

# ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ЯК ОСНОВНИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ТИПОВИХ ПОСТСТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ІНТЕРНІСТА

*В.М. Кулаєць, Н.М. Кулаєць*

*Івано-Франківський національний медичний університет*

**Резюме.** У статті розглядаються діагностичні критерії та різновиди проявів посттравматичних стресових розладів (ПТСР). Виходячи із сучасних уявлень, ПТСР розглядається як симптомокомплекс типових постстресових розладів, провідним елементом якого є пережиті психотравмуючі події. З такими пацієнтами першочергово стикаються лікарі загальної практики — сімейної медицини. Клініка ПТСР виражається в конкретних нозологічних формах (неврозах, особистісних розладах, алкоголізмі), ускладнюючи перебіг основного соматичного захворювання.

**Ключові слова:** психічні стани, стрес, посттравматичні стресові розлади.

## Post-traumatic stress disorder as the main symptom complex of typical post-stress disorders in the practice of the doctor of family medicine

**V.M. Kulaiets, N.M. Kulaiets**

*Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine*

**Abstract.** The article deals with the diagnostic criteria and types of symptoms of posttraumatic stress disorder. The article considers diagnostic criteria and types of manifestations of post-traumatic stress disorder (PTSD). Based on modern ideas, PTSD is considered as a symptom complex of typical post-stress disorders, the leading element which are past traumatic events. First of all such patients are met by general practitioners-family medicine. The clinic of PTSD is expressed in specific nosological forms (neurosis, personality disorders, alcoholism), complicating the course of the underlying somatic disease.

**Keywords:** mental state, stress, post-traumatic stress disorder.



DOI: 10.31793/2709-7404.2021.2-4.22

© В.М. Кулаєць, Н.М. Кулаєць

Протягом свого життя людина потрапляє в різні ситуації та зазнає впливу багатьох факторів, окремі з яких з огляду на свою загрозовість, інтенсивність та непередбачуваність є травматичними. Численні кривди, занедбаність у дитинстві, гострі міжособистісні конфлікти, дорожньо-транспортні пригоди, фізичне та сексуальне насильство, важкі хвороби — усе це травматичні події, які, звісно, не вичерпують усього переліку, однак є імовірними в житті чи не кожної людини. Для того щоб відновитися після пережитого стресу та повернутися до продуктивного життя, людина має впоратися з емоційними переживаннями і водночас подолати тривожні схеми світосприймання, адже пережиті загрози змушують очікувати на подібне і в майбутньому. У більшості випадків підтримка оточення, подолання безпосередніх загроз та відновлювальні механізми психіки сприяють тому, що особи, які зазнали травми, через певний час зцілюються та позбуваються симптоматики посттравматичного стресового розладу. На жаль, до травматичних належать і події, що стосуються не однієї чи кількох осіб, а охоплюють цілі спільноти, ставлять під загрозу та змінюють життя мешканців селищ, міст, регіонів, країн. До них належать стихійні лиха, терористичні акти і, звісно, воєнні дії, під час яких люди стають свідками смертей, втрачають житло, піддаються тортурам та стикаються з необхідністю переселятися на нові місця і починати життя спочатку. Саме такі події через раптовість виникнення, масштабність охоплення і наслідків, а також складність адаптації до нових умов становлять найбільший ризик із погляду розвитку, загострення та хронізації стресових розладів. Воєнні дії на сході України, які охоплюють усе більші території, є саме такими — травматичними з високим ризиком посттравматичних стресових розладів у населення. Саме з такою категорією пацієнтів першочергово доводиться працювати лікарям загальної практики — сімейної медицини.

**Мета дослідження** — провести огляд даної проблеми, виділити провідні діагностичні критерії, розробити алгоритм необхідної першочергової, оперативної психологічної допомоги, дієвих та ефективних моделей роботи саме на етапі надання первинної медичної допомоги.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — відстрочена за часом психопатологічна комплексна реакція на психотравматичні події, що сформувалися в цілісний синдром. Щодо необхідності виділення цілісного синдрому, його симптомокомплексів і симптомів протягом

тривалого часу точаться наукові суперечки між представниками різних спеціальностей (медиків, психологів, соціальних працівників та ін.) і різними науковими школами в самій психології. Проте останнім часом ПТСР описано як синдром і окрема психодіагностична категорія в низці авторитетних класифікаторів хвороб, що дає підстави розглядати його як цілісне, комплексне утворення.

Уперше офіційно питання про необхідність виділення цілісного синдрому, що має назву «посттравматичний стресовий розлад», було поставлено в США в 1980 році. Саме тоді в публікацію третього видання американського класифікаційного стандарту, підготовленого Американською психіатричною асоціацією, DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), був внесений розділ, що містить опис критеріїв для діагностики порушень і розладів, викликаних психотравмуючими обставинами, що виходять за рамки звичайного людського суспільства. Цей розділ уточнений і збережений у новій редакції стандарту DSM-IV (код F43.1) у 1994 році. У цьому ж році аналогічний розділ з'явився і в Міжнародному класифікаторі хвороб МКХ-10 (код. 309.81). Незважаючи на те, що ПТСР формально є психічним захворюванням, його вивчення, діагностика й психотерапія відносяться до компетенції клінічного психолога і, зокрема, першочергово лікаря загальної практики — сімейної медицини. Наказом МОЗ України від 2016 р. № 121 затверджено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Посттравматичний стресовий розлад» і до нього розроблено, відповідно, адаптовану клінічну настанову, засновану на доказах.

Прийняття рішень про офіційну фіксацію даного синдрому в міжнародних і національних класифікаторах захворювань зумовлено широким поширенням ПТСР. У різних джерелах наводяться дані, що протягом життя на ПТСР страждає близько 1% населення, а до 15% людей після важких травм можуть відчувати окремі симптоми цього захворювання. У багатьох дослідженнях констатується, що посттравматичні стресові розлади становлять від 10 до 50% серед усіх медичних наслідків бойових подій. На них страждають 29-45% ветеранів Другої світової війни, 25-30% американських ветеранів в'єтнамської війни. Серед осіб, які отримали поранення, ПТСР досягають 42%. 18,6% учасників бойових дій в Афганістані відчують на собі дію цього синдрому. З них хронічно хворими є 41,7%, інвалідами — 56,2%. За прогнозами

інших фахівців, посттравматичні прояви зберігаються протягом тривалого часу у 25% осіб із цієї категорії.

Статистичні дані свідчать, що 50-65% людей упродовж життя зазнають впливу щонайменше однієї травматичної події, а багато зазнають впливу двох і більше подій, таких як значна катастрофа, війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортна пригода, тортури тощо, які пов'язані із загрозою для власного життя (або життя іншої людини) і зумовили сильний страх, безпорадність або жах. Дані щодо поширеності та захворюваності на ПТСР в Україні, за офіційними даними МОЗ України, сьогодні відсутні.

Психологічні реакції на стресогенну подію виникають у всіх людей, але можуть відрізнятися за силою вираженості й наслідками для загального стану. У медичній практиці виділяють гострий стресовий розлад (ГСР) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Основна відмінність між ГСР і ПТСР — це час, що минув із моменту травматичної події. ГСР діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а ПТСР діагностується не раніше ніж через місяць. Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше трьох місяців, і хронічний, коли симптоми зберігаються три місяці і більше. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 місяців та більше після травматичної події, розлад визначається як ПТСР із пізнім проявом. За даними літератури, частота розвитку ПТСР становить 10-15% серед осіб, які зазнали впливу травматичних подій. Діти, підлітки, люди похилого віку більш вразливі до появи психопатологічних реакцій на стрес. У жінок частота ПТСР у середньому у 2 рази вища, ніж у чоловіків.

Згідно з «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10 (ВОЗ, 1992), ПТСР (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні події чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже в будь-кого.

Важливо враховувати, що клінічні прояви ПТСР вкрай різноманітні і з часом можуть змінюватися. Перебіг ПТСР хвилеподібний. Характерним є:

- повторне переживання — нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію; кошмарні сновидіння; інтенсивні психологічні страждання або такі реакції організму, як пітливість, прискорене серцебиття й паніка при зіткненні із нагадуванням про травмуючу подію;

- уникнення й емоційне заціпеніння — уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних із подією; втрата інтересу до діяльності, яка в минулому приносила радість, відсторонення або відчуження від інших, обмеження емоційної реакції (наприклад, нездатність відчувати радість або щастя);
- перезбудження — безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість.

Може виникати невмотивована агресія, спрямована на випадкових людей, а часто на рідних і близьких. Незрозуміле почуття провини (не виконав місію; не врятував; мав би зараз бути там), почуття недовіри та зради, а також «несправедливості долі»; відчуття відсутності майбутнього тощо. Іноді людина не помічає своїх змін, проте це помічають інші. Оточуючі можуть сприймати людину з ПТСР як таку, яку «підмінили».

Часто пацієнти, у яких є ПТСР, побоюються говорити про свої проблеми на прийомі в сімейного лікаря — бояться стигматизації через причину звернення по психіатричну допомогу, відчувають сором, намагаються подолати прояви розладу самостійно. На жаль, часто це відбувається за допомогою алкогольних напоїв та наркотичних препаратів, що ще більше посилює прогресування ПТСР. Необхідно знати, що ПТСР — це медична проблема, що охоплює людину загалом — фізично, психічно, емоційно та духовно.

Лікарям загальної практики — сімейним лікарям важливо враховувати, що люди з ГСР і ПТСР не завжди звертаються вчасно до лікаря з вираженим занепокоєнням про пережитий травматичний досвід. Часто виникають скарги на перепади настрою, проблеми у відносинах, проблеми зі сном, сексуальні дисфункції чи скарги на загальний фізичний стан, наприклад головний біль, біль мігренозного характеру, кардіалгії, гастроентерологічні розлади, артралгії, алергічні реакції різного ступеня прояву. Досвід пережитої травматичної події може навіть не бути згаданий на прийомі в сімейного лікаря. Така проблема виникає, зокрема, при небажанні обговорювати її або звертатися по допомогу. Необхідно також визнати, що існує соціальна стигматизація щодо проблем психічного здоров'я. Страх бути дискримінованим стає перешкодою для деяких пацієнтів, і вони замовчують про свої симптоми. Лікаря, який проводить скринінг ПТСР, необхідно бути чутливим до таких питань і враховувати це в процесі діагностики ПТСР.

При обстеженні пацієнтів, які звертаються до сімейного лікаря повторно з неконкретними скаргами на фізичне здоров'я, рекомендується проводити опитування щодо того, чи зазнала людина яких-небудь психотравмуючих подій нещодавно або в минулому, й описати приклади таких подій (була учасником або свідком катастрофи, військових подій, насилля тощо). Якщо пацієнт вказує на будь-яку травматичну подію в анамнезі, то рекомендується застосувати інструменти скринінгу ПТСР. У ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, рекомендовано використовувати метод скринінгу, запропонований Бреслау та співавт. (1999). Якщо людина відповідає позитивно на 4 або більше запитання анкети, то найбільш імовірно буде діагностовано ПТСР. Для виявлення військовослужбовців із проявами посттравматичного стресового розладу може бути використаний Місісіпський опитувальник для бойових ПТСР (США, 1985), придатний для використання в різних умовах обстеження.

Важливо враховувати, що стресогенна ситуація не обов'язково повинна призводити до ПТСР, а може викликати інші психічні розлади, зокрема фобії і депресії, що потребують своєчасної уваги, відповідної діагностики й лікування.

Застосування заходів з управління стресом у пацієнтів із ПТСР спрямоване на зменшення симптомів збудження й усунення наслідків тривожних симптомів, що впливають на спосіб життя індивіда. Основні компоненти управління стресом, які використовуються в пацієнтів із ПТСР, включають у себе навчання релаксації, управління диханням (антистресове дихання), методи відволікання, які зупиняють негативні думки. Антидепресанти повинні розглядатися як лікування ПТСР у дорослих у випадках, коли:

- а) пацієнт не бажає брати участь у психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі;
- б) пацієнт недостатньо стабільний для того, щоб починати психотерапію та психокорекцію, сфокусовані на травмі (у результаті, наприклад, схильності до суїцидальної поведінки або важкого тривалого побутового стресу);
- в) пацієнт не отримав достатньо хороших результатів від психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі;
- г) пацієнт відчуває велику кількість психологічних симптомів, які можуть значно посилитися протягом психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі.

Сімейному лікарю при роботі із такими пацієнтами слід націлювати їх говорити про свою проблему — робити перший крок на шляху до

одужання. Вчасно призначене лікування, яке включає психологічну допомогу і, у разі потреби, призначення медикаментозних препаратів зменшить страждання і покращить самопочуття, створить умови для повернення до повноцінного життя. Лікування можливе на всіх етапах, але ефективність його більша, якщо призначити його відразу після появи перших симптомів. Для одужання важливе значення має розуміння того, що процес лікування потребує певного часу і зусиль як від особи з ПТСР, так і від його оточення. Підтримка з боку близьких дуже важлива. Вагоме значення має особиста участь пацієнта з ПТСР та членів сім'ї в плануванні лікування — активне обговорення лікувальних втручань та усвідомлене прийняття рішень. Індивідуально підібране лікування прискорює одужання.

Важливо враховувати досвід інших країн (США, Австралії, Франції тощо) щодо ефективності використання психологічного лікування ПТСР, зокрема проведення травмофокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії. Розмови про травму — це шлях до одужання. Кількість сеансів визначається лікарем індивідуально. Важливо не уникати цього виду лікування.

Медикаментозна терапія також призначається індивідуально, у разі потреби. Особливої уваги потребує лікування супутньої депресії. Лікування депресії, що виникла вперше, першочергово може призначити сімейний лікар.

Із самого початку лікування необхідно зосередити увагу на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації. Наявність симптомів ПТСР не повинна бути перешкодою для професійної та соціальної активності.

Важливо не уникати участі в програмах психологічної, соціальної та фізичної реабілітації, музикотерапії тощо (за їх наявності). Корисним є опанування психологічними техніками управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо), навчитись відволікатись на позитивні спогади.

Позитивний вплив музики на психологічний стан людини відомий давно і широко використовується в медицині. Щоденне прослуховування класичної, народної музики — тієї, яка викликає позитивні емоції, — також шлях до одужання. Хороший ефект мають медитаційні техніки в поєднанні з музикою.

Прості поради, які повинен надавати сімейний лікар, — це дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад здорового дрібного харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникання вживання алкоголю, тютюнопаління.

Також важливі поради сімейного лікаря, які можуть допомогти вийти зі стану стресу.

Антистресове дихання: повільно виконуйте глибокий вдих через ніс; на висоті вдиху на мить затримайте дихання, після чого зробіть видих як можна повільніше. Це заспокійливе дихання. Воно полягає у відносному вкороченні вдиху, подовженні видиху і паузи після нього. Намагайтеся уявити собі, що з кожним глибоким вдихом і тривалим видихом ви частково позбавляєтеся від стресового напруження. Хвилинна релаксація: розслабте куточки рота, зволожите губи. Розслабте плечі, випийте води невеликими ковтками, якщо є можливість, вийдіть із приміщення, пройдіться, ритмічно дихайте й обов'язково подовжуйте видих: два кроки — вдих, три кроки — видих, пауза. Увімкніть заспокійливу музику, ту, яку ви любите, якщо є можливість, поговоріть на яку-небудь абстрактну тему з будь-якою людиною, яка перебуває поруч. Якщо ж поруч нікого немає, зателефонуйте друзям чи рідним. Це відволікаюча дія, яка здійснюється «тут і зараз» і покликана витіснити з вашої свідомості внутрішній діалог, наповнений стресом. Важливо враховувати, що в цій ситуації співпраця із сімейним лікарем та активна участь у лікуванні значно підвищує імовірність одужання.

Надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам із ГСР та ПТСР передбачає використання високотехнологічних методів клініко-психопатологічного та клініко-анамнестичного дослідження (клінічні консиліуми, розбори, технології телемедицини), нейровізуалізації (МРТ, КТ), нейрофізіологічного (ЕЕГ, сомнографія), психодіагностичного, психометричного та психофізіологічного дослідження.

У процесі діагностики береться до уваги все, що стосується історії про травму, історії попередньої травми, самої травматичної події, психічного стану в минулому, до травми, і поточного (психічний стан у минулому є особливо важливим у випадках, коли травматичні події включають у себе сексуальне або фізичне насильство в минулому), наявності та періодичності симптомів ПТСР, а також будь-яких супутніх захворювань (включаючи вживання алкоголю, наркотиків та інших психоактивних речовин). Особлива увага приділяється питанням фізичного здоров'я. Це може включати питання, пов'язані з ушкодженнями, що виникають унаслідок травматичного інциденту і ведуть до зміни ставлення до здоров'я після інциденту, із супутніми патологіями або проблемами, що розвиваються, зі здоров'ям і можливими препаратами, які були прописані для вирішення проблем зі здоров'ям. Також оцінюються інші

характеристики якості життя, такі як фізичне здоров'я, сімейний та професійний, правовий і фінансовий стан.

Комплекс терапевтичних заходів включає травмофокусовані впливи, які є пріоритетними, фармакотерапію, психосоціальну реабілітацію та інші фізичні методи.

Третинна (високоспеціалізована) допомога здійснюється мультидисциплінарною командою за участю лікаря-психіатра, лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога, психолога, практичного психолога та інших відповідних фахівців. До надання допомоги залучаються волонтери, ветерани-комбатанти, соціальні працівники, члени родин пацієнтів та представники громадських організацій.

Першочергово не повинна надаватися перевага фармакологічним засобам перед травмофокусованою терапією, але їх використання може розглядатись в тому випадку, коли людина не готова чи не бажає залучатись або не має доступу до отримання лікування за допомогою травмофокусованої терапії, якщо дані особи мають додаткові проблеми з психічним здоров'ям, такі як депресія, або вони не отримали покращення від застосування травмофокусованої терапії. У випадку застосування фармакологічних засобів перевага повинна віддаватися СІЗС.

Лікування антидепресантами повинно розглядатись як доповнення до психотерапії та психокорекції в дорослих, у яких основні симптоми ПТСР є важкими і перешкоджають пацієнтові отримати користь від психотерапевтичного та психокорекційного втручання.

Заходи з реабілітації, що сприяють оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню, повинні регулярно призначатись на перших етапах лікування, а не відкладатись до моменту, коли захворювання перейде в хронічний стан.

Така реабілітація має передбачати психоосвіту не тільки самої особи із ПТСР, а й членів її родини, а також максимальну можливу соціальну та професійну підтримку для збереження оптимальної трудової і/або освітньої продуктивності.

## Висновки

Проблема ПТСР залишається на сьогодні досить суперечливою, незавершеною, що визначається різними підходами й поглядами, які існують у галузі клінічної психіатрії. Виходячи із сучасних нозологічно орієнтованих підходів

на дану проблему, ПТСР у трактуванні МКХ-10 розглядається як симптомокомплекс типових постстресових розладів, провідним елементом якого є пережиті психотравмуючі події. Із такими пацієнтами першочергово стикаються лікарі загальної практики — сімейної медицини. Клініка ПТСР може виявлятися або на доклінічному рівні, або виражатися в конкретних нозологічних формах (неврози, особистісні розлади,

наркоманія, алкоголізм, ендогенні та екзогенно-органічні психотичні стани), визначаючи їх клінічну своєрідність, особливості перебігу і результат. Так звані «гострі» ПТСР здебільшого відображають психологічно адекватну реакцію психічно здорової особистості, тоді як «хронічні» форми ПТСР є нічим іншим як групою «нажитих» (надбаних в умовах тривалого хронічного стресу) особистісних розладів.

## Список використаної літератури

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013:947.
2. Briere J. *Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, and treatment* / John N. Briere, Catherine Scott. University of Southern California, Keck School of Medicine. Second edition, DSM-5 update:428.
3. O'Donnell ML. *Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity* / ML O'Donnell, M Creamer, P Pattison. *American Journal of Psychiatry*. 2014;161:1390-1396.
4. Brady KT. *Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder* / KT Brady, TK Killeen, T Brewerton, S Lucerini. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2020;61(7):22-32.
5. Thabet A. *Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict* / AM Thabet, Y Abed, P Vostanis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2020;45:533-542.
6. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії [Електронний ресурс] / Олег Романчук. Режим доступу: [www.i-cbt.org.ua/Read/cbt%20depression.pdf](http://www.i-cbt.org.ua/Read/cbt%20depression.pdf)
7. Young SN. *How to increase serotonin in the human brain without drugs* / SN Young. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2017;32(6):394-399.
8. Wang CE. *Decreased approach motivation in depression* / CE Wang, T Brennen, A Holte. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2016;47:505-511.
9. Weary G. *Depression, Control Motivation, and the Processing of Information about Others* / Gifford Weary, Kerry L. Marsh, Faith Gleicher, John A. Edwards. *Control Motivation and Social Cognition*. 1993:255-287.
10. Musty RE. *Relationships between motivation and depression in chronic marijuana users* / Richard E. Musty, Lee Kaback. *Life Sciences*. 1995;56(23-24):2151-2158.
11. Zuroff DC. *Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression* / David C. Zuroff, Richard Koestner, DS Moskowitz, Carolina McBride, Margarita Marshall & Michael R. Bagby. *Psychotherapy Research*. 2017;17(2):137-147.
12. Dunlop BW. *The Role of Dopamine in the Pathophysiology of Depression* / Boadie W. Dunlop, Charles B. Nemeroff. *Archives of General Psychiatry*. 2017;64(3):327-337.

**Для цитування:** Кулаєць ВМ, Кулаєць НМ. Післятравматичний стресовий розлад як основний симптомокомплекс типових постстресових розладів у практиці лікаря-інтерніста. *Терапевтика / імені професора М.М. Бережницького*. 2021;2(4):22-27. DOI: 10.31793/2709-7404.2021.2-4.22

**Адреса для листування:** Кулаєць Віра Михайлівна, kulaiets@gmail.com; Івано-Франківський національний медичний університет, вул. Галицька, 2, Івано-Франківськ 76000, Україна.

**Відомості про авторів:** Кулаєць Віра Михайлівна, канд. мед. наук, доцентка кафедри терапії і сімейної медицини ІФНМУ. Кулаєць Надія Михайлівна, канд. мед. наук, доцентка кафедри внутрішньої медицини № 2 та медсестринства ІФНМУ.

**Особистий внесок:** Кулаєць В.М. — аналіз проблеми та результатів, написання статті; Кулаєць Н.М. — проведення досліджень та аналіз результатів.

**Фінансування:** Стаття підготовлена в рамках бюджетного фінансування ІФНМУ.

**Декларація з етики:** Автори задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

**Проходження статті:** Надійшла до редакції 06.12.2021 року; перероблена 09.12.2021 року; прийнята до друку 15.12.2021 року; надрукована 28.12.2021 року.

**For citation:** Kulaiets VM, Kulaiets NM. Post-traumatic stress disorder as the main symptom complex of typical post-stress disorders in the practice of the doctor of family medicine. *Terapevtyka / of professor M.M. Berezhnysky* 2021;2(4):22-27. DOI: 10.31793/2709-7404.2021.2-4.22

**Correspondence address:** Kulaiets Vira Mykhailivna, kulaiets@gmail.com; Ivano-Frankivsk National Medical University, Galytska Street, 2, Ivano-Frankivsk, 76000, Ukraine.

**Information about the authors:** Kulaiets Vira Mykhailivna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Therapy and Family Medicine IFNNU. Kulaiets Nadiia Mykhailivna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Internal Medicine № 2 and Nursing IFNNU.

**Personal contribution:** Kulaiets VM — analysis of the problem and results, writing an article; Kulaiets NM — researches and analysis of results.

**Funding:** The article was prepared within the budget funding of the Ivano-Frankivsk national medical university of Ukraine.

**Declaration of Ethics:** The authors declare that there is no conflict of interest or financial obligations.

**Article:** Received 06 December 2021; revised on 09 December 2021; accepted 15 December 2021; published 28 December 2021.