

Організація та моніторинг своєчасного надання медико-психологічної допомоги на первинному рівні при гострих та посттравматичних стресових розладах

Л.Г. Матвієць

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті викладено сучасні погляди на гострий стресовий розлад та посттравматичний стресовий розлад з точки зору епідеміології, етіології, патогенезу та діагностики на первинному рівні надання медичної допомоги. Викладені основні принципи лікування та реабілітації пацієнтів з гострим стресовим розладом та посттравматичним стресовим розладом лікарями загальної практики–сімейними лікарями. Розглянуто питання імплементації Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» у практичну діяльність.

Ключові слова: гострий стресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад, адаптація, стрес, алгоритм лікування, психічна дезадаптація, реабілітація, первинний рівень медичної допомоги.

ГСР – гострий стресовий розлад або гостра реакція на стрес (F43.0) – тимчасовий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів; діагностується у період від двох днів до 1 міс після травматичного інциденту.

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні події чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого; діагностується не раніше ніж через 1 міс, виникає після ГСР або латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 міс або зрідка – до декількох років.

Перебіг ПТСР визначається:

- як гострий, коли симптоми зберігаються протягом менше 3 міс;
- хронічний, коли симптоми зберігаються 3 міс і більше;
- ПТСР з пізнім проявом, коли початок симптомів спостерігається через 6 міс після травматичної події;
- ПТСР має хвилеподібний перебіг.

У більшості випадків пацієнти одужують, але інколи хвороба триває протягом багатьох років після катастрофи і трансформується у хронічну зміну особистості (F62.0).

F62.0 Стійкі зміни особистості після переживання катастрофи.

Довготривала зміна особистості (не менше 2 років), яка викликана дією катастрофічного стресу. Стрес може бути настільки екстремальним, що немає необхідності враховувати індивідуальну вразливість для того, щоб пояснити глибину впливу на особистість.

Психічний розлад характеризується ворожим або підозрілим відношенням до оточення, соціальною самоізоляцією, почуттям пустоти і безвиході, стійким відчуттям

«перебування на межі», як це буває у випадку постійних загроз, і відчуженності. Цьому типу зміни особистості може передувати розлад, викликаний травматичним стресом (переживання катастрофи із загрозою для життя, війна, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортна пригода, полон із загрозою бути вбитим, тортури тощо).

Зміна особистості повинна бути значною і асоціюватися з ригідною, не відповідною нормам поведінкою, якої не було раніше. Зміна не повинна бути проявом іншого психічного захворювання.

Епідеміологія

На сьогодні реальні статистичні дані поширеності ПТСР серед населення України визначити важко, але внаслідок АТО група ризику значно розширилась за принципом чотирьох концентричних кіл ураження психотравмою:

I коло – бійці, які несуть службу, та населення, яке продовжує жити у зоні бойових дій;

II коло – сім'ї військових із зони АТО, близькі та родичі загиблих у зоні бойових дій, переселенці із зони АТО, які проживають на окупованій території;

III коло – журналісти, волонтери, члени гуманітарних місій, які надають допомогу в зоні АТО, психологи і психотерапевти, які працюють з особами, що повернулися з АТО, відтворюючи події, що нанесли психічну травму, для нівелювання травматичного впливу, і є волонтерами поза зоною бойових дій;

IV коло – усі глядачі засобів масової інформації, які не можуть бути байдужими до людського страждання (Чабан О.С., 2016).

З кожним наступним колом вірогідність ураження психотравмою зменшується, оскільки знижується інтенсивність і тривалість травмувального чинника, але загальна можливість отримати психотравму з формуванням ПТСР, на жаль, збільшується.

Критерії включення пацієнта до групи ризику розвитку ПТСР:

- участь у травматичних подіях, таких, як катастрофа, війна, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортна пригода, тортури тощо;
- члени сімей учасників екстремальних/травматичних подій;
- окремої уваги заслуговують пацієнти, які звертаються до лікаря з повторюваними неконкретними проблемами з фізичним здоров'ям, такі, як головний біль, гастроентерологічні проблеми, ревматичний біль, проблеми патологічних змін на шкірі, і одночасно супроводжуються скаргами на перепади настрою, злість, порушення сну, проблеми у стосунках, сексуальні дисфункції; рекомендується детальніше збирати анамнез життя щодо того, чи зазнала людина будь-яких травма-

тичних подій нещодавно або в минулому, та описати приклади таких подій (була учасником або свідком катастрофи, військових подій, насилля тощо);

- існує категорія пацієнтів, які не хочуть розголошувати причину психотравми (сексуальне насилля), тому важливо зробити акцент на довірливій досунки лікаря і пацієнта заради його психічного здоров'я.

На сьогодні в Україні актуальним є питання діагностики ПТСР в осіб з групи воїнів АТО, які продовжують військову службу і які демобілізувались, а також населення, яке залишається в зоні АТО і переселене звідти.

Воїни АТО – особи, які безпосередньо перебували, та ті, які продовжують залучатися до виконання завдань у зоні бойових дій, служба яких зумовлена надзвичайно складними, екстремальними умовами, передусім персоналу правоохоронних органів та військових формувань України, та зазнали тривалого впливу (від декількох днів до року) серйозних стресогенних чинників (реальна загроза для життя, необхідність застосування зброї на ураження, присутність при загибелі товаришів та мирного населення тощо), мають підвищений ризик розвитку психічних розладів і травм, у тому числі розвитку ГСР та ПТСР, прояви яких можуть мати місце навіть у довготривалій перспективі.

При цьому більшість, зокрема працівники органів внутрішніх справ (ОВС) та військовослужбовці Національної гвардії України (НГУ), після повернення із зони АТО продовжують виконувати свої безпосередні функції з охорони громадського порядку та боротьби зі злочинністю відповідно до посадових обов'язків, несуть службу з табельною вогнепальною зброєю та спецзасобами, постійно взаємодіють з населенням. Їхнім психічним здоров'ям зобов'язані опікуватись відомчі медичні заклади, але повсякденний контроль за здоров'ям учасників АТО покладається на фахівців первинного рівня медичної допомоги, особливо поза великими містами.

Частина воїнів добровольчих формувань для захисту України та демобілізовані особи з військової служби стикаються з побутовими і соціальними стресогенними чинниками, що провокують прояв патологічного стану, який також потребує фахового втручання.

Етіопатогенетичні аспекти розвитку ПТСР

ПТСР розвивається в результаті отриманої важкої психічної травми, яка визначається як неминуча подія, що руйнує існуючі копінг-механізми індивіда, містить загрозу для життя та викликає інтенсивний страх, відчуття незахищеності і жах. Людина може або пережити особисто, або бути свідком травмуючої події.

Будь-яка відстрочена реакція на травму – нормальна. В одному випадку людина поступово проживає ситуацію самотійно; в іншому вона самотійно цього зробити не може.

У будь-якому з цих випадків страждань і сильних душевних переживань не уникнути.

Психофізіологія ПТСР є соматичним переживанням, оскільки інтенсивно напружуються слухові, зорові, тактильні та смакові стимули, що діють одночасно, і першочергово можуть спричинити порушення здатності мозку інтегрувати їх у змістовне переживання, тобто побудувати історію травми, яка була б зрозуміла пацієнту, інтегрувала травму і «Я», та поєднувала травму з попередньою пережитою структурою із зрозумілими наслідками.

У центральній нервовій системі залучаються усі прошарки мозку: стовбур – гіпоталамус, лімбічна система і неокортекс. Важливо, що нейрони здатні до безперервної фізичної зміни (Ігрунова К.Н., 2004).

Більшість поведінкових і когнітивних процесів постраждалого, що виникли після травми, є адаптивними і якщо індивід зможе інтегрувати травму у свій досвід, то значно зменшиться вірогідність розвитку ПТСР.

Саме цей процес є основою *патогенетичного психореабілітаційного впливу*.

На виникнення ПТСР та на його інтенсивність впливає відсутність підготовки до травмуючої події та досвіду реагування на неї. Тому особи з провісниками розвитку ПТСР: дисоціацією, капітуляцією, дезорганізацією, агітацією та вираженими тривогою і панікою, і такими самими копінг-стилями, мають вищу вірогідність розвитку ПТСР та потребують обов'язкової превентивної психічної реабілітації, якщо відноситься до групи ризику, на відміну від осіб, які володіють успішними копінг-механізмами, що направлені на зменшення впливу стресора.

Пацієнт з ПТСР перебуває у стані постійного перебудження вегетативної нервової системи. Мозок і тіло посилають сигнал, в якому констатують наявність небезпеки, що формує відчуття незахищеності, а потім заміщується почуття провини, оскільки краще почувати себе відповідальним (у тому числі і винним) і контролювати ситуацію (навіть помилково), ніж бути незахищеним. За таким механізмом при важких травмах формуються почуття приниження і власної цінності. Це викликає почуття сорому, що є досить вираженим психотравмуючим чинником і може відділятися від усвідомлення. Постраждалі розробляють особисту теорію щодо себе, світу і своїх взаємин із ним. У межах створеної реальності вони дотримуються своїх установок. Якщо травма не може інтегруватися у попередній досвід, де все зрозуміло, то відчувають сильну тривогу. Синдром стресової відповіді може бути наслідком руйнування основною уявою (переконанням) про себе і навколишній світ, і, на жаль, такі пацієнти досить ригідні щодо зміни новоствореної теорії про себе і своє майбутнє.

Існує низка факторів, що впливають на ступінь дії сильної стресової ситуації (таблиця).

Фактори, що впливають на ступінь дії сильної стресової ситуації

Фактори, що підсилюють травматичний стрес	Фактори, що послаблюють травматичний стрес
Сприйняття того, що сталося як крайньої несправедливості	Сприйняття того, що сталося, як можливого
Нездатність і/або неможливість хоч якось протистояти ситуації	Часткове прийняття відповідальності за ситуацію
Пасивність у поведінці. Наявність невиліковних травм	Поведінкова активність. Наявність позитивного досвіду самотійного вирішення складних життєвих ситуацій
Фізична перевтома, особливо на фоні порушення режиму сну та споживання їжі	Сприятливе фізичне самопочуття
Відсутність соціальної підтримки, емоційного зв'язку з оточуючими людьми (друзями, членами сім'ї, колегами)	Психологічна підтримка з боку членів родини, друзів, товаришів по службі
Більш інтенсивною та тривалою є реакція на антропогенні (соціальні) катастрофи, де має місце людський фактор (терористичний акт, військові дії, з'валтування)	Під час природних катастроф відсутнє почуття несправедливості, що зменшує інтенсивність психічної реакції і навіть мобілізує до переборювання стихії

Стресогенна ситуація може призводити не тільки до ПТСР, але і викликати інші психічні розлади, зокрема фобії і депресії, що потребують уваги, відповідної діагностики і лікування.

Відповідно до УКПМД «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» лікарі, які надають первинну медичну допомогу, зобов'язані бути обізнаними за основними питаннями:

- засвоєння практичних методів розпізнавання та діагностики ПТСР;
- формування комунікативних навичок для адекватного спілкування з такими пацієнтами;
- ознайомлення із сучасними методами лікування ПТСР – психотерапевтичними та медикаментозними – та особливостями їхнього використання; попередження надлишкового призначення фармакологічних препаратів, зокрема бензодіазепінів, лікарями, які надають первинну медичну допомогу;
- освоєння психологічних технік управління стресом та навичок психологічного відновлення (можуть використовуватись лікарем загальної практики – сімейним лікарем у разі відсутності можливості направити пацієнта до лікаря-психолога чи лікаря-психотерапевта).

На етапі діагностики сімейний лікар повинен володіти практичними методами розпізнавання та діагностики ПТСР.

ГТР та ПТСР мають наступні базові симптоми:

- *повторне переживання*
- нав'язливі тривожні спогади щодо травмуючої події (пацієнт скаржитися, що він не може припинити думати про травму);
- нічні кошмари – жахи, що стосуються травмуючої події;
- денні кошмари – *флешбек-ефекти* (flashbacks) – миттєве, без видимих причин, відновлення з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями бойової психотравми, яке втручається у свідомість, включає відчуття «оживання» досвіду, ілюзії, галюцинації і дисоціативні епізоди, а індивід компульсивно діє або почуває себе так, наче подія повторюється, і потребує негайного захисту; фактор, що спровокував появу flashbacks у конкретній ситуації, може бути не завжди очевидним. Флешбек-ефект при ПТСР слід відрізнити від ілюзій і галюцинацій при психотичних розладах: шизофренії, розладі настрою з психотичними рисами, інших психотичних розладах, делірії, розладах, пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами, і психотичних розладах внаслідок основного соматичного захворювання;
- інтенсивні психологічні страждання або соматичні реакції, такі, як пітливість, прискорене серцебиття та паніка, при нагадуванні про травмуючу подію;
- для ПТСР характерні невротичні та патохарактерологічні синдроми: «солдатське серце» (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість); синдром того, хто вижив (хронічне «відчуття провини за те, що залишився живим»); прояви «комбатантної» психопатії (агресивність та імпульсивна поведінка із спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками); синдром прогресуючої астенії, що спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, зниження маси тіла, психічної млявості та прагнення до спокою;
- *уникнення і емоційне заціпеніння* – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; обмежені емоції або почуття вкороченого майбутнього; втрата інтересу до звичайної діяльності; почуття відстороненості від інших;

- *надмірне збудження* – пацієнт відчуває стійке й інтенсивне автономне збудження, яке містить неадекватну надмірну настороженість і неадекватну реакцію наляканості, безсоння, надмірний старт-рефлекс, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги;

- *дисоціативні симптоми* – відчуження, емоційна глухість, що переходить в емоційну тупість, дереалізація, деперсоналізація і дисоціативна амнезія.

Емоційне заціпеніння – постійне уникнення стимул-реакцій, пов'язаних з травмою, блокування емоційних реакцій (що не спостерігалось до травми).

Надмірний старт-рефлекс – миттєва реакція для термінового захисту без аналізу рівня небезпеки, фізіологічно дозволяє людині виживати в екстремальних умовах.

Відчуження – це психологічний захист у формі ізоляції, відособлення всередині свідомості особливих зон, які пов'язані з травмуючими чинниками. У разі виникнення розщеплення, дисоціації мислення людини (за локальними суб'єктивними оцінками) стає відчуженим. При цьому деякі сукупності подій людина сприймає окремо, а зв'язки між ними не актуалізує і тому не аналізує. Ізоляція провокує розпад звичайного функціонування свідомості: її єдність подрібнюється. Виникають ніби окремі відособлені свідомості, кожна з яких може володіти власним сприйняттям, пам'яттю, установками. У разі такої дисоціації психіки здатність пересуватися з однієї ізолюваної зони в іншу зберігається і, перебуваючи в одній з них, людина може спостерігати за собою з позиції іншої, тобто ніби з боку. Відчуження здійснює захист людини шляхом усунення «Я» від тієї своєї частини, яка провокує наступні переживання.

Емоційна тупість – збіднення почуттів, що проявляється повною байдужістю хворих до себе, стану свого здоров'я, долі рідних і близьких. Емоційне спустошення призводить до бездіяльності, втрати ініціативи (абулія), втрати проявів почуттів на різноманітні подразники.

Увага! Уведення розгальмовуючих лікарських засобів може призвести до безглузкого хаотичного рухового збудження, що відрізняє емоційну тупість від апатії.

Дереалізація – спотворене сприйняття оточуючого середовища з відчуттям його відчуження, неприродності, безжиттєвості, нереальності. Оточуюче може здаватися намальованим, сірим і одновимірним, можуть нереально змінюватися розміри предметів до малесеньких (мікропсія) або до величезних (макропсія), можлива зміна пропорцій в предметах, в частинах тіла свого або чужого, а також з'являтися їхнє яскраве освітлення (галеропія). Іноді пацієнт спостерігає швидкий рух оточуючих його предметів (оптична буря). Від галюцинацій дереалізація відрізняється наявністю реальних об'єктів. Пацієнт називає об'єкт правильно, хоча може вказувати на викривлення форми, розміру і кольору, що відрізняє від ілюзій.

Деперсоналізація – переконання пацієнта, що його фізичне і психічне «Я» якимсь, часто не зрозумілим, чином змінюється.

Дисоціативна амнезія – це втрата пам'яті про нещодавні важливі події. Вона не зумовлена органічним психічним захворюванням і надто виражена, щоб пояснюватися звичайною безпам'ятністю чи втомою. Амнезія виникає тільки на травматичні події, такі, як нещасні випадки чи несподівана втрата близьких, тому вона буває частковою і вибірковою.

У закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають первинну медичну допомогу, відповідно до УКПМД «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» рекомендовано використовувати інструмент скринінгу, запропонований Бреслау та співавторами (1999) – стандартизований опитувальник (7 питань) (додаток).

Додаток

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу

№	Запитання	Варіанти відповіді
1	Чи уникаєте Ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?	так
		ні
2	Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	так
		ні
3	Чи стали Ви почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?	так
		ні
4	Чи втратили Ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	так
		ні
5	Чи стали Ви думати, що немає жодного сенсу будувати плани на майбутнє?	так
		ні
6	Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном?	так
		ні
7	Чи стали Ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	так
		ні

Оцінка результату і подальші заходи

1. Формування попереднього синдромального діагнозу: позитивна відповідь на 4 і більше питань дає підстави поставити посттравматичний стресовий розлад під питанням.

2. Інформування пацієнта: виявлені у нього зміни можуть бути проявом реакції на стрес, що потребує спеціалізованої психотерапевтичної/психіатричної допомоги, а також про те, де саме така допомога може бути надана пацієнту.

3. Позитивна відповідь на запитання № 2 (Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?) зобов'язує ЛЗП–СЛ: провести подальшу діагностику депресивного розладу та визначити тяжкість з використанням опитувальника РНQ-9 (Додаток 1 УКПМД «Депресія»); надавати допомогу таким пацієнтам відповідно до УКПМД «Депресія» або скерувати на вторинний рівень до психіатра.

4. Позитивна відповідь на запитання № 5 (Чи стали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?) зобов'язує ЛЗП–СЛ: провести опитування на предмет прихованих суїцидальних думок; залучити родичів, близьких та побратимів (якщо це воїн АТО) до психологічної підтримки; направити на консультацію до психіатра.

5. У випадку, якщо пацієнт становить небезпеку для себе або оточуючих – термінове направлення у заклад охорони здоров'я, що надає вторинну медичну допомогу.

6. Вся виявлена інформація про стан здоров'я пацієнта обов'язково заноситься в медичну карту амбулаторного хво-

(Продовження у наступному номері)

Организация и мониторинг своевременного оказания медико-психологической помощи на первичном уровне при острых и посттравматических стрессовых расстройствах
Л.Г. Матвиец

В статье изложены современные взгляды на острое стрессовое расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство с точки зрения эпидемиологии, этиологии, патогенеза и диагностики на первичном уровне оказания медицинской помощи. Изложены основные принципы лечения и реабилитации пациентов с острым

рого (форма 025/о); для своєчасного безперервного нагляду на первинному рівні ведеться карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

Діагноз ПТСР має бути підтверджений за результатами комплексного клінічного інтерв'ю, що оцінює всі симптоми, які характеризують ПТСР.

Разом з ПТСР можуть бути встановлені супутні психіатричні діагнози, що обґрунтовує обов'язкову участь лікаря-психіатра у встановленні заключного діагнозу та визначенні тактики ведення пацієнтів з ПТСР.

Для пацієнтів з ГСР та ПТСР можуть бути притаманними суїцидальні думки.

Заходи зниження суїцидальної активності серед учасників АТО

1. Аналіз суїцидальної активності серед військовослужбовців Національної гвардії України (НГУ) свідчить, що найбільш кризовим періодом для учасників АТО є 1 тиждень до ротації та перший тиждень після ротації, як правило при поверненні додому та внаслідок конфліктів із членами сімей та знайомими.

2. На маршруті слідування із зони екстремальних (бойових) умов (за її межами – до пунктів постійної дислокації) для військовослужбовців НГУ рекомендується застосування Програми «Декомпресія (закінчення виконання службово-бойових завдань)» тривалістю 3–4 дні, яка є одним із елементів медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій у країнах НАТО, використовується у Франції з 2010 року з метою *зупинки механізмів адаптації до екстремальних (бойових) дій, можливості керування стресом* – заспокоєння, поступової реадaptaції до нормальних умов, фізичного та психічного відновлення, запобігання розвитку психологічних травм шляхом виявлення військовослужбовців, у яких виникли труднощі.

3. Проводиться психологічне обстеження особового складу та надання заходів першої психологічної допомоги та психологічної адаптації до мирних умов, професійної діяльності і життя.

4. Проводиться поглиблений медичний огляд, який включає огляд лікарями-спеціалістами (лікар-терапевт, лікар-хірург, лікар-отоларинголог, лікар-невропатолог), а в разі необхідності (за показаннями) – іншими лікарями та лікарем-психіатром, лікарем-психологом.

5. Групою ризику суїцидальної активності (на 75%) є військовослужбовці, які призвані під час мобілізації без належного досвіду, підготовки за військовою справою, які після демобілізації повертаються у цивільне життя і також потребують *зупинки механізмів адаптації до екстремальних (бойових) дій, можливості керування стресом, заспокоєння, поступової реадaptaції до нормальних умов, фізичного та психічного відновлення*. Фахівці первинного рівня медичної допомоги повинні надати такі послуги або направити у заклади, які відновлять психічне здоров'я демобілізованих бійців АТО.

стрессовым расстройством и посттравматическим стрессовым расстройством врачами общей практики–семейными врачами. В статье рассмотрен вопрос имплементации Унифицированного клинического протокола первичной, вторичной (специализированной) медицинской помощи «Реакция на тяжелый стресс и расстройство адаптации. Посттравматическое стрессовое расстройство» в практическую деятельность.

Ключевые слова: острое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, адаптация, стресс, алгоритм лечения, психическая дезадаптация, реабилитация, первичный уровень медицинской помощи.

Organization and monitoring of timely medical and psychological care at the first level in acute and post-traumatic stress disorders.**L.G. Matviyets**

The article presents modern views with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in terms of epidemiology, etiology, pathogenesis and diagnosis at the first level of medical care. The fundamental principles of treatment and rehabilitation of patients with acute

stress disorder and posttraumatic stress disorder, general practitioners and family doctors are considered. Present article devoted to the steps for implementation unified clinical protocol of the primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care «Reaction to severe stress and adaptation disorders. Post-traumatic stress disorder» to the practical activities.

Key words: acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, adaptation, stress, algorithm of treatment, exclusion (psychological maladjustment), rehabilitation, first level of medical care.

Сведения об авторе

Матвиец Людмила Григорьевна – кафедра семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (095) 408-40-71

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». [Електронний ресурс]: Затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.06.2016 № 121. – К., 2016.

2. Електронний документ «Адапована клінічна настанова, заснована на дока-

зах, «Посттравматичний стресовий розлад», 2016.

3. Як ми переживаємо цю війну. Чабан О.С. <http://good-psychologist.info/9-stati/116-kto-sluzhit-v-ato-angely-ili-demogy>

4. Методичні рекомендації щодо медико-психологічної реабілітації психологічного супроводження та адаптації постраждалих учасників антитерористичної операції /МВС України, управління медичного за-

безпечення та реабілітації. Додаток до листа від 31.08.2015 №31868/Гх. Київ. – 2015. – 17 с.

5. Коваль І.А. Діагностика і диференційна діагностика гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу в загально-медичній практиці. /Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Проблеми сучасної психології.

– 2015 – Випуск 27. – С. 210–219.

6. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор.: Д.Д. Романовська, О.В. Ілашук. – Чернівці: Технодрук, 2014. – 133 с.

7. Малкіна-Пих І.Г. Моделі і діагностика посттравматичного стресового розладу/ І.Г. Малкіна-Пих. Психологічна допомога в кризових ситуаціях – М.: Изд-во Эксмо. – 2005. – 960 с.

Статья поступила в редакцию 14.03.17

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ**(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)****1. Гострий стресовий розлад триває:**

- 24 год
- до 7 днів
- до 30 днів
- до 2 міс.

2. Посттравматичний стресовий розлад діагностують:

- після 2 міс
- після 6 міс
- після 30 днів
- до 2 років.

3. Перебіг ПТСР може визначатись як:

- гострий
- хронічний
- з пізнім проявом
- хвилеподібний.

4. До групи ризику розвитку ПТСР належать особи:

- учасники щоденних побутових сварок
- постраждали у дорожньо-транспортній пригоді
- особи, які перенесли сексуальне насильство
- особи, які проживають у зоні активних воєнних дій.

5. Лікарі загальної практики-сімейні лікарі відповідно до УКПМД «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» зобов'язані бути обізнаними:

- засвоєння практичних методів розпізнавання та діагностики ПТСР
- формування комунікативних навичок для адекватного спілкування з такими пацієнтами
- ознайомлення із сучасними методами лікування ПТСР
- проведення когнітивно-поведінкової психотерапії.

6. До базових симптомів ПТСР належить:

- повторне переживання
- емоційне заціпеніння
- надмірне збудження
- істеричні напади.

7. Флешбек-ефект - це:

- нічний кошмар
- денний кошмар
- жахливе сновидіння
- галюцинації.

8. До чого зобов'язує лікаря позитивна відповідь на запитання № 2 (Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колиш була важливою або приємною?):

- провести діагностичне опитування за шкалою PHQ-9
- призначити антидепресанти
- призначити анксиолітики
- призначити снодійні.

9. Про що може свідчити позитивна відповідь на запитання № 5 (Чи стали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?):

- про загальну втому
- про приховані суїцидальні думки
- про депресію
- про підвищену тривожність.

10. Які облікові документи на пацієнта з ПТСР ведуться у закладах охорони здоров'я первинного рівня?

- протокол клінічного інтерв'ю
- амбулаторна карта (форма 025/о)
- карта диспансерного нагляду (форма 030/о)
- історія розвитку ПТСР.