# ГОСТРА СТРЕСОВА РЕАКЦІЯ ТА ПТСР У МКХ-11 І DSM-5-TR: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДІАГНОСТИЧНИХ КРИТЕРІЇВ ДЛЯ ПСИХОЛОГІЇ ЖЕРТВИ

***Тертишна С. О.,*** *Київський університет інтелектуальної власності та права*

**DOI:** 10.53672/ej.6.2026.04.14 Check for updates

**Анотація.** У тезах здійснено порівняльний аналіз діагностичних критеріїв гострої стресової реакції, гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у МКХ-11 та DSM-5-TR. Авторка встановлює, що МКХ-11 розглядає гостру стресову реакцію як транзиторну, непатологічну відповідь на надзвичайно загрозливу подію, тоді як DSM-5-TR визначає гострий стресовий розлад як окрему діагностичну категорію з чіткими часовими і симптомними критеріями. Авторка зіставляє вузьку трикомпонентну модель ПТСР МКХ-11 (повторне переживання, уникнення, поточна загроза) із ширшою чотирикомпонентною моделлю DSM-5-TR (вторгнення, уникнення, негативні когнітивно-емоційні зміни, збудження/реактивність) та окремо виділеним у МКХ-11 діагнозом комплексного ПТСР, спираючись на порівняльні дослідження M. B. First, P. Hyland, C. R. Brewin та співавторів. Авторка доходить висновку, що для психології жертви кримінального правопорушення принципово не ототожнювати закономірну гостру реакцію на травму з психічним розладом і враховувати тривалість симптомів, їх структуру та вплив на функціонування під час формування психологічного висновку.

**Ключові слова:** гостра стресова реакція, посттравматичний стресовий розлад, МКХ-11, DSM-5-TR, комплексний ПТСР, психологія жертви

**Постановка проблеми.** Після кримінального посягання або іншої травматичної події людина може переживати інтенсивний страх, безпорадність, дезорієнтацію, нав'язливі спогади, уникнення нагадувань про подію та підвищену настороженість. Такі прояви потребують психологічного розуміння, однак сам факт сильної реакції на травму не означає наявності психічного розладу. Для психології жертви принциповим є розмежування закономірної гострої стресової реакції та станів, що відповідають діагностичним критеріям розладу. Додаткову складність створює різниця між МКХ-11 та DSM-5-TR: вони по-різному визначають гострі посттравматичні стани й структурують ПТСР.

**Мета.** Порівняти діагностичні критерії гострої стресової реакції, гострого стресового розладу та ПТСР у МКХ-11 і DSM-5-TR та визначити значення цих відмінностей для психологічного розуміння стану постраждалої особи.

**Аналіз стану опрацювання питання.** Всесвітня організація охорони здоров'я у клінічних описах і діагностичних вимогах до МКХ-11 розміщує посттравматичний стресовий розлад і комплексний ПТСР у групі розладів, безпосередньо пов'язаних зі стресом, тоді як гостру стресову реакцію відносить до категорії факторів, що впливають на стан здоров'я або звернення по медичну допомогу [1]. Отже, в МКХ-11 гостра реакція на винятково загрозливу подію не є психічним розладом сама по собі. Такий підхід важливий для психологічної практики, оскільки не патологізує ранню реакцію людини після травми.

DSM-5-TR, навпаки, містить окрему діагностичну категорію гострого стресового розладу (ГСР) у групі розладів, пов'язаних із травмою та стресорами, а ПТСР визначає як окремий розлад із чотирма симптомними кластерами [2]. Порівняльний аналіз First та співавторів показує, що відмінності між ICD-11 і DSM-5 стосуються не лише термінології, а й самої організації діагности-

чних конструкцій [3]. Дослідження Hyland та співавторів також демонструють, що різна ширина симптомних моделей може впливати на кількість осіб, які відповідають критеріям ПТСР [4].

**Виклад основного матеріалу.** У МКХ-11 гостра стресова реакція є транзиторною відповіддю на подію або ситуацію надзвичайно загрозливого чи жахливого характеру. Її прояви можуть включати заціпеніння, сплутаність, тривогу, пригнічений настрій, гнів, відчай, надмірну або знижену активність, соціальне відсторонення та вегетативні симптоми [1]. Ключовим є те, що ця реакція розглядається як безпосередня відповідь на тяжкий стресор і не прирівнюється до психічного розладу.

У DSM-5-TR ГСР є діагнозом, який може встановлюватися після травматичної події за наявності щонайменше дев'яти симптомів із п'яти груп: вторгнення, негативний настрій, дисоціативні симптоми, уникнення та збудження/ реактивність [2]. Симптоми мають тривати від трьох днів до одного місяця після травми, спричиняти клінічно значущий дистрес або функціональне порушення та не пояснюватися іншими станами. Таким чином, DSM-5-TR проводить чітку діагностичну межу між короткочасною реакцією і розладом через сукупність симптомів, їх тривалість та наслідки для функціонування.

МКХ-11 використовує відносно вузьку модель ПТСР, зосереджену на трьох групах симптомів: повторному переживанні травматичної події в теперішньому часі, уникненні нагадувань про травму та стійкому відчутті поточної загрози [1; 3]. Для діагнозу необхідне не лише формальне набрання симптомів, а й наявність клінічно значущого порушення функціонування. Така модель спрямована на виділення симптомів, найбільш специфічних для посттравматичного синдрому.

Окремою категорією МКХ-11 є комплексний ПТСР. Він включає всі основні прояви ПТСР та додаткові порушення самоорганізації: труднощі регуляції афекту, стійке негативне уявлення про себе та труднощі у взаєминах [3]. Отже, МКХ-11 розмежовує ПТСР і комплексний ПТСР як окремі діагностичні конструкції.

DSM-5-TR описує ПТСР за чотирма основними кластерами: симптоми вторгнення; стійке уникнення; негативні зміни когніцій і настрою; зміни збудження та реактивності [2]. Для діагнозу потрібна відповідна сукупність симптомів, тривалість понад один місяць, клінічно значущий дистрес або функціональне порушення та виключення альтернативного пояснення. На відміну від МКХ-11, де комплексний ПТСР виокремлено як самостійний діагноз [5], DSM-5-TR такого діагнозу не має, хоча його модель охоплює широкий спектр негативних змін когнітивної та емоційної сфери. Основні відмінності двох класифікаційних підходів узагальнено в табл. 1.

Таблиця 1. Основні відмінності діагностичних підходів Критерій МКХ-11 DSM-5-TR Гострий стан Гостра стресова реакція; не є Гострий стресовий розлад; окремий

психічним розладом діагноз ПТСР 3 кластери: повторне 4 кластери: вторгнення, уникнення,

переживання, уникнення, негативні когнітивно-емоційні зміни,

поточна загроза збудження/реактивність Комплексний Окремий діагноз із Окремого діагнозу немає ПТСР порушеннями самоорганізації Дисоціативні Не є основним ядром ПТСР Окремо представлені серед критеріїв прояви ГСР; для ПТСР передбачено

дисоціативний підтип Часова межа Симптоми мають бути Понад 1 місяць для ПТСР стійкими протягом

щонайменше кількох тижнів

Відмінності класифікацій мають безпосереднє психологічне значення. Після злочинного посягання постраждала особа може мати сильні емоційні та соматичні прояви, але це ще не дає підстав автоматично говорити про ПТСР. У межах МКХ-11 рання гостра реакція може розглядатися як закономірна відповідь на надзвичайний стресор [1]. У DSM-5-TR частина осіб у перший місяць може відповідати критеріям ГСР [2]. Тому психологічний опис має відділяти факт травматичної події, переживання людини, наявні симптоми, їх тривалість і функціональні наслідки.

Власний аналітичний результат полягає у виокремленні трьох рівнів розмежування: по-перше, нормативна гостра реакція проти діагностичного ГСР; по-друге, вузька трикомпонентна модель ПТСР МКХ-11 проти ширшої чотирикомпонентної моделі DSM-5-TR; по-третє, наявність окремого комплексного ПТСР у МКХ-11. Така схема дозволяє точніше описувати психологічний стан жертви й уникати ототожнення інтенсивності переживань із психічним розладом.

**Висновки.** МКХ-11 та DSM-5-TR мають спільну травматичну основу, але по-різному організовують діагностику гострих і посттравматичних станів.

Гостра стресова реакція в МКХ-11 не є психічним розладом, тоді як гострий стресовий розлад у DSM-5-TR є окремою діагностичною категорією з визначеними часовими та симптомними критеріями.

ПТСР у МКХ-11 визначається через три основні кластери, а DSM-5-TR використовує чотири; МКХ-11 додатково виділяє комплексний ПТСР як окремий розлад.

Для психології жертви кримінального правопорушення принципово не ототожнювати гостру реакцію на травму з ПТСР та враховувати тривалість симптомів, їх структуру і вплив на функціонування.

Порівняння класифікацій доцільно використовувати для точного опису стану постраждалої особи та визначення меж психологічного висновку, а не для механічного перенесення критеріїв однієї системи в іншу.

**Список використаних джерел**

**1.** World Health Organization. Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. Geneva : World Health Organization, 2024. 852 p. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263 (дата звернення: 28.09.2026).

**2.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5-TR / American Psychiatric Association. 5th ed., text rev. Washington, DC : American Psychiatric Association Publishing, 2022. lxix, 1050 p. DOI: https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

**3.** First M. B., Gaebel W., Maj M. et al. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. World Psychiatry. 2021. Vol. 20, No. 1. P. 34–51. DOI: https://doi.org/10.1002/wps.20825

**4.** Hyland P., Shevlin M., McNally S. et al. Exploring differences between the ICD-11 and DSM-5 models of PTSD: Does it matter which model is used? Journal of Anxiety Disorders. 2016. Vol. 37. P. 48–53. DOI: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.11.002

**5.** Brewin C. R., Cloitre M., Hyland P. et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. Clinical Psychology Review. 2017. Vol. 58. P. 1–15. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001

## *Acute Stress Reaction and PTSD in ICD-11 and DSM-5-TR: A Comparative Analysis of Diagnostic Criteria for the Psychology of the Victim*

*Tertyshna S. O.*

**Abstract.** The paper presents a comparative analysis of the diagnostic criteria for acute stress reaction, acute stress disorder, and post-traumatic stress disorder (PTSD) in ICD-11 and DSM-5-TR. The author establishes that ICD-11 treats acute stress reaction as a transient, non-pathological response to an extremely threatening event, whereas DSM-5-TR defines acute stress disorder as a separate diagnostic category with explicit temporal and symptomatic criteria. The author compares ICD-11's narrower three-cluster model of PTSD (re-experiencing, avoidance, persistent sense of current threat) with DSM-5-TR's broader four-cluster model (intrusion, avoidance, negative cognitive and mood alterations, arousal/reactivity) and ICD-11's separately distinguished diagnosis of complex PTSD, drawing on the comparative research of M. B. First, P. Hyland, C. R. Brewin and co-authors. The author concludes that for the psychology of the victim of a criminal offence it is essential not to equate a normative acute reaction to trauma with a mental disorder, and to take into account the duration of symptoms, their structure, and their impact on functioning when forming a psychological opinion.

**Keywords:** acute stress reaction, post-traumatic stress disorder, ICD-11, DSM-5-TR, complex PTSD, psychology of the victim

**Бібліографічний опис (ДСТУ 8302:2015):** Тертишна С. О. Гостра стресова реакція та ПТСР у МКХ-11 і DSM-5-TR: порівняльний аналіз діагностичних критеріїв для психології жертви. Судово-психологічна експертиза. Застосування поліграфа і спеціальних знань в юридичній практиці. 2026. Т. 11, № 4 (64). С. 81–84. DOI: https://doi.org/10.53672/ej.6.2026.04.14.