

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

Частина II. Початок див. Сімейна медицина №2, 2017.

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. Надані основні принципи лікування та реабілітації пацієнтів з гострим стресовим розладом та посттравматичним стресовим розладом лікарями загальної практики – сімейними лікарями. У статті 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.

За рекомендаціями Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (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 посттравматичного стресового розладу (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;
- засвоєння психологічних технік управління стресом та навичок психологічного відновлення (можуть використовуватись лікарем загальної практики – сімейним лікарем за відсутності можливості направити пацієнта до лікаря-психолога чи лікаря-психотерапевта).

У попередньому номері журналу було викладено методи розпізнавання та діагностики ПТСР для фахівців первинного рівня надання медичної допомоги.

Комунікативні навички для адекватного спілкування з пацієнтами, які зазнали впливу важкого стресу

Пацієнтам, які зазнали впливу важкого стресу, в УКПМД «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» рекомендовано надавати першу психологічну допомогу та первинну медичну допомогу.

1. Надання першої психологічної допомоги постраждалому.

Перша психологічна допомога (ППД) є важливим заходом первинної профілактики з приводу розвитку гострого стресового розладу (ГСР) чи ПТСР в осіб, які пережили надзвичайний фізичний чи психічний стрес та/або стресогенні події чи ситуацію винятково загрозового або катастрофічного характеру.

ППД може проводитися у зоні екстремальної ситуації або невдовзі після виходу з неї.

Метою ППД є забезпечення безпеки пацієнта, встановлення зв'язку з його реабілітаційними ресурсами, послаблення стресової реакції, допомога пацієнту у формуванні навичок коротко- і довготривалого подолання стресу та у зміцненні його природної психологічної стійкості.

ППД надається постраждалим працівниками служб швидкого реагування під час надзвичайних ситуацій, а також сімейним лікарем (СЛ), якщо психотравмувальна подія знаходиться в зоні його обов'язків, за наступними етапами:

1. Встановлення контакту з пацієнтом у ненав'язливій і співчутливій манері, надавши інформацію про себе і отримавши дозволу постраждалого поговорити з ним з метою надання йому допомоги за нагальними потребами на даний момент.

2. Забезпечення безпеки й фізичного комфорту шляхом переміщення пацієнта у зону фізичної безпеки і максимально можливого задоволення фізичних потреб, що виникли (медикаменти, окуляри, милиці тощо), а також створення максимально безпечного психологічного оточення та поінформування достеменно відомих фактів про травматичну подію та її наслідки. Пацієнтів з важким порушенням психічного самоконтролю бажано до його відновлення, за можливості, тимчасово відокремити від інших постраждалих, аби захистити їх від додаткового психічного травмування.

3. Емоційна стабілізація пацієнтів потребує виконання бажання пацієнта побути на самоті, або, навпаки, поряд із кимось, хто підтримає, для зниження емоційного напруження; краще активно не втручатися, спокійно помовчати і залишитися поряд; запропонувати свою підтримку і допомогти йому зосередити увагу на конкретних почуттях, думках і цілях, з'ясувати як пацієнт бачить дійсність. Для повернення постраждалого в реальність попросити вислухати Вас, дивлячись Вам в очі, пояснити де пацієнт знаходиться, запропонувати зробити повільні і глибокі вдихи та видихи, попросити назвати п'ять нейтральних речей, які він може бачити, чути та відчувати. Лише потім можна поговорити про той аспект ситуації, який знаходиться під контролем, вселяє надію або має позитивний характер.

4. Збір інформації для визначення найбільш значущих і травмувальних аспектів, а також адаптація пацієнта до

різних видів втручань відповідно до ситуації проводиться протягом всього контакту.

5. Практична допомога пацієнтам надається для задоволення їхніх нагальних потреб з початку спілкування у межах можливого, а для вирішення проблем за межами можливостей на даний час необхідно обговорити з пацієнтом план дій і посприяти йому дієво.

6. Встановлення зв'язку з джерелами соціальної підтримки, а саме – з основними особами, здатними надати підтримку (родичами тощо), помічниками, волонтерами, відповідальними державними особами.

7. Надання інформації щодо стратегії подолання стресу полягає у наданні інформації про стресові реакції та їхнє подолання; про копінг-стратегії, включаючи просвіту щодо реакцій на стрес (гніву, пригніченості, порушень сну) і шляхи їхнього подолання (краще в усному і письмовому вигляді); проведення разом з пацієнтом аналізу його індивідуальних реакцій; оцінювання їхнього негативного та позитивного впливу на організм пацієнта, визначення причин їхнього виникнення та прийнятних для нього способів подолання.

8. Налагодження ефективного контакту пацієнтів із суміжними службами та з установами, які надавали їм послуги до катастрофи, або які необхідні на даний час, зокрема, психіатрична допомога, медична допомога, духовна підтримка, дитячі соціальні служби, школи.

Ефективне проведення першої психологічної допомоги дає можливість максимально використати індивідуальний ресурс природної психологічної стійкості та адаптивних механізмів людини в умовах впливу психотравми для запобігання розвитку ГСР та ПТСР.

II. Надання первинної медичної допомоги.

У процесі надання первинної медичної допомоги провідну роль відіграє медичне консультування, і в меншій мірі – фармакологічні препарати. Мета надання первинної медичної допомоги – активне виявлення ГСР та ПТСР серед пацієнтів групи ризику, а також проведення лікувальних заходів для запобігання розвитку ПТСР.

Медичне консультування пацієнта передбачає:

1. Роз'яснення у доступній формі особливостей розвитку, клінічних симптомів і лікування ГСР та ПТСР.
2. Надання інформації щодо потенційно несприятливого впливу алкоголю та інших психоактивних речовин на перебіг ПТСР.
3. Надання позитивної інформації щодо перспектив відновлення здоров'я, а саме, що виявлені у пацієнта зміни можуть бути проявом реакції на стрес, котра потребує спеціалізованої допомоги, ефективність якої висока при бажанні і активній участі пацієнта у відновленні порушеного стану, і, навпаки, можливий розвиток тяжких розладів здоров'я при відмові особи від спеціалізованої допомоги.

NB!!! Пацієнта важливо ознайомити з необхідними незрозумілими термінами, що використовуються для пояснення.

4. Обов'язкове надання інформації щодо можливостей отримання спеціалізованої медичної допомоги.
5. Надання рекомендацій пацієнтам з ПТСР щодо нестероїдного основного та медикаментозного лікування як додаткового для зняття клінічно значущих симптомів: хронічний біль, безсоння, тривога, важка депресія.
6. Роз'яснення інформації про необхідність виконання лікарських рекомендацій і наслідків від їхнього невиконання.
7. Надання рекомендацій щодо необхідності дотриман-

ня вимог здорового способу життя, проведення заходів психологічної та соціальної реабілітації.

8. Навчання пацієнта використанню психологічних технік управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо).
9. Інформування про необхідність професійної, сімейної та психосоціальної реабілітації з маршрутом доступу до відповідних послуг.
10. Відповіді на запитання пацієнта.

Поza консультуванням надання первинної медичної допомоги включає:

11. Забезпечення моніторингу ефективності лікування, призначеного спеціалістом ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу (психіатра, психотерапевта, з відміткою у контрольній карті диспансерного нагляду – форма 030/о).
12. Проведення моніторингу та лікування пацієнтів, які відмовилися від консультації спеціаліста психіатричного профілю з фіксацією і контролем наступної зустрічі у формі 030/о.
13. За можливості – залучення членів сім'ї пацієнта до обговорення та планування лікування.

Особливості адекватного спілкування СЛ під час консультування пацієнта з підозрою на ПТСР

Більшість пацієнтів не виявляють бажання звертатися до психіатра чи психотерапевта, тому лікарю первинного рівня медичної допомоги важливо володіти навичками психокорекції.

Психокорекція, як метод психологічної допомоги повинна бути направлена до двох фундаментальних аспектів посттравматичного розладу:

- зниження тривоги;
- відновлення відчуття особистої цілісності та контролю над тим, що відбувається.

NB!!! ВАЖЛИВО пам'ятати:

- пацієнти, які страждають на ПТСР, мають міжособові компоненти травматичного досвіду: недовіра, зрада, залежність, любов, ненависть;
- при формуванні терапевтичних стосунків з лікарем ці компоненти мають тенденцію виявлятися і викликати додаткові труднощі;
- робота з травмами породжує інтенсивні емоційні реакції і у лікаря, отже, йому важливо не залучатися до переживань.

Поведінкові навички лікаря, які необхідні для проведення психокорекції

Бути терплячими – людині з посттравматичним стресовим розладом, можливо, буде потрібно говорити про травматичну подію знову і знову. Слухати пацієнта – це лікарський обов'язок у процесі лікування, а для самого пацієнта – це процес видужування.

Готовність фахівця сприйняти пацієнта таким, яким він є – йому треба повідомити про безумовне сприйняття його поведінки без осуду і з розумінням (що саме викликало патологічну поведінку), про підтримку, про свою віру в його сили, про свою готовність допомогти.

Не сприймати такі симптоми ПТСР людини як емоційне заціпеніння і гнів, як поведінку, спрямовану на лікаря.

Не примушувати вести розмови про травмувальну подію, але дати зрозуміти, що якщо людина захоче поговорити, то лікар готовий її вислухати.

Вміти поступово скеровувати його думки на позитивне майбутнє: улюблені заняття, відпочинок, життєві успіхи, надійні стосунки; якщо це доречно – викликати у нього ба-

жання пом'якшити, але треба бути щирими і правдивими у своїй підтримці, не обіцяти нездійсненого чи фальшиво підбадьорювати.

NB!!! Не можна казати: «Візьми себе в руки», «Забудь про це», «Не згадувай більше!»

Для людини, яка зазнала реального страху смерті (навіть не свого, а бачила як хтось загинув), дуже важко себе опанувати без спеціальних реабілітаційних заходів.

NB!!! Водночас не треба занурюватись у тугу чи підтримувати позицію жертви, це небезпечно для психічного здоров'я лікаря.

Пережиті стресові процеси особистості треба інтегрувати у попередній зрозумілий досвід, а травмувальна подія повинна залишитися у минулому. Якщо цього не відбувається, то пацієнт відчуває сильну тривогу, що спричинює оцінювання свого оточення як ворожого, від якого треба постійно захищатись. Для процесу інтеграції треба розуміти **динаміку переживання важкої травматичної ситуації**, яка включає чотири етапи.

Перший етап – фаза заперечення або шоку – настає одразу після дії травматичного фактора. Людина не може прийняти подію на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації **запереченням** або **несприйняттям** («такого не може бути»). Цей етап частіше короткотривалий.

Другий етап – фаза агресії і провини – людина поступово починає переживати те, що сталося, намагається знайти винних у цій події, потім відчуває інтенсивне почуття своєї провини і направляє агресію на саму себе («якби я вчинив інакше, цього б не сталося»).

Третій етап – фаза депресії – усвідомлення, що обставини сильніші за людину, викликає депресію, що супроводжується почуттями безпорадності, самотності, власної не потрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що склалася, втрачає відчуття подальшої мети. Життя стає безглузким: «Що б я не робив, нічого не зміню».

NB!!! Важливо: ненав'язлива підтримка близьких. На жаль, людина, яка переживає травму, не завжди її отримує, оскільки оточуючі несвідомо бояться самі впасти у відчай і депресію. Саме про це близьким повинен повідомити фахівець.

Крім цього, людина у депресивному настрої неухильно втрачає інтерес до спілкування («Ніхто мене не розуміє»), співрозмовник починає втомлювати його, особливо якщо починає давати поради чи навчати, спілкування переривається, почуття самотності посилюється.

Четвертий етап – фаза зіллення – характерне повне (свідоме та емоційне) сприйняття свого минулого: «Те, що сталося, дійсно було, я не можу цього змінити; я можу змінитися сам і продовжувати жити, незважаючи на травму»; і набуття нового сенсу життя: «Ця подія спонукала мене до переоцінки цінностей». Людина здатна набути з того, що сталося, корисний життєвий досвід.

Така послідовність є конструктивним розвитком ситуації, і важливо, щоб потерпілий без затягування прожив кожний етап травматичної ситуації з його логічним завершенням. Таку психокорекцію своєчасно повинен провести фахівець, який найближче знаходиться до пацієнта, тобто лікар первинної ланки. Він допоможе пацієнту повноцінно переосмислити травмувальні події, котрі після цього зможуть успішно інтегруватися у життєвий досвід, зрозуміло пояснить все, що відбулося, знизить рівень тривоги і надмірної готовності організму до захисту.

За відсутності адекватного проживання пацієнтом усіх фаз травматичної ситуації, розвивається симптомокомплекс ПТСР, впоратися з якими самостійно пацієнт вже не може.

Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної і соціальної взаємодії), призводять до стійких особистісних змін не лише у людей, що пережили стрес, але й у членів їх сімей, котрим також потрібна консультативна допомога.

За потреби лікування особи на вторинному рівні медичної допомоги, враховуючи, що такі пацієнти у структурі розладу мають недовіру до оточуючих, то саме СЛ, якому пацієнт довіряє, може зорієнтувати пацієнта, хто і яку конкретно допомогу йому може надати на вторинному чи третинному рівні, чим значно знизить рівень тривоги і підвищить прихильність пацієнта до лікування.

СЛ повинен володіти методиками психічного відновлення, щоб застосувати їх у реабілітаційних заходах.

Існують чисельні докази щодо ефективності травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ) та десенсибілізації і переробки рухом очей (ДПРО) у пацієнтів з ПТСР.

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) включає два ключових втручання: експозицію та когнітивну переробку.

Основна мета **експозиційної терапії** – це допомога людині протистояти предмету її тривоги, яка полягає у звиканні, на основі концепції, що якщо людина може перебувати в контакті з тривожно-провокуючими стимулами досить довго, їхня тривожність неминуче знизиться. Для досягнення необхідного ефекту можлива взаємодія як з реальним об'єктом (in vivo), так і з його уявним образом. Це може відбуватися протягом експозиційного сеансу (звикання в межах сеансу) або через низку сеансів (звикання між сеансами).

Когнітивна терапія у лікуванні ПТСР допомагає людині визначити, оскаржити і змінити будь-які упереджені або спотворені думки і спогади про свій травматичний досвід, а також будь-які наступні неадекватні або непотрібні переконання про себе і світ, який вони створили.

Когнітивна терапія переробки з'явилася як метод з 12-сеансною когнітивно-поведінковою терапією ПТСР, який систематично розглядає ключові посттравматичні теми, включаючи безпеку, довіру, силу, контроль, самооцінку й інтимність. Лікування допомагає людині виявити безпорадні думки та переконання, кинути їм виклик і замінити їх на раціональні альтернативи в адаптації стандартних підходів когнітивної терапії. Вона також має перевагу, допомагаючи вирішувати такі проблеми, як депресія, почуття провини і гнів.

Техніка ТФ-КПТ – це короткотривалі структуровані психологічні втручання, спрямовані на задоволення емоційних, когнітивних і поведінкових наслідків впливу травматичних подій.

Десенсибілізація і переробка рухом очей (ДПРО) – це інший тип травмофокусованого психологічного втручання лікування ПТСР, заснований на припущенні, що під час травматичної події надмірні емоції або дисоціативні процеси можуть втручатися в обробку інформації. Під час терапії людину просять зосередитися на образі травми, негативних думках, емоціях і відчуттях в тілі, одночасно пацієнт повинен чітко стежити за рухами пальців терапевта протягом 20–30 с або більше. Цей процес може повторюватися багато разів. Передбачається, що повторювані рухи очей механічно змушують психіку обробити стару інформацію. Така подвійна увага значно полегшує переробку травматичної пам'яті, хоча точний механізм невідомий.

Травмофокусовані втручання не повинні починатися раніше, ніж через 2 тиж після пережитої травми.

III. Особливості застосування медикаментозних засобів при ПТСР лікарями, які надають первинну медичну допомогу.

NB!!! Заборонено використовувати бензодіазепіни, нейролеттики та препарати, що містять фенобарбітал, з метою профілактики розвитку ГСР або ПТСР та їхнього поглиблення.

Лікування ПТСР медикаментозними препаратами повинно використовуватися в якості додаткового лікування для дорослих у наступних випадках:

- Коли спостерігається значне порушення сну, як доповнення до немедикаментозних методів призначаються снодійні препарати короткої дії (5 год) коротким курсом (до 10 днів). Перевагу мають небензодіазепінові препарати (золпідем, зопіклон).
- У разі тривалого розладу сну необхідно розглянути питання про призначення антидепресантів (АД).
- Для лікування пацієнтів з ПТСР, в яких встановлені важкі депресивні розлади, або людина перебуває у стані важкого тривалого стресу (наприклад, насильство в сім'ї), не отримала суттєвого ефекту від психотерапії, препаратами першого ряду є препарати з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), серед яких з найбільшою доказовою базою є пароксетин та сертралін.
- Вибір АД має бути індивідуальним, базуватися на аналізі клінічного стану пацієнта: характер симптомів, побажання пацієнта і вартості препаратів.

Особливості застосування антидепресантів лікарями первинної ланки медичної допомоги описано в №4, 2016 (66), УКПМД «Депресія».

- Пацієнтам з ознаками вираженої тривоги призначаються АД з групи СІЗЗС довготривало.
- За наявності показань (тахікардії, м'язового тремору) пацієнтам з ознаками вираженої тривоги призначають неселективний бета-адреноблокатор пропранолол (20–40 мг три рази на добу) для зниження фізіологічного збудження з урахуванням протипоказань.
- У разі хронічного болю призначають протибольові та неспецифічні протизапальні препарати. Разом з тим, біль і ПТСР можуть загострювати або принаймні взаємно підтримувати один одного. Існують докази того, що вони можуть мати схожі нейробиологічні особливості, тобто ефективне лікування ПТСР сприяє зниженню хронічного болю.

Фармакотерапія супутніх захворювань і станів проводиться згідно з відповідними медико-технологічними документами загалом на вторинному рівні медичної допомоги у випадках:

- якщо тяжкість дистресу людини не може управлятися за допомогою лише психологічних засобів особливо, коли це тип крайнього гіперзбудження, порушення сну або нічні кошмари;
- у людей з попередніми психіатричними проблемами в анамнезі, які добре відповіли на лікування, призначення відповідних препаратів повинно бути розглянуто, якщо поступово починають з'являтися клінічно значущі симптоми, такі, як стійкі нав'язливі стани із збільшенням афективного дистресу;
- ПТСР і коморбідне вживання психоактивних речовин може також одночасно лікуватися і за допомогою фармакотерапії, зважаючи на можливість взаємодії препаратів та психоактивних речовин з урахуванням ризику токсичності.

NB!!! Інформація щодо фармакотерапії надається в усному та письмовому вигляді.

IV. Засвоєння психологічних технік управління стресом та навичок психологічного відновлення.

Способи психоемоційної саморегуляції:

1. **Антистресове дихання.** Повільно виконати глибокий

вдих через ніс; на висоті вдиху на мить затримати дихання, після чого зробити видих як можна повільніше. Це заспокійливе дихання. Воно полягає у відносному вкороченні вдиху, подовженні видиху і паузи після нього. Необхідно уявити собі, що з кожним глибоким вдихом і тривалим видихом Ви частково позбавляєтеся від стресового напруження.

2. **Хвилинна релаксація.** Розслабити куточки рота, зволожити губи. Розслабити плечі.

3. **Вживання води** невеликими ковтками.

4. **Фізичне розвантаження тілою ходю з ритмічним диханням:** два кроки – вдих, три кроки – видих, пауза (за можливості – за межами приміщення).

5. **Розслаблення і короткочасна зупинка потоку думок** за допомогою *заспокійливої музики*.

6. **Розмова людини, яка знаходиться в стресі, на яку-небудь абстрактну тему** з будь-якою іншою людиною, яка знаходиться поруч, або по телефону для відволікання і витіснення із свідомості внутрішнього діалогу, наповненого стресом.

Методи самопомоги

- Не віддалятися від своїх друзів і близьких, особливо не втрачати зв'язок з людьми, які піклуються про Вас. Їхня підтримка є життєво важливою для одужання.
- Розглянути питання про приєднання до групи підтримки для постраждалих від такого самого типу травми, що зніме почуття ізольованості і самотності, надасть можливість побачити нові для себе способи подолання і навчитися їх використовувати.
- Не вживати алкоголь або наркотики, адже полегшення настає тільки на короткий час, проте посилюються симптоми ПТСР, які проявляються в емоційному онімінні, соціальній ізоляції, гніві та депресії.

Підвищення стресової стійкості

Коли людина потрапляє у важку ситуацію, в організмі починають вироблятися ферменти, які дають сили або вступити у боротьбу з небезпекою, або уникнути її. Але якщо після цього не настає ніяких дій, то «фермент стресу» (лактат) накопичується у м'язах людини, подібно до отрути, намагаючись закінчити виконувати своє призначення. Найбільшим м'язом людського тіла є серце, тому надмірна стресова реакція щоразу вносить свій негативний внесок у розвиток поширених серцевих захворювань.

Щоб запобігти накопиченню «стресового ферменту», пропонується програма, що складається з декількох кроків.

1. **Вітаміни.** При стресах швидко витрачається запас вітамінів групи В. Ці вітаміни повинні надходити в організм у комплексі з мінеральними речовинами.

2. **Вправи.** Потрібно щодня робити вдома невелику зарядку (15 хв) або відвідувати спортзал чи стадіон. Корисно ходити пішки, кататися на велосипеді, плавати.

3. **Релаксація.** Для гармонійного життя необхідна і фізична, і психічна релаксація. Найпростіші способи: посидіти на пляжі і подивитися на хвилі; послухати розслаблюючу музику; подивитися на небо і пофантазувати про те, на що схожі хмари.

4. **Родина і друзі.** Не менш важлива для досягнення гармонії підтримка доброзичливо налаштованих людей – родичів і друзів. Розширюйте коло свого спілкування, знайомтеся з новими людьми, спілкуйтеся з тими, хто Вам приємний.

5. **Освоєння успішних психічних coping-механізмів,** що направлені на зменшення впливу стресорів.

Важливо пацієнта та його близьких ознайомити з «Інформаційним листом «Посттравматичний стресовий розлад» (УКПМД «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». Додаток 2)

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. Переданы основные принципы лечения и реабилитации пациентов с острым 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 posttraumatic 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 (ASD), post-traumatic stress disorder (PTSD), 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 «Адаптація на клінічна настанова, заснована на

доказах, «Посттравматичний стресовий розлад», 2016.
 3. Чабан О.С. Як ми переживаємо цю війну. <http://good-psychologist.info/9-stati/116-kto-sluzhit-v-ato-angely-ili-demony>
 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/Тх. – К., 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 пси-

хології. – 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.: Ексмо. – 960 с., 2005.

Статья поступила в редакцию 30.09.17