирижуваної підтримуючої терапії (далі - НДПТ) із забезпеченням динамічного клінічного спостереження; у випадку якщо діти, батьки/законні представники із діагностованою легкою депресією не бажають отримувати втручання, слід провести повторну оцінку приблизно через 2 тижні («пильне спостереження»); з дітьми з депресією, які не відвідують повторні прийоми медичні працівники повинні активно виходити на контакт;

7) при легких депресивних розладах у дітей антидепресанти не застосовуються як терапія першої лінії; пріоритет надається психотерапевтичним та психосоціальним втручанням;

8) лікування помірного депресивного розладу у дітей передбачає проведення структурованої психотерапії, адаптованої до віку та рівня розвитку дитини із можливим призначенням медикаментозної терапії, однак, їх застосування можливе виключно за рішенням лікаря-психіатра дитячого відповідно до показань, з урахуванням вікових обмежень та інструкції для медичного застосування лікарських засобів, при цьому пріоритет надається психотерапевтичним та психосоціальним втручанням;

9) лікування важкого депресивного розладу у пацієнтів дитячого віку здійснюється у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам дитячого віку з депресивними розладами із обов'язковим поєднанням психотерапевтичних втручань та медикаментозної терапії, регулярним клінічним моніторингом стану дитини та оцінкою безпеки лікування;

10) якщо помірна або тяжка депресія у дитини не реагує на психотерапію після 4–6 сеансів лікування через інші супутні фактори, такі як наявність коморбідних станів, стійкі психосоціальні ризики (наприклад, сімейні конфлікти), або наявність психічних розладів у батьків, слід провести мультидисциплінарний перегляд та розглянути альтернативну або, можливо, додаткову психотерапію для батьків або інших членів сім'ї, або альтернативну психотерапію для самого пацієнта;

11) призначення антидепресантів дітям здійснюється виключно після оцінки лікарем-психіатром дитячим у поєднанні із засобами психотерапії та з

обов'язковим регулярним моніторингом побічних ефектів і суїцидального ризику, особливо у перші тижні лікування;

12) в процесі лікування забезпечується регулярний моніторинг клінічної динаміки депресивних симптомів, рівня навчального, соціального та сімейного функціонування, прихильності до лікування, можливих побічних реакцій, із обов'язковим документуванням результатів та корекцією плану лікування за потреби;

13) госпіталізація дітей з депресивними розладами здійснюється за наявності високого суїцидального ризику/високого ризику серйозного самоушкодження, тяжкого психопатологічного стану, психотичних симптомів, значного самоігнорування або необхідності інтенсивного лікування, яке неможливо забезпечити в інших умовах та відповідно до вимог чинного законодавства України та з дотриманням принципу мінімального необхідного обмеження;

14) коли дитина перебуває у стані ремісії (наявні менше ніж 2 симптоми та повноцінне функціонування впродовж, принаймні, 8 тижнів) - лікарем-психіатром дитячим повинні проводитися регулярні огляди впродовж 12 місяців а у дитини із рецидивуючою депресією, яка перебуває у стані ремісії – такі огляди проводяться впродовж 24 місяців; частота контактів узгоджується індивідуально між лікарем-психіатром дитячим і дитиною та/або батьками/законними представниками і фіксується в медичній документації. Після закінчення зазначеного терміну, якщо ремісія зберігається, дитина може бути передана під нагляд лікаря загальної практики-сімейного лікаря / лікаря-педіатра;

15) забезпечення мультидисциплінарного підходу до лікування депресивних розладів у дітей із залученням лікаря загальної практики – сімейного лікаря, лікаря-педіатра, лікаря-психіатра дитячого, лікаря-психолога або клінічного психолога, а також інших фахівців (соціального працівника, педагогічного працівника) відповідно до клінічних потреб пацієнта;

16) забезпечення доступу дітей із депресивними розладами до психотерапевтичних втручань, адаптованих до віку, рівня розвитку та індивідуальних потреб, з можливістю їх проведення в очному або дистанційному форматі;

17) дитині із депресією/батькам/законним представникам, слід надати рекомендації щодо принципів здорового харчування та користі збалансованої дієти, гігієни сну та навичок керування тривожністю а також щодо користі регулярної фізичної активності та заохотити розглянути можливість дотримання структурованої та контрольованої програми фізичних вправ, зазвичай до 3 сеансів на тиждень тривалістю 45-60 хвилин впродовж 10–12 тижнів;

18) лікарі-психіатри дитячі повинні навчати дітей із рецидивуючою депресією та батьків/законних представників розпізнавати ознаки захворювання, ранні попереджувачі сигнали та підпорогові розлади, навчати техніці самоконтролю для уникнення тригерів.

Бажані:

19) залучення закладів освіти (за згодою дитини та їх законних представників) з метою підтримки навчального функціонування, зменшення шкільної дезадаптації та профілактики соціальної ізоляції;

20) забезпечення безперервності медичної допомоги шляхом координації між первинним, спеціалізованим рівнями медичної допомоги, особливо у випадках переходу між рівнями лікування або після госпіталізації.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря КМП із депресивними розладами.

2. Наявність у лікаря, який надає спеціалізовану медичну допомогу дорослим пацієнтам та пацієнтам дитячого віку із депресивними розладами КМП із депресивними розладами.

3. Відсоток пацієнтів із депресивними розладами, у яких задокументовано первинну оцінку тяжкості депресивної симптоматики із застосуванням валідованих інструментів оцінки.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря КМП з депресивними розладами.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Цей індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (КМП) у регіоні. Якість надання медичної допомоги пацієнтам із депресивними розладами, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП та відповідність КМП цьому Стандарту даним індикатором висвітлюватися не може, проте для аналізу зазначених аспектів обов'язковою передумовою є впровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2026 рік – 90 %;

2027 рік та подальший період – 100 %.

Організація, яка здійснює обчислення індикатора: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями, зареєстрованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на відповідній території обслуговування. Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом

інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій щодо кількості лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументовано факт наявності внутрішніх документів ЗОЗ/КМП з депресивними розладами.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики – сімейним лікарем.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Наявність у лікаря, який надає спеціалізовану медичну допомогу дорослим пацієнтам та пацієнтам дитячого віку з депресивними розладами КМП з депресивними розладами.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Цей індикатор характеризує організаційний аспект запровадження КМП у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП цьому Стандарту даним індикатором висвітлюватися не може, однак для аналізу зазначених аспектів необхідною передумовою є обов'язкове впровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2026 рік – 90 %;

2027 рік та подальший період – 100 %.

Організація, яка здійснює обчислення індикатора: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з депресивними розладами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з депресивними розладами, зареєстрованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора - загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з депресивними розладами, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з депресивними розладами, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора - кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з депресивними розладами, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументовано факт наявності КМП з депресивними розладами у дорослих та дітей.

Джерелом інформації є КМП з депресивними розладами у дорослих, дітей та підлітків, наданий ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам (дорослим та дітям) з депресивними розладами.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Відсоток пацієнтів з депресивними розладами, у яких задокументовано первинну оцінку тяжкості депресивної симптоматики із застосуванням валідизованих інструментів оцінки.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Це показник, що оцінює відсоток пацієнтів, яким проведено первинну оцінку тяжкості депресивної симптоматики із застосуванням валідизованих інструментів оцінки, для підтвердження діагнозу депресивного розладу. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривлення реальної ситуації.

Організація, яка має обчислювати індикатор: інформаційно-аналітичні відділи ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з депресивними розладами, розташовані на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Дані надаються лікарями, які надають медичну допомогу пацієнтам з депресивними розладами, а саме: лікарями загальної практики-сімейними лікарями, лікарями-педіатрами, лікарями-психіатрами, лікарями-психіатрами дитячими.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки або автоматизована обробка за допомогою МІС та розраховується, як відношення чисельника та знаменника.

Індикатор обчислюється, після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з депресивними розладами, незалежно від форми власності, розташованих на території обслуговування.

Знаменник індикатора складає загальна кількість осіб (дорослих та дітей) з діагнозом депресивні розлади, зареєстрованих впродовж звітного періоду на території обслуговування.

Джерелом інформації є: форма № 025/о; інформація з МІС.

Чисельник індикатора складає кількість осіб із підтвердженням діагнозом депресивного розладу, для яких задокументовано факт проведення первинної оцінки тяжкості депресивної симптоматики із застосуванням валідизованих інструментів оцінки.

Джерелом інформації є: форма № 025/о; інформація з МІС.

Значення індикатора наводиться у відсотках

Перелік джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Депресія у дорослих. Лікування та ведення» 2026 рік, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi
2. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Депресія у дітей та підлітків. Лікування та ведення» 2026 рік, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.
3. Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22 лютого 2000 року за № 1489-III
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2024 року № 1265 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації».
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2025 року № 971 «Про затвердження сімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**Директор Департаменту
медичних послуг**

Валерія СОРУЧАН

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Депресивні розлади (дорослі та діти)»
(пункт 1 розділу I)

Опитувальник стану здоров'я – Шкала депресії (PHQ-9)

ПІБ _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ р.

Інструкція: Прочитайте твердження нижче і оцініть, як часто протягом останніх двох тижнів Вас турбували будь-які з перерахованих проблем?

Використовуйте «√» для відповідей.	Ніколи	Декілька днів	Більшу половину часу	Майже щодня
1. Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконаних справ				
2. Поганий настрій, відчуття пригнічення чи безнадії				
3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість				
4. Відчуття втоми або зниження енергії				
5. Поганий апетит або переїдання				
6. Негативне відчуття щодо себе – що Ви невдаха або, що Ви підвели себе чи свою родину				
7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора				
8. Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість та активність				
9. Думки, що було б краще, якби Ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду				

Сума _____

Якщо Ви відзначили будь-які проблеми, то наскільки вони ускладнили для Вас виконання Вашої роботи, домашніх обов'язків, або наскільки ускладнили стосунки з людьми?

Зовсім не важко _____ Трохи важко _____ Дуже важко _____ Надзвичайно важко _____

Інтерпретація:

- <10 – Мінімальні депресивні прояви
- 10-14 – Легка депресія
- 15-19 – Депресія середнього ступеня важкості
- > 20 – Важка депресія

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Депресивні розлади (дорослі та діти)»
(пункт 1 розділу I)

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

ПІБ _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ р.

Інструкція: кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді. Виберіть ту з відповідей, що відповідає Вашому стану.

1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі (Т)

- (3) Увесь час
- (2) Часто
- (1) Час від часу, іноді
- (0) Зовсім не відчуваю

2. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене такі ж почуття (Д)

- (0) Безумовно це так
- (1) Напевно, це так
- (2) Це так лише в дуже малому ступені
- (3) Це зовсім не так

3. Я відчуваю страх, здається, начебто щось жахливе може от-от статися (Т)

- (3) Безумовно це так, і страх дуже сильний
- (2) Це так, але страх не дуже сильний
- (1) Іноді страх буває, але це мене майже не турбує
- (0) Зовсім не відчуваю страху

4. Я здатен розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне (Д)

- (0) Безумовно це так
- (1) Напевно, це так
- (2) Це так лише в дуже малому ступені
- (3) Зовсім не здатен

5. Неспокійні думки крутяться в мене в голові (Т)

- (3) Постійно
- (2) Велику частину часу
- (1) Час від часу
- (0) Зрідка

6. Я відчуваю бадьорість (Д)

- (3) Зовсім не відчуваю
- (2) Дуже рідко
- (1) Іноді
- (0) Практично увесь час

7. Я легко можу сісти і розслабитися (Т)

- (0) Безумовно це так
- (1) Напевно, це так
- (2) Лише зрідка це так
- (3) Зовсім не можу

8. Мені здається, що я став все робити дуже повільно (Д)

- (3) Практично увесь час
- (2) Часто
- (1) Іноді
- (0) Зовсім ні

9. Я відчуваю внутрішнє напруження чи тремтіння (Т)

- (0) Зовсім не відчуваю
- (1) Іноді
- (2) Часто
- (3) Дуже часто

10. Я не стежу за своєю зовнішністю (Д)

- (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

11. Я відчуваю непосидючість, наче мені постійно потрібно рухатися (Т)

- (3) Безумовно це так
- (2) Напевно, це так
- (1) Це так лише деякою мірою
- (0) Зовсім не відчуваю

12. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення (Д)

- (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

13. У мене буває раптове почуття паніки (Т)

- (3) Дуже часто
- (2) Досить часто
- (1) Не так вже часто
- (0) Зовсім не буває

14. Я можу одержати задоволення від гарної книги, радіочи телепередачі (Д)

- (0) Часто
- (1) Іноді
- (2) Рідко
- (3) Дуже рідко

Сума балів: Т_____ Д_____

Інтерпретація:

- ≤7 балів – норма;
- 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія;
- ≥11 балів – клінічно виражена тривога/депресія.

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Депресивні розлади (дорослі та діти)»
(пункт 1 розділу I)

Опитувальник настрою та почуттів для дітей та підлітків (MFQ)

ПІБ _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ р.

Інструкція: Нижче наводиться список тверджень, що можуть описувати те, як ти почувався (-лася) останнім часом. Прочитай кожне твердження у колонці та відзнач ту відповідь, яка найкраще стосується твого самопочуття протягом останніх двох тижнів. Якщо дане твердження характеризує твій стан, що ж переважно більшість часу, відповідь «Правда», якщо лише частину часу – вибери «Інколи», а якщо взагалі не характерно для тебе – вибери «Неправда».

Використовуйте «√» для відповідей.	Правда	Інколи	Неправда
1. Я почувався (-лася) жалюгідним (-ою) або нещасним (-ою)			
2. Мені взагалі нічого не приносило задоволення			
3. Мій апетит був гірший, ніж зазвичай			
4. Я їв (-ла) більше, ніж зазвичай			
5. Я почувався (-лася) настільки втомленим (-ою), що просто сидів (-ла) і нічого не робив (-ла)			
6. Мої рухи та хода були повільнішими, ніж зазвичай			
7. Я був (-ла) дуже неспокійний (-на)			
8. Я почувався (-лася) так, ніби я більше ні до чого не надаюся			
9. Я звинувачував (-ла) себе за те, в чому не було моєї провини			
10. Мені було важко приймати рішення			
11. Я був (-ла) роздратованим (-на) на своїх батьків			
12. Я говорив (-ла) менше, ніж зазвичай			
13. Я говорив (-ла) повільніше, ніж зазвичай			
14. Я багато плакав (-ла)			
15. Я думав (-ла), що у майбутньому на мене нічого доброго не чекає			
16. Я думав (-ла), що не варто жити			
17. Я думав (-ла) про смерть			
18. Я думав (-ла), що моїй сім'ї буде краще без мене			
19. Я думав (-ла) про самогубство			
20. Я не хотів (-ла) бачитися з друзями			
21. Мені було важко бути зосередженим (-ою), думати			
22. Я думав (-ла), що зі мною станеться щось погане			
23. Я себе ненавидів (-ла)			
24. Я відчував (-ла), що я поганий (-а)			
25. Я думав (-ла), що я потворний (-на)			
26. Я хвилювався (-лася) через різного виду болі			
27. Я почувався (-лася) самотнім (-ьою)			
28. Я думав (-ла), що насправді мене ніхто не любить			

29. У мене був поганий настрій під час занять у школі			
30. Я думав (-ла), що ніколи не зможу бути настільки вправним (-ою), як інші діти			
31. Я все робив (-ла) неправильно			
32. Я спав (-ла) гірше, ніж зазвичай			
33. Я спав (-ла) набагато більше, ніж зазвичай			

Оцінка в 27 або більше балів за довгою версією можуть свідчити про наявність симптомів депресії у дитини.

Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Депресивні розлади (дорослі та діти)»
(підпункт 6 пункту 3 розділу II)

Колумбійська шкала тяжкості суїцидальних намірів (C-SSRS)

ПІБ _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ р.

Інструкція: 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	Так	Ні
1. Бажання померти		
<i>Пацієнт підтверджує, що його відвідують думки про бажання померти або перестати жити, або ж про бажання заснути і не прокидатися. Чи виникало у Вас бажання померти або заснути і не прокидатися? Якщо так, опишіть:</i>		
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. Чи думали Ви справді про те, щоб убити себе? Якщо так, опишіть:</i>		
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». Чи думали Ви про те, як Ви могли б це зробити? Якщо так, опишіть:</i>		
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». Чи відвідували Вас подібні думки і чи був у Вас будьякий намір діяти відповідно до них?</i>		

<i>Якщо так, опишіть:</i>		
5. Актуальні суїцидальні ідеї з конкретним планом і наміром		
Думки про самогубство, включаючи план із повністю або частково опрацьованими деталями і деякий намір пацієнта здійснити цей план. А) Чи почали Ви розробляти або вже розробили детальний план самогубства? Б) Маєте намір Ви здійснити цей план? <i>Якщо так, опишіть:</i>		

ІНТЕНСИВНІСТЬ СУЇЦИДАЛЬНИХ ІДЕЙ	
Опис ідеї	Найбільш небезпечні ідеї

Інструкція: Наступні характеристики повинні бути оцінені відносно найсильнішої за інтенсивністю суїцидальної ідеї (за шкалою від 1 до 5, де 1 — найменший за інтенсивністю показник, а 5 — найбільший). Запитайте його/її, коли він/вона відчув (ла) найсильніше бажання накласти на себе руки.

Частота	
Скільки разів Вас відвідували подібні думки?	1. Рідше одного разу на тиждень 2. Раз на тиждень 3. 2-5 разів на тиждень 4. Кожен день або майже кожен день 5. Багаторазово кожен день
Тривалість	
Коли подібні думки відвідують Вас, як довго вони тривають?	1. Вони швидкоплинні — кілька секунд або хвилини 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, відчувачи 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, відчувачи цей біль або те, що Ви відчували) 5. Виключно для того, щоб припинити або зупинити біль (Ви не могли продовжувати жити, відчувачи цей біль або те, що Ви відчували) 0. Даний пункт не застосовний

СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА

Інструкція: Відзначте усе, що мало місце, за умови, що мова йде про різні випадки; Ви повинні запитати про всі типи спроби суїциду		
Справжня спроба самогубства	Так	Ні
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. Набір 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 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.		
Встановлення навісності	Так	Ні
Навіть якщо людина заперечує свій намір/бажання померти, навісність її дій	Чи робили Ви спробу самогубства?	

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.	Робили Ви які-небудь дії з метою завдати собі шкоди?		
	Робили Ви які-небудь небезпечні дії, які могли призвести до Вашої смерті?		
	Якщо так, Що Ви робили?		
	Чи здійснювали Ви _____ в якості способи накласти на себе руки?		
	Чи хотілося Вам померти (хоча б трохи), коли Ви _____?		
	Чи намагалися Ви накласти на себе руки, коли Ви _____?		
	Або вважали Ви, що можете померти від _____?		
	Або Ви зробили це за зовсім інших причин/без УСЯКОГО наміру вбити себе (наприклад, з метою зняти напругу, відчуття себе краще, викликати співчуття або тому, що хотіли, щоб щось трапилося)? (самоушкоджувальну поведінку, без наміру вчинити самогубство) Якщо так, опишіть:		
Чи відзначалася у пацієнта несуйцидальна самоушкоджувальна поведінка?			
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			
Людина тримає в руці таблетки, але їй не дають їх проковтнути. Як тільки людина ковтає таблетки, спроба самогубства вважається швидше істинною, а не перерваною.			
Постріл			
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.			
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>		
<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?</i> Якщо так, опишіть:	Так / Ні	
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.		
<i>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?</i> Якщо так, опишіть:	Так / Ні	
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).		
<i>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)?</i> Якщо так, опишіть:	Так / Ні	

СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА	
Інструкція: Відзначте усе, що мало місце, за умови, що йдеться про різні випадки; Ви повинні запитати про всі типи спроби суїциду	
Суїцидальна поведінка	
Суїцидальна поведінка була виявлена під час періоду спостереження.	Так / Ні
Відповідати тільки для справжніх спроб самогубства	
Дата останньої спроби: _____	
Дата найбільш важкої / небезпечної спроби: _____	
Дата найпершої спроби: _____	
Реальна небезпека/шкода для здоров'я	0. Фізичних пошкоджень немає або вони дуже незначні (наприклад, неглибокі подряпини). 1. Незначні фізичні ушкодження (наприклад, опіки першого ступеня, легка кровотеча). 2. Фізичні ушкодження помірної тяжкості; потрібна медична допомога (наприклад, пацієнт у свідомості, але

	сонливий, частково реагує на зовнішні подразники, опіки другого ступеню, кровотеча з великої судини). 3. Фізичні ушкодження середньої тяжкості; потрібна госпіталізація і, ймовірно, інтенсивна терапія (наприклад, коматозний стан зі збереженням рефлексів, опіки третього ступеню, що покривають менше 20% шкіри, сильна, проте не смертельна втрата крові, серйозні переломи). 4. Важкі фізичні ушкодження; потрібна госпіталізація та інтенсивна терапія (наприклад, коматозний стан без збереження рефлексів, опіки третього ступеню, що охоплюють більше 20% шкіри, сильна втрата крові з нестабільними ознаками життя, серйозні пошкодження життєво важливих органів). 5. Смерть.
Дата останньої спроби: _____	
Дата найбільш важкої / небезпечної спроби: _____	
Дата найпершої спроби: _____	
Потенційна небезпека	
Відповідати тільки якщо реальна небезпека=0 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 їй відтягнули і поїзд її не переїхав).	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 / небезпечної 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.

Додаток 5
до Стандарту медичної допомоги
«Депресивні розлади (дорослі та діти)»
(підпункт 7 пункту 3 розділу II)

Шкала депресії Монтгомері-Асберг (MADRS)

ПІБ _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ р.

Інструкція: Інтерв'юер задає питання у відкритій формі, уточнює відповіді при необхідності і оцінює кожен із десяти пунктів, надаючи бали від 0 до 6 відповідно до тяжкості проявів.

1. Суб'єктивне відчуття смутку. Характеризується повідомленням про депресивний настрій, незалежно від того, чи він відображається зовні, чи ні. Включає поганий настрій, відчай або відчуття безпорадності і безнадійності. Оцінюється відповідно до інтенсивності, тривалості та ступеня впливу зовнішніх подій на настрій, за словами пацієнта.

- 0 – Смуток час від часу, залежно від обставин.
- 1 –
- 2 – Смуток або поганий настрій, що легко піднімається.
- 3 –
- 4 – Всеохоплююче відчуття смутку або похмурості. На настрій і досі впливають зовнішні обставини.
- 5 –
- 6 – Постійне або незмінне відчуття смутку, горя або відчаю.

2. Об'єктивні ознаки смутку. Характеризується відчуттями відчаю, суму і розпачу. (Більше, ніж просто поганий настрій, що швидко минає), який відображається в мові, міміці та поставі. Оцінюється за глибиною і неспроможністю підбадьоритися.

- 0 – Смуток відсутній.
- 1 –
- 2 – Виглядає пригніченим(-ою), але настрій легко поліпшується.
- 3 –
- 4 – Виглядає засмученим(-ою) та нещасним(-ою) більшу частину часу.
- 5 –
- 6 – Виглядає нещасним(-ою) весь час. Надзвичайно пригнічений(-а).

3. Внутрішня напруга. Характеризується відчуттями нечітко визначеного дискомфорту, роздратування, внутрішнього неспокою, психічної напруги, що переростає в паніку, страх або тугу. Оцінюється відповідно до інтенсивності, частоти, тривалості та необхідності у заспокоєнні.

- 0 – Повний спокій. Лише швидкоплинна внутрішня напруга.
- 1 –
- 2 – Періодичні відчуття роздратування і нечітко визначеного дискомфорту.
- 3 –
- 4 – Безперервне відчуття внутрішньої напруги або періодичних нападів паніки, які пацієнт може подолати, тільки доклавши певних зусиль.
- 5 –

6 – Неослабний страх або туга. Непереборна паніка.

4. Погіршення сну. Характеризується скороченою тривалістю або порушеною глибиною сну порівняно з нормальним сном пацієнта в здоровому стані.

0 – Сон як зазвичай.

1 –

2 – Незначні проблеми з засинанням або незначне скорочення тривалості сну, неглибокий або переривчастий сон.

3 –

4 – Тривалість сну скорочена або сон переривається принаймні кожні 2 години.

5 –

6 – Менше ніж 2 чи 3 години сну.

5. Зменшення апетиту. Характеризується відчуттям втрати апетиту порівняно із здоровим станом. Оцінюється втрата бажання їсти або необхідність змушувати себе їсти.

0 – Нормальний або підвищений апетит.

1 –

2 – Трохи знижений апетит.

3 –

4 – Відсутність апетиту. Їжа позбавлена смаку.

5 –

6 – Потребує вмовляти інших, щоб з'їсти хоч щось.

6. Труднощі із зосередженням. Важко зібратися з думками, що призводить до повного позбавлення можливості зосередитись. Оцінюється за інтенсивністю, частотою і ступенем обмеження функціонування.

0 – Жодних труднощів із зосередженням.

1 –

2 – Періодично важко зібратися з думками.

3 –

4 – Труднощі із зосередженням і утриманням думки, що знижує здатність читати або підтримувати розмову.

5 –

6 – Нездатність читати або вільно вести розмову.

7. Млявість, втомлюваність. Важко розпочати щось робити або відзначається сповільнення у починанні та виконанні повсякденних справ.

0 – Майже жодних труднощів у починанні справ. Млявості немає.

1 –

2 – Труднощі у починанні справ.

3 –

4 – Труднощі у виконанні простих повсякденних справ, що виконуються із зусиллям.

5 –

6 – Украй виражена млявість. Нездатність що-небудь робити без сторонньої допомоги.

8. Нездатність переживати почуття. Характеризується суб'єктивним відчуттям зниженого інтересу до навколишнього оточення або діяльності, що зазвичай приносить задоволення. Знижена здатність емоційно реагувати на обставини або людей.

- 0 – Нормальний інтерес до оточення та інших людей.
- 1 –
- 2 – Зниження здатності отримати задоволення від звичайних інтересів.
- 3 –
- 4 – Втрата інтересу до оточення. Втрата почуттів до друзів і близьких.
- 5 –
- 6 – «Емоційний параліч», нездатність відчувати гнів, горе або задоволення, повна або навіть хвороблива відсутність почуттів до близьких родичів і друзів.

9. Песимістичні думки. Думки про провину, неповноцінність, самобичування, гріховність, каяття і заподіяну шкоду.

- 0 – Песимістичні думки відсутні.
- 1 –
- 2 – Поперемінні думки про невдачу, самобичування або самоприниження.
- 3 –
- 4 – Постійні самозвинувачення або чіткі, проте раціональні думки про провину або гріх. Наростаючий песимізм щодо майбутнього.
- 5 –
- 6 – Маячні ідеї заподіяної шкоди, докорів совісті або неспокутуваного гріха. Абсурдність і непохитні самозвинувачення.

10. Суїцидальні думки. Характеризується відчуттям, що жити не варто, що природна смерть була б бажана, суїцидальними думками та підготовкою до самогубства. Спроби самогубства не повинні самі по собі впливати на оцінку за цим пунктом.

- 0 – Насолоджується життям або приймає його таким, яким воно є.
- 1 –
- 2 – Життя набридло. Лише швидкоплинні суїцидальні думки.
- 3 –
- 4 – Вважає, що, мабуть, краще б померти. Суїцидальні думки виникають часто і самогубство розглядається як можливе рішення, але без конкретних планів чи намірів.
- 5 –
- 6 – Чіткі плани самогубства при нагоді. Активна підготовка до самогубства.

Загальна сума балів за шкалою MADRS: _____

Інтерпретація сумарного балу MADRS

Сумарний бал	Інтерпретація інтенсивності депресії
0–6	Відсутня або мінімальна депресія
7–19	Легка депресія
20–34	Помірна депресія
35–60	Важка депресія

Додаток 6
до Стандарту медичної допомоги
«Депресивні розлади (дорослі та діти)»
(підпункт 7 пункту 3 розділу II)

Шкала депресії Гамільтона (HAM-D)

ПІБ _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ р.

Інструкція: Під час проведення оцінювання пацієнт проходить клінічне інтерв'ю, під час якого лікар задає питання щодо проявів депресії за останні кілька днів або тижнів, залежно від клінічної ситуації. Інтерв'юєр уважно слухає відповіді пацієнта, спостерігає за його поведінкою та невербальними ознаками, уточнює деталі за потреби, і на основі цього оцінює кожен симптом за шкалою від 0 до максимальної оцінки для відповідного пункту. Всі оцінки сумуються для отримання загального балу, який відображає тяжкість депресивного стану.

1. Депресивний настрій (переживання печалі, безнадійності, безпорадності, 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, мають місце маячні ідеї переслідування	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 засипанні (більше 30 хв)	1
Відсутність труднощів при засипанні	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 засипанням	1
Відсутність	0
7. Працездатність і активність	

Відмова від роботи внаслідок справжнього захворювання	4
Зменшення реального часу прояву активності або зниження продуктивності	3
Втрата інтересу до роботи або хобі, виражена безпосередньо в скаргах або опосередковано, через апатичність і нерішучість (почуття потреби в додатковому зусиллі почати роботу або проявити активність)	2
Думки і відчуття неспроможності, відчуття втоми і слабкості, пов'язане з роботою або хобі	1
Відсутність труднощів	0
8. Загальмованість (сповільненість мислення й мови, порушення здатності концентрувати увагу, зниження моторної активності)	
Ступор	4
Виражені труднощі при проведенні опитування	3
Помітна загальмованість у бесід	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 важкості в живот	1
Відсутність	0
13. Загальні соматичні симптоми	
Будь-які різко виражені симптоми	2
Тяжкість у кінцівках, спині, голові, м'язеві болі, відчуття втрати енергії або занепаду сил	1
Відсутність	0
14. Генітальні симптоми (втрата лібідо, менструальні порушення)	
Сильно виражені	2
Слабко виражені	1
Відсутність симптомів	0
15. Іпохондрія	
Іпохондричне марення	4

Часті скарги, прохання про допомогу	3
Надмірна заклопотаність здоров'ям	2
Захопленість собою (тілесно)	1
Відсутність	0
16. Втрата у вазі	
<i>А. За даними анамнезу</i>	
Не піддається оцінці	3
Явна (зі слів) втрата у вазі	2
Ймовірна втрата у вазі через це захворювання	1
Відсутність	0
<i>Б. Якщо зміни у вазі мають місце щотижня</i>	
Не піддається оцінці	3
Більше 1 кг на тиждень	2
Більше 0,5 кг на тиждень	1
Менше 0,5 кг на тиждень	0
17. Критичність ставлення до хвороби	
Повна відсутність усвідомлення хвороби	2
Усвідомлення хворобливості стану, але віднесення його на рахунок поганої їжі, клімату, перевтоми тощо	1
Усвідомлення хвороби	0
18. Добові коливання	
<i>А. Коли симптоми більш виражені</i>	
Ввечері	2
Вранці	1
Відсутність коливань	0
<i>Б. Ступінь вираженості</i>	
Сильні	2
Слабкі	1
Відсутність	0
19. Деперсоналізація і дереалізація (зміна себе, навколишнього світу)	
Нестерпна	4
Сильна	3
Помірна	2
Слабка	1
Відсутність	0
20. Параноїдальні симптоми	
Марення відношення, переслідування	3
Ідеї відносини	2
Підозрілість	1
Відсутність	0
21. Обсесивні та компульсивні симптоми	
Важкі	2
Легкі	1
Відсутність	0
Інтерпретація	
Немає депресії	<7
Зона ризику депресії	8-12
Легка депресія	13-17
Помірна депресія	18-23
Від виразної до тяжкої депресії	>24

Додаток 7
до Стандарту медичної допомоги
«Депресивні розлади (дорослі та діти)»
(підпункт 9 пункту 3 розділу II)

Опитувальник соматоформних розладів (PHQ-15)

ПІБ _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ р.

Інструкція: визначте, впродовж останніх 4-х місяців наскільки кожне з наступних питань турбувало Вас

Симптоми	Взагалі не турбувало	Трохи турбувало	Значно турбувало
1. Біль у животі			
2. Біль у спині			
3. Біль у руках, ногах, суглобах			
4. Менструальні болі або інші проблеми з менструаціями (ЛИШЕ ДЛЯ ЖІНОК)			
5. Головний біль			
6. Біль у грудях			
7. Запаморочення			
8. Непритомність			
9. Відчуття, немов серце вистрибує з грудей			
10. Задишка			
11. Біль або проблеми під час статевого акту			
12. Запор, пронос або діарея			
13. Нудота, гази або розлад шлунка			
14. Почуття втоми або нестачі енергії			
15. Проблеми зі сном			

Додаток 8
до Стандарту медичної допомоги
«Депресивні розлади (дорослі та діти)»
(підпункт 9 пункту 3 розділу II)

Шкала тривоги Гамільтона (НАМ-А)

ПІБ _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ р.

Інструкція: Під час проведення оцінки НАМ-А клініцист проводить структуроване інтерв'ю, задаючи пацієнту питання щодо проявів тривоги протягом останніх кількох днів або тижня. Інтерв'юер уважно слухає відповіді, спостерігає поведінку пацієнта та його невербальні ознаки, уточнює деталі при необхідності та оцінює кожен із 14 пунктів за шкалою від 0 до 4.

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 (<i>зклопотаність, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість</i>)					
2. Напруження (<i>відчуття напруги, здригання, легко виникає плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися</i>)					
3. Страх (<i>темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту</i>)					
4. Інсомнія (<i>утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості і слабкості при пробудженні, кошмарні сни</i>)					
5. Інтелектуальні порушення (<i>утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті</i>)					
6. Депресивний настрій (<i>втрата звичних інтересів, почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою</i>)					
7. Соматичні м'язові симптоми (<i>біль, посмикування, напруга, судоми клонічні, скрипіння зубами, зривається голос, підвищений м'язовий тонус</i>)					
8. Соматичні сенсорні симптоми (<i>дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання</i>)					
9. Серцево-судинні симптоми (<i>тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання</i>)					
10. Респіраторні симптоми (<i>тиск і стиснення в грудях, задуха, часті зітхання</i>)					
11. Гастроінтестинальні симптоми (<i>утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунку, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запори, зниження ваги тіла</i>)					
12. Сечостатеві симптоми (<i>часте сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція</i>)					
13. Вегетативні симптоми (<i>сухість у роті, почервоніння або блідість шкіри, пітливість, головні болі з відчуттям напруги</i>)					

14. Поведінка при проходженні тесту (йорзання на стільці, неспокійні руху, тремор, нахмурення особи, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання, часте ковтання слини)					
---	--	--	--	--	--

Інтерпретація:

< 6 - симптомів тривоги немає.

7 до 13 - можуть бути тривожні розлади.

14 до 20 - тривога.

21 до 28 - симптоматична тривога.

>29 - пацієнт з вираженим тривожним станом.

Додаток 9
до Стандарту медичної допомоги
«Депресивні розлади (дорослі та діти)»
(підпункт 11 пункту 3 розділу II)

Структура патопсихологічного висновку

№ з/п	Компонент патопсихологічного висновку	Зміст
1	Загальні відомості	Скарги пацієнта, анамнез життя та анамнез захворювання
2	Умови проведення обстеження та валідність результатів	Опис умов проведення обстеження, рівня співпраці пацієнта, мотивації до обстеження, а також чинників, що могли впливати на достовірність результатів (втома, тривога, соматичний стан, прийом лікарських засобів тощо)
3	Застосовані психодіагностичні методики	Перелік методик із зазначенням їх призначення та сфер оцінки (емоційний стан, когнітивні функції, особистісні особливості)
4	Результати обстеження та їх інтерпретація	Опис та інтерпретація отриманих результатів у клінічному контексті без встановлення медичного діагнозу
5	Емоційний стан та особистісні особливості	Характеристика емоційного стану та особливостей особистісного реагування
6	Когнітивні функції	Оцінка уваги, пам'яті, мислення, інших когнітивних процесів
7	Рівень функціонування	Оцінка впливу психоемоційних і когнітивних порушень на повсякденне, соціальне, професійне або навчальне функціонування
8	Оцінка суїцидального ризику	Наявність або відсутність психологічних маркерів суїцидального ризику (в межах компетенції клінічного психолога, без формулювання медичних висновків)
9	Узагальнений висновок	Синтез ключових результатів обстеження та їх значення для клінічної оцінки пацієнта у вигляді синдромологічного діагнозу (в межах компетенції клінічного психолога, без формулювання медичних висновків)
10	Рекомендації	Рекомендації щодо подальшого клінічного ведення пацієнта (в межах компетенції клінічного психолога), зокрема доцільність психотерапевтичної допомоги, повторного обстеження та міждисциплінарної взаємодії

Додаток 10
до Стандарту медичної допомоги
«Депресивні розлади (дорослі та діти)»
(підпункт 2 пункту 3 розділу III)

Варіанти лікування легкої депресії в порядку інтерпретації їхньої клінічної та економічної ефективності та врахування факторів впровадження

Лікування	Елементи втручання	Ключові ознаки
Керована самодопомога	Друковані або цифрові матеріали, що дозволяють застосовувати принципи керованої самопомоги, включно зі структурованою КПТ, структурованою поведінковою активацією (далі – ПА), матеріалами для вирішення проблем або психоосвіти. Матеріали можуть надаватися очно, телефоном або онлайн. Підтримка з боку кваліфікованого спеціаліста, який супроводжує втручання самопомоги, заохочує до його завершення, а також регулярно оцінює прогрес і результати. Зазвичай, складається з 6–8 структурованих регулярних сесій.	Сфокусована на тому, як думки, переконання, установки, емоції та поведінка взаємодіють, та навчас навичок подолання труднощів для більш адаптивного реагування на життєві ситуації. Характеризується цільовою спрямованістю та чіткою структурованістю. Орієнтована на вирішення поточних проблем. Може бути доречною для пацієнтів, які не бажають обговорювати депресивні переживання у груповому форматі. Потребує достатнього рівня самомотивації та готовності до самостійної роботи (хоча передбачається регулярна професійна підтримка). Забезпечує гнучкість у плануванні, що дозволяє адаптувати сесії до інших життєвих або професійних зобов'язань. Для цифрових форматів необхідно враховувати доступ до відповідних технологій та здатність користуватися комп'ютерними або мобільними програмами. Має менші можливості індивідуальної адаптації, порівняно з індивідуальними психологічними методами лікування. Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозної терапії.
Групова КПТ	Групове втручання, яке проводять два фахівці, принаймні один із яких	Зосереджується на взаємодії між думками, переконаннями, установками, емоціями та поведін-

	є лікарем-психологом, лікарем-психотерапевтом, клінічним психологом або психотерапевтом та має спеціалізовану підготовку з психотерапії і досвід проведення групових втручань; другим фахівцем може бути лікар-психолог, лікар-психотерапевт, клінічний психолог або психотерапевт, підготовлений до проведення групових психотерапевтичних або психосоціальних втручань. Зазвичай, складається з 8 регулярних терапевтичних сеансів. Оптимальна кількість учасників у групі близько 8 осіб.	ною, а також навчає навичок подолання труднощів для більш адаптивного реагування на життєві ситуації. Має чітку цільову спрямованість і структурований формат. Орієнтоване на вирішення поточних проблем та зменшення актуальної симптоматики. Може бути корисною для осіб, які здатні розпізнавати негативні думки або некорисні моделі поведінки та мають намір їх змінити. Дозволяє отримати підтримку від інших учасників, які можуть мати подібний життєвий або клінічний досвід. Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозного лікування. Передбачає готовність учасника виконувати домашні завдання між сесіями.
Групова поведінкова активація (далі – ГПА)	Групове втручання, яке проводять два фахівці, принаймні один із яких є лікарем-психологом, лікарем-психотерапевтом, клінічним психологом або психотерапевтом та має спеціалізовану підготовку з психотерапії і досвід проведення групових втручань; другим фахівцем може бути лікар-психолог, лікар-психотерапевт, клінічний психолог або психотерапевт, підготовлений до проведення групових психотерапевтичних або психосоціальних втручань. Зазвичай складається з 8 регулярних терапевтичних сесій. Оптимальна кількість учасників у групі близько 8 осіб.	Зосереджується на визначенні зв'язку між повсякденною діяльністю особи та її настроєм. Допомагає пацієнтам розпізнавати поведінкові закономірності, планувати практичні зміни, що зменшують уникнення, та активізувати поведінку, пов'язану з покращенням настрою. Має чітку цільову спрямованість і структурований формат. Орієнтоване на вирішення поточних проблем. Не спрямоване безпосередньо на опрацювання думок і почуттів, а фокусується переважно на поведінкових змінах. Може бути особливо корисною для осіб, у яких депресивний стан призвів до соціальної ізоляції, зменшення активності, бездіяльності, або виник унаслідок зміни життєвих обставин чи порушення звичного розпорядку дня. Дозволяє отримати підтримку від інших учасників групи, які можуть мати подібний досвід.

		Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозного лікування.
Індивідуальна КПТ	Індивідуальне втручання проводиться лікарем-психологом, лікарем-психотерапевтом, клінічним психологом або психотерапевтом, який має спеціалізовану підготовку з когнітивно-поведінкової психотерапії. Зазвичай складається з 8 стандартних терапевтичних сесій. Додаткові сесії можуть бути необхідні для осіб із супутніми психічними або соматичними захворюваннями, складними соціальними потребами або для усунення залишкової симптоматики.	Зосереджується на взаємодії між думками, переконаннями, установками, емоціями та поведінкою, а також навчає навичок подолання труднощів і більш адаптивного реагування на життєві ситуації. Має цільову спрямованість і чітко структурований формат. Орієнтована на вирішення поточних проблем і зменшення актуальної симптоматики. Може бути корисною для осіб, які здатні розпізнавати негативні автоматичні думки або некорисні моделі поведінки та мають мотивацію до їх зміни. Може підійти пацієнтам, які не бажають обговорювати депресивні переживання у груповому форматі. Не передбачає можливості отримання підтримки від інших учасників, які можуть мати подібний досвід. Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозного лікування. Передбачає готовність пацієнта виконувати домашні завдання між сесіями.
Індивідуальна поведінкова активація (далі – ПА)	Індивідуальне втручання, яке проводить фахівець який є лікарем-психологом, лікарем-психотерапевтом, клінічним психологом або психотерапевтом. Зазвичай складається з 8 стандартних терапевтичних сесій. Додаткові сесії можуть бути необхідні для осіб із супутніми психічними або соматичними захворюваннями, складними соціальними потребами або для опрацювання залишкових симптомів.	Зосереджується на визначенні зв'язку між повсякденною діяльністю особи та її настроєм. Допомагає пацієнту розпізнавати поведінкові закономірності, планувати практичні зміни, що зменшують уникнення, та активізувати поведінку, пов'язану з покращенням настрою. Має чітку цільову спрямованість і структурований формат. Орієнтоване на вирішення поточних проблем і відновлення повсякденної активності. Не спрямоване безпосередньо на опрацювання думок і почуттів, а фокусується переважно на поведінкових змінах.

		Може бути особливо корисною для осіб, у яких депресивний стан призвів до соціальної ізоляції, зменшення активності, бездіяльності, або виник внаслідок зміни життєвих обставин чи порушення звичного розпорядку дня. Підходить людям, які не бажають обговорювати депресивні переживання у груповому форматі. Не передбачає можливості отримання підтримки від інших пацієнтів, які можуть мати подібний досвід. Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозного лікування. Передбачає готовність пацієнта виконувати домашні завдання між сесіями.
Групові вправи	Групова фізична активність, що проводиться фахівцем який є лікарем-психологом, лікарем-психотерапевтом, клінічним психологом або психотерапевтом та має спеціалізовану підготовку і досвід проведення групових втручань. Використовує програму фізичної активності, спеціально розроблену для осіб із депресивними розладами. Зазвичай, передбачає понад одне заняття на тиждень впродовж приблизно 10 тижнів. Оптимальна кількість учасників у групі близько 8 осіб.	Включає аеробні вправи помірної інтенсивності, адаптовані до можливостей учасників. Не спрямована безпосередньо на опрацювання думок і почуттів, а фокусується переважно на фізичній активності та поведінковій активації. Може забезпечувати підтримку з боку інших учасників, які мають подібний досвід. Може потребувати індивідуальної адаптації у разі наявності соматичних захворювань або фізичних обмежень, що ускладнюють виконання вправ. Може потребувати психологічної адаптації з урахуванням таких чинників, як тривога, сором або знижена мотивація, які можуть перешкоджати залученню до занять. Передбачає значні часові витрати та регулярну участь. Сприяє покращенню фізичного здоров'я та загального самопочуття. Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозного лікування.

Групова усвідомленість та медитація	Групове втручання, яке зазвичай проводять два фахівці, принаймні один із яких який є лікарем-психологом, лікарем-психотерапевтом, клінічним психологом або психотерапевтом та має спеціалізовану підготовку і досвід проведення групових втручань. Використовує структуровану програму, зокрема когнітивну терапію на основі усвідомленості, спеціально розроблену для осіб із депресивними розладами. Зазвичай складається з 8 регулярних терапевтичних сесій. Типова чисельність групи від 8 до 15 учасників.	Основна увага приділяється зосередженню на теперішньому моменті, спостереженню та перебуванню з думками, емоціями та тілесними відчуттями, а також виконанню дихальних і медитативних вправ. Передбачає підвищення рівня усвідомлення та здатності розпізнавати думки й почуття, а не їх безпосередню зміну або корекцію. Не спрямована безпосередньо на вирішення міжособистісних, професійних або інших зовнішніх стресових чинників, які можуть сприяти розвитку депресії. Може бути корисною для осіб, які прагнуть сформуванню інший, більш прийнятний і дистанційований погляд на негативні думки, емоції або тілесні відчуття. Може бути складною для людей, які переживають інтенсивні, нав'язливі або виражено тривожні думки, а також для тих, кому важко зосереджувати увагу на тілесних відчуттях. Дозволяє отримати підтримку від інших учасників групи, які можуть мати подібний досвід. Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозного лікування. Передбачає готовність пацієнта виконувати домашні завдання, зокрема самостійно практикувати вправи усвідомленості з використанням аудіозаписів між сесіями.
Інтерперсональна терапія (Інтер-ПТ)	Індивідуальне втручання, яке проводить фахівець який є лікарем-психологом, лікарем-психотерапевтом, клінічним психологом або психотерапевтом та має спеціалізовану підготовку і досвід проведення групових втручань. Зазвичай складається з 8–16 стандартних терапевтичних сесій. Додаткові сесії можуть бути необхідні для осіб із супутніми	Основна увага приділяється виявленню зв'язку між міжособистісними стосунками або життєвими обставинами та депресивною симптоматикою, дослідженню емоцій і зміні міжособистісних реакцій. Має чітко структурований терапевтичний підхід. Орієнтована на вирішення поточних проблем у сфері міжособистісних взаємодій.

	психічними або соматичними захворюваннями, складними соціальними потребами або для опрацювання залишкових симптомів.	Мета терапії полягає у зміні моделей міжособистісних стосунків, а не у безпосередньому фокусі на депресивних думках, пов'язаних із цими стосунками. Може бути корисною для осіб із депресією, пов'язаною з міжособистісними труднощами, зокрема у випадках адаптації до втрат, змін у стосунках або трансформації міжособистісних ролей. Підходить пацієнтам, які не бажають обговорювати депресивні переживання у груповому форматі. Передбачає готовність пацієнта аналізувати власні міжособистісні стосунки та емоційні реакції. Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозного лікування.
--	---	--

Додаток 11
до Стандарту медичної допомоги
«Депресивні розлади (дорослі та діти)»
(підпункт 3 пункту 3 розділу III)

Немедикаментозне та медикаментозне втручання при помірному та тяжкому депресивному розладі

Лікування	Елементи втручання	Ключові ознаки
Поєднання індивідуальної КПТ та антидепресанта	Поєднання індивідуальної КПТ та курсу антидепресантів (див. деталі щодо фармакотерапії нижче).	Поєднує переваги регулярних терапевтичних сесій КПТ з ефектом медикаментозного лікування. Сеанси з терапевтом забезпечують ранню та безперервну психологічну підтримку у період, коли антидепресанти лише починають діяти. Фармакотерапія може бути розпочата негайно, а КПТ – якнайшвидше після цього, з метою досягнення синергічного терапевтичного ефекту. Слід враховувати, що антидепресанти можуть мати побічні ефекти, а для деяких пацієнтів припинення медикаментозного лікування з часом може бути складним і потребує поступового контролю під наглядом лікаря.
Індивідуальна КПТ	Індивідуальне втручання проводиться лікарем-психологом, лікарем-психотерапевтом, клінічним психологом або психотерапевтом, який має спеціалізовану підготовку з когнітивно-поведінкової психотерапії. Зазвичай складається з 16 стандартних терапевтичних сесій. Додаткові сесії можуть бути необхідні для осіб із супутніми психічними або соматичними захворюваннями, складними соціальними потребами або для опрацювання залишкових симптомів. Має чітку цільову спрямованість і структурований формат.	Зосереджується на взаємодії між думками, переконаннями, установками, емоціями та поведінкою, а також навчає практичних навичок подолання труднощів для більш адаптивного реагування на життєві ситуації. Може бути корисною для осіб, які здатні розпізнавати негативні автоматичні думки або некорисні моделі поведінки та мають мотивацію до їх зміни. Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозного лікування. Передбачає активну участь пацієнта, зокрема готовність виконувати домашні завдання.

	Орієнтована на вирішення поточних проблем та зменшення актуальної симптоматики.	
Індивідуальна ПА	Індивідуальне втручання, яке проводить фахівець який є лікарем-психологом, лікарем-психотерапевтом, клінічним психологом або психотерапевтом. Зазвичай складається з 12–16 стандартних терапевтичних сесій. Додаткові сесії можуть бути необхідні для осіб із супутніми психічними або соматичними захворюваннями, складними соціальними потребами або для опрацювання залишкових симптомів.	Зосереджується на виявленні зв'язку між повсякденною діяльністю пацієнта та його/її настроєм. Допмагає пацієнту розпізнавати поведінкові закономірності, планувати практичні зміни, що зменшують уникнення, та активізувати поведінку, пов'язану з покращенням настрою. Має чітку цільову спрямованість і структурований формат. Орієнтована на вирішення поточних проблем та відновлення повсякденної активності. Не спрямована безпосередньо на опрацювання думок і почуттів, а фокусується переважно на поведінкових змінах. Може бути особливо корисною для осіб, у яких депресивний стан призвів до соціальної ізоляції, зменшення активності або бездіяльності, а також у випадках депресії, пов'язаної зі змінами життєвих обставин чи порушенням звичного розпорядку дня. Може підійти пацієнтам, які не бажають обговорювати депресивні переживання у груповому форматі. Не передбачає можливості отримання підтримки від інших учасників, які можуть мати подібний досвід. Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозного лікування. Передбачає готовність пацієнта виконувати домашні завдання між сесіями.
Антидепресанти	Огляд пацієнта, зазвичай, проводиться впродовж 2 тижнів, для перевірки стану пацієнта, симптомів та наявності побічних ефектів лікування. Огляд пацієнта	СІЗЗС, зазвичай, добре переносяться, мають сприятливий профіль безпеки та рекомендовані, як препарати першого вибору для більшості пацієнтів.

	проводиться через 1 тиждень після початку прийому антидепресанту, якщо призначення зроблено для особи віком від 18 до 25 років або якщо є особливе занепокоєння щодо ризику самогубства. Антидепресанти, зазвичай, призначаються щонайменше на 6 місяців, включно з періодом після зникнення основних симптомів депресії. Можуть належати до групи СИЗЗС, СИЗЗН або інших груп антидепресантів, залежно від клінічної картини та попереднього досвіду лікування. Початок лікування, титрація та припинення лікування мають здійснюватися відповідно до чинних клінічних рекомендацій щодо призначення та відміни антидепресантів). Трициклічні антидепресанти (далі – ТЦА) мають підвищений ризик небезпеки при передозуванні.	Вибір конкретного препарату залежить від індивідуальних клінічних чинників, зокрема бажаних фармакологічних ефектів (наприклад, седації), наявності супутніх захворювань, взаємодії з іншими лікарськими засобами, ризику суїцидальної поведінки, а також попередньої відповіді на антидепресанти. Лікування потребує мінімальних часових витрат з боку пацієнта, проте вимагає регулярних лікарських оглядів, особливо на початку терапії та під час поступового припинення прийому препарату. Позитивний клінічний ефект, зазвичай, очікується впродовж перших 4 тижнів лікування. Можливі побічні ефекти, а для деяких пацієнтів припинення прийому антидепресантів може бути складним і потребує поступового зниження дози під медичним наглядом.
Індивідуальне вирішення проблем	Індивідуальне втручання, яке проводить фахівець який є лікарем-психологом, лікарем-психотерапевтом, клінічним психологом або психотерапевтом. Зазвичай складається з 6–12 стандартних терапевтичних сесій.	Основна увага приділяється структурованому процесу вирішення проблем, який включає: чітке визначення проблеми; генерацію альтернативних рішень; вибір оптимального варіанту; розробку та реалізацію плану дій; оцінку ефективності обраного рішення. Має чітку цільову спрямованість і структурований формат. Орієнтоване на вирішення поточних життєвих труднощів та підвищення відчуття контролю над ситуаціями. Може бути корисним для пацієнтів, які прагнуть подолати актуальні проблеми та покращити навички самостійного вирішення труднощів у майбутньому. Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозного лікування.

		Передбачає активну участь пацієнта, зокрема готовність виконувати домашні завдання між сесіями.
Консультування	Індивідуальні консультативні сесії, які проводить фахівець який є лікарем-психологом, лікарем-психотерапевтом, клінічним психологом або психотерапевтом. Зазвичай, складається з 12–16 стандартних сесій. Додаткові сесії можуть бути необхідні для осіб із супутніми психічними або соматичними захворюваннями, складними соціальними потребами або для опрацювання залишкової симптоматики. Застосовується емпірично перевірений, структурований протокол, спеціально розроблений для лікування депресії.	Основна увага приділяється опрацюванню емоцій та пошуку їхнього особистісного значення, що допомагає людині знаходити власні рішення та розвивати індивідуальні механізми подолання труднощів. Забезпечує емпатичне слухання, підтримку та безпечний простір для емоційного дослідження. Передбачає використання емоційно-орієнтованих інтервенцій, спрямованих на підвищення самосвідомості та кращого розуміння себе, своїх стосунків і реакцій на інших, без надання прямих інструкцій щодо зміни поведінки. Може бути корисним для осіб, у яких депресивні симптоми пов'язані з психосоціальними, міжособистісними або професійними труднощами. Підходить пацієнтам, які не бажають обговорювати свої переживання у груповому форматі. Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозного лікування.
Короткострокова психодинамічна психотерапія (далі – КПДПТ)	Індивідуальне втручання проводиться лікарем-психологом, лікарем-психотерапевтом, клінічним психологом або психотерапевтом, який має спеціалізовану підготовку з психодинамічної психотерапії. Зазвичай, складається з 16 стандартних терапевтичних сесій. Додаткові сесії можуть бути необхідні для осіб із супутніми психічними або соматичними захворюваннями, складними соціальними потребами або для опрацювання залишкових симптомів. Використовує емпірично валідований, структурований	Основна увага приділяється розпізнаванню та опрацюванню складних емоцій у значущих міжособистісних стосунках і стресових ситуаціях, а також виявленню повторюваних міжособистісних і внутрішньопсихічних патернів. Поєднує фокус на усвідомленні (інсайті) та роботі з афектом. Взаємовідносини між терапевтом та пацієнтом з депресією включені до фокусу роботи та використовуються для опрацювання ключових актуальних конфліктів. Може бути корисною для осіб, у яких депресивна симптоматика

	протокол, спеціально розроблений для лікування депресії.	пов'язана з емоційними та розвитковими труднощами у міжособистісних стосунках. Може бути менш підходящою для пацієнтів, які не бажають або не готові зосереджуватися на власних почуттях, а також обговорювати близькі чи сімейні стосунки. Підходить пацієнтам, які надають перевагу індивідуальному формату та не бажають обговорювати депресивні переживання у групі. Фокус на болісних переживаннях у близьких або сімейних стосунках на початкових етапах терапії може супроводжуватися тимчасовим підвищенням тривоги. Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозного лікування.
Інтер-ІТ	Індивідуальне втручання, яке проводить фахівець який є лікарем-психологом, лікарем-психотерапевтом, клінічним психологом або психотерапевтом та має спеціалізовану підготовку і досвід проведення групових втручань. Зазвичай складається з 16 стандартних терапевтичних сесій. Додаткові сесії можуть бути необхідні для осіб із супутніми психічними або соматичними захворюваннями, складними соціальними потребами або для усунення залишкової симптоматики.	Основна увага приділяється виявленню зв'язку між міжособистісними стосунками або життєвими обставинами та депресивною симптоматикою, дослідженню емоцій і модифікації міжособистісних реакцій. Має чітко структурований терапевтичний підхід. Орієнтована на вирішення поточних міжособистісних проблем. Мета терапії полягає у зміні дисфункціональних моделей стосунків, а не у безпосередньому фокусі на депресивних автоматичних думках, пов'язаних із цими стосунками. Може бути особливо корисною для осіб із депресією, пов'язаною з міжособистісними труднощами, зокрема у випадках адаптації до втрат, змін у стосунках або трансформації міжособистісних ролей. Підходить пацієнтам, які не бажають обговорювати депресивні переживання у груповому форматі.

		Передбачає готовність пацієнта аналізувати власні міжособистісні стосунки та емоційні реакції. Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозного лікування.
Керована самодопомога	Друковані або цифрові матеріали, що відповідають принципам керованої самодопомоги, зокрема структурованій КПТ, структурованій поведінковій активації, матеріалам для вирішення проблем або психоосвіти. Матеріали можуть надаватися очно, телефоном або онлайн. Передбачає підтримку з боку кваліфікованого спеціаліста, який супроводжує процес самодопомоги, заохочує до завершення втручання та оцінює прогрес і результати. Підтримка, зазвичай, складається з 6–8 структурованих регулярних сесій.	Зосереджується на взаємодії між думками, переконаннями, установками, емоціями та поведінкою, а також навчає навичок подолання труднощів для більш адаптивного реагування на життєві ситуації. Має чітку цільову спрямованість і структурований формат. Орієнтована на вирішення поточних проблем. У разі помірної або тяжкої депресії доцільно ретельно розглянути інші варіанти лікування, що передбачають більший обсяг контакту з терапевтом. Вимагає достатнього рівня самомотивації та готовності до самостійної роботи, хоча передбачає регулярну професійну підтримку. Забезпечує гнучкість у плануванні, що дозволяє адаптувати сесії до інших життєвих або професійних зобов'язань. Для цифрових форматів необхідно враховувати доступ до відповідних технологій та здатність користуватися комп'ютерними або мобільними програмами. Має обмежені можливості індивідуальної адаптації, порівняно з індивідуальними психологічними методами лікування. Дозволяє уникнути потенційних побічних ефектів медикаментозного лікування.
Групові фізичні вправи	Групова фізична активність, що проводиться фахівцем який є лікарем-психологом, лікарем-психотерапевтом, клінічним психологом або психотерапевтом та має спеціалізовану	Включає аеробні вправи помірної інтенсивності, адаптовані до фізичних можливостей учасників. Не спрямовані безпосередньо на опрацювання думок і почуттів, а фокусуються переважно на

	підготовку і досвід проведення групових втручань. Використовується програма фізичної активності, спеціально розроблена для осіб із депресивними розладами. Зазвичай, передбачає більше одного заняття на тиждень впродовж приблизно 10 тижнів. Оптимальна кількість учасників у групі — близько 8 осіб.	фізичній активності та поведінковій активації. У разі помірної або тяжкої депресії доцільно ретельно розглянути інші варіанти лікування, що передбачають більший обсяг контакту з терапевтом. Дозволяють отримати підтримку від інших учасників, які можуть мати подібний досвід. Можуть потребувати індивідуальної адаптації у разі наявності соматичних захворювань або фізичних обмежень, що ускладнюють виконання вправ. Можуть потребувати психологічної адаптації, зокрема з урахуванням тривоги, сорому або зниженої мотивації, які можуть перешкоджати залученню до занять. Передбачають значні часові витрати та регулярну участь. Сприяють покращенню фізичного здоров'я та загального самопочуття. Дозволяють уникнути потенційних побічних ефектів медикamentозного лікування.
--	---	--

Додаток 12
до Стандарту медичної допомоги
«Депресивні розлади (дорослі та діти)»
(підпункт 3 пункту 3 розділу IV)

Модель поетапного втручання при депресивних розладах у дітей та підлітків

Фокус	Дії / втручання	Рівень надання медичної допомоги
Виявлення	Первинна оцінка психоемоційного стану та ризику самоушкоджувальної або суїцидальної поведінки	Первинний та/або спеціалізований
Розпізнавання	Виявлення депресивних симптомів у дітей та підлітків, які звертаються за медичною або психологічною допомогою, з подальшим направленням відповідно до клінічної потреби	Первинний та/або спеціалізований
Легка депресія (включно з дистимією)	Динамічне клінічне спостереження; цифрова КПТ, групова КПТ, групова Інтер-ПТ, групова НДПТ У разі, якщо спільне прийняття рішень на основі повної клінічної оцінки (з урахуванням рівня розвитку та зрілості) вказує на недосягнення результату – індивідуальна КПТ або сімейна терапія, заснована на теорії прив'язаності	Первинний; Первинний та/або спеціалізований
Помірна або важка депресія (діти віком 5–11 років)	Сімейна Інтер-ПТ, сімейна терапія (сімейно-сфокусована терапія дитячої депресії, системно-інтегративна сімейна терапія); психодинамічна психотерапія або індивідуальна КПТ За наявності клінічних показань у поєднанні з антидепресантом, зареєстрованим для застосування у дітей відповідного віку згідно з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу.	Спеціалізований
Помірна або важка депресія (діти віком 12–18 років)	Індивідуальна КПТ За наявності клінічних показань – у поєднанні з антидепресантом, зареєстрованим для застосування у дітей відповідного віку згідно з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу. Якщо спільне прийняття рішень на основі повної клінічної оцінки (з урахуванням рівня розвитку та зрілості) вказує на незадоволені потреби – Інтер-ПТ, сімейна терапія (на основі прив'язаності або системна), короточасні психосоціальні втручання або психодинамічна психотерапія у поєднанні з антидепресантом, зареєстрованим для застосування у дітей відповідного віку згідно з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу.	Спеціалізований
Депресія, що не піддається	Інтенсивна психологічна терапія; медикаментозна терапія (з або без	Спеціалізований

лікуванню / рецидивуюча де- пресія / психотична депресія	антидепресантом, зареєстрованим для застосування у дітей відповідного віку згідно з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу); за клінічними показаннями – підсилення антипсихотичним препаратом	
---	---	--
