

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги**

РЕАКЦІЯ НА ВАЖКИЙ СТРЕС І РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД*

ВСТУП

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на важкий стрес і розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає особливості проведення діагностики та лікування пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) в Україні з позиції забезпечення наступності етапів медичної допомоги. Уперше в розробленні УКПМД брали участь представники різних міністерств та відомств, що дозволило погодити запровадження єдиних стандартизованих підходів та врахувати особливості надання медичної допомоги окремим контингентам відповідно до законодавства України. УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Посттравматичний стресовий розлад», з якою можна ознайомитися за посиланням: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам «Методики розробки та запровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної до-

помоги на засадах доказової медицини», затвердженої наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

УКПМД розглядає питання медичної допомоги пацієнтам із гострим стресовим розладом (ГСР) та ПТСР.

В УКПМД зосереджено увагу на організації медичної допомоги пацієнтам в Україні відповідно до міжнародних клінічних настанов:

1. Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 2013, що розроблена з урахуванням NICE CG26 «Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care» (2005).
2. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress, 2010.
3. Inter-Agency Standing Committee Guidelines (2007); European Network for Traumatic Stress Guidelines (TENTS, 2008); The Disaster Mental Health Subcommittee (2009).

Варто зауважити, що більшість положень щодо лікування ПТСР, які включені до клінічних настанов, мають низький рівень доказовості. Це значною мірою зумовлено методологією проведення рандомізованих клінічних досліджень, зокрема, щодо немедикаментозних втручань.

*Затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України № 121 від 23.02.2016 р.

**Друкється з незначними скороченнями й стилістичними правками.

Положення УКПМД, які відповідають вимогам доказової медицини, не виключають інші прийнятні методи досягнення кінцевого результату, а їх дотримання не є гарантією успіху у всіх клінічних випадках. Кінцеве рішення щодо вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікуючий лікар з урахуванням отриманих клінічних даних про пацієнта, а також існуючих діагностичних і лікувальних можливостей.

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей: лікарі загальної практики — сімейні лікарі, лікарі-терапевти, лікарі-психіатри, лікарі-психіатри дитячі, лікарі-психотерапевти, лікарі-психологи, психологи та практичні психологи.

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ПРОТОКОЛІ

АД	Антидепресанти
ГСР	Гострий стресовий розлад
ДПРО	Десенсибілізація та переробка рухом очей
ЕЕГ	Електроенцефалограма
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
КМП	Клінічний маршрут пацієнтів
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
КТ	Комп'ютерна томографія
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МКХ-10	Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-е видання)
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МРТ	Магнітно-резонансна томографія
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
СІЗЗС	Селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну
ТФ-КПТ	Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЧМТ	Черепно-мозкова травма
DSM-V	Керівництво з діагностики і статистики психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 5-е видання
PHQ-9	Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire), 9 запитань

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз:

Гостра реакція на стрес
Посттравматичний стресовий розлад
Розлади адаптації

1.2. Коди стану або захворювання відповідно до МКХ-10:

- Гостра реакція на стрес (F43.0)
Посттравматичний стресовий розлад (F43.1)
Розлади адаптації (F43.2):
- Короткочасна депресивна реакція (F43.20).
 - Пролонгована депресивна реакція (F43.21).
 - Змішана тривожна і депресивна реакція (F43.22).
 - З переважанням емоційних порушень (F43.23).
 - З переважанням порушень поведінки (F43.24).
 - Змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25).
 - Інші реакції на важкий стрес (F43.8).
 - Реакція на важкий стрес, неуточнена (F43.9).

Коди стану або захворювання відповідно до DSM-V:

Гострий стресовий розлад (308.3)
Посттравматичний стресовий розлад (309.81)

1.3. Протокол призначений для лікарів загальної практики — сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-педіатрів, лікарів-педіатрів дільничних, лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів судово-психіатричних експертів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психологів, практичних психологів, психологів, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, медичних сестер та інших медичних працівників; пацієнтів, які постраждали від психотравмуючих подій, мають гостру реакцію на стрес та розлади адаптації.

1.4. Мета протоколу:

- впровадження медико-організаційних та лікувально-діагностичних підходів, які відповідають положенням доказової медицини, в процес надання медичної допомоги дітям та дорослим із ПТСР в Україні;
- встановлення єдиних вимог щодо профілактики, діагностики, лікування та ре-

абілітації пацієнтів із даним видом патології відповідно до адаптованої клінічної настанови, що розроблена з урахуванням вітчизняних особливостей організації медичної допомоги та економічної ситуації в країні;

– забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтам із ПТСР;

– обґрунтування оснащення ЗОЗ для надання первинної, вторинної та третинної медичної допомоги пацієнтам із ПТСР (наявність обладнання та інших ресурсів);

– відновлення якості життя пацієнтів із ПТСР.

1.5. Дата складання протоколу — січень 2016 року.

1.6. Дата перегляду протоколу — січень 2019 року.

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua

Електронну версію документа можна завантажити на офіційному сайті МОЗ України: <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

1.7. Коротка епідеміологічна інформація

ГСР та ПТСР є психічними розладами, що розвиваються в деяких осіб після травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя (або іншої людини) або фізичної недоторканності та обумовили сильний страх, безпорадність або жах. Інші емоційні реакції пацієнтів включають провину, сором, гнів або емоційне оніміння.

Дані щодо поширеності та захворюваності ПТСР в Україні, за офіційними даними МОЗ України, сьогодні відсутні.

Доступні дані щодо поширеності та захворюваності ПТСР ґрунтуються в основному на результатах великомасштабних епідеміологічних досліджень, проведених у США та Австралії, й обмежені даними щодо дорослих. Частота розвитку ПТСР

складає 10-15% серед осіб, які зазнали впливу травматичних подій. У США в процесі епідеміологічних досліджень ПТСР виявили у 15% ветеранів-чоловіків і 9% ветеранів-жінок, які брали участь у бойових діях.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Згідно з «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10 (ВООЗ, 1992), гостра реакція на стрес (F43.0) — тимчасовий розлад, який розвивається в людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів; 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.

ГСР та ПТСР — розлади, які мають такі базові симптоми:

- повторне переживання — нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію; кошмари; інтенсивні психологічні страждання або соматичні реакції, такі як пітливість, прискорене серцебиття та паніка, при нагадуванні про травмуючу подію;
- уникнення й емоційне заціпеніння — уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних із подією; обмежені емоції; втрата інтересу до звичайної діяльності; почуття відстороненості від інших;
- надмірне збудження — безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірний старт-рефлекс.

Крім того, ГСР включає в себе дисоціативні симптоми, такі як відчуження, емоційна глухість, дереалізація, деперсоналізація й дисоціативна амнезія.

Основна відмінність між ГСР (308.3) і ПТСР (309.81) у DSM-V — це тривалість часового проміжку, що минув із моменту травматичної події. ГСР діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а ПТСР — не раніше ніж через місяць. ПТСР виникає після ГСР або латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 мі-

сяців або зрідка — до декількох років. Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше ніж трьох місяців, і хронічний, коли симптоми зберігаються три і більше місяці. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 місяців після травматичної події, розлад визначається як ПТСР із пізнім проявом. ПТСР має хвилеподібний перебіг. У більшості випадків пацієнти одужують, але інколи хвороба триває протягом багатьох років після катастрофи і трансформується в хронічну зміну особистості (F62.0).

Важливо враховувати, що за результатами двох великих епідеміологічних досліджень, проведених у США та Австралії, у 85-88% осіб чоловічої статі та в 78-80% жіночої статі з ПТСР були встановлені супутні психіатричні діагнози, що обґрунтовує обов'язкову участь лікаря-психіатра в уточненні діагнозу та визначенні тактики ведення пацієнтів із ПТСР.

Важливе значення має інтегрована медична допомога з комплексною соціальною реабілітацією пацієнтів із ПТСР, із залученням членів сім'ї.

Особливості процесу надання медичної допомоги

Для ефективного впровадження УКПМД «Реакція на важкий стрес і розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» у практику надання медичної допомоги лікарями, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, та в ЗОЗ існує потреба у створенні системи заходів, що включає:

1. Навчання та підвищення поінформованості лікарів, які надають первинну медичну допомогу, з питань діагности-

ки, лікування та реабілітаційних заходів при ПТСР (див. розділ 4 п. 4.1.1).

2. Організацію взаємодії та координацію служб різного відомчого підпорядкування.
3. Забезпечення наступності етапів медичної допомоги пацієнтам із ПТСР лікарями, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, та в кожному ЗОЗ шляхом розробки та впровадження Локального протоколу медичної допомоги (ЛПМД), в якому визначено клінічний маршрут пацієнта (КМП).
4. Інтегрована медична допомога з урахуванням особливостей надання допомоги в кожному відомстві (Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Державна служба України з надзвичайних ситуацій, Національна гвардія України, Національна поліція України тощо).

Лікарями, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, та ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, діагноз ПТСР має бути підтверджений за результатами комплексного клінічного інтерв'ю, що оцінює всі симптоми, що характеризують ПТСР.

Важливо окреслити ще одне проблемне питання щодо впровадження положень доказової медицини в лікування пацієнтів із ПТСР — обмежена доступність психотерапевтичної допомоги для певних верств населення України, зокрема сільського. Психотерапія має бути основним методом лікування ПТСР, а також використовуватися в комплексі лікування і реабілітації пацієнтів.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЛІКАРІВ, ЩО ПРОВАДЯТЬ ГОСПОДАРСЬКУ ДІЯЛЬНІСТЬ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ЯК ФІЗИЧНІ ОСОБИ-ПІДПРИЄМЦІ, ОРГАНІЗАЦІЙ, ФАХІВЦІВ ТА СЛУЖБ, ЯКІ НАДАЮТЬ ПЕРШУ ПСИХОЛОГІЧНУ ДОПОМОГУ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
3.1.1. Первинна профілактика	Доведена ефективність та доцільність щодо застосування підходу «першої психологічної допомоги» під час катастрофи чи терористичних актів	<ol style="list-style-type: none"> Проводити професійно-психологічну підготовку, психологічну про-світу окремих категорій осіб, які за своєю професійною діяльністю можуть перебувати в екстремальних ситуаціях, у тому числі працівників правоохоронних органів та військовослужбовців військових формувань, рятувальників тощо, та перед виконанням службово-бойових завдань в екстремальних (бойових) умовах за спеціально розробленими програмами в системі бойової та спеціальної, професійної, службової підготовки окремо по категоріях персоналу. Проводити психоосвітню роботу щодо реагування психіки на важкі психотравмуючі події.
3.1.2. Перша психологічна допомога	Доведена ефективність та доцільність щодо застосування підходу «першої психологічної допомоги» під час катастрофи чи терористичних актів	<p>У зоні катастроф і терористичних актів працівники сфери екстреної медичної допомоги та психічного здоров'я, які першими прибувають на місце катастрофи, підготовлені військовослужбовці та працівники служб швидкого реагування на надзвичайні ситуації надають першу психологічну допомогу пацієнтам, а саме:</p> <ol style="list-style-type: none"> Орієнтуються в ситуації. Ініціюють контакт у ненав'язливий, співчутливий та підтримувальний спосіб. Гарантують безпеку та фізичний комфорт, емоційну стабілізацію пацієнтів. Визначають нагальні потреби та проблеми пацієнтів. Пропонують практичну допомогу пацієнтам з метою задоволення їх нагальних потреб, допомогу у встановленні зв'язку та отриманні соціальної підтримки. Надають інформацію щодо стратегії подолання стресу. З'єднують пацієнтів із суміжними службами (див. розділ 4, п. 4.3).

3.2. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЛІКАРІВ, ЩО ПРОВАДЯТЬ ГОСПОДАРСЬКУ ДІЯЛЬНІСТЬ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ЯК ФІЗИЧНІ ОСОБИ-ПІДПРИЄМЦІ, ЯКІ НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Первинна профілактика	Не існує доказової бази щодо специфічних методів профілактики ПТСР	<ol style="list-style-type: none"> Надати особам, що зазнали впливу травматичних подій, емоційну підтримку, інформацію щодо механізмів впливу стресу на організм та заходів щодо подолання цього впливу; інформацію щодо доступних соціальних послуг та куди необхідно звернутись у разі виникнення психічних розладів та психологічних проблем. Не проводити заходи формальної психотерапії особам без ПТСР. Заборонено використовувати бензодіазепіни, нейролептики та препарати, що містять фенобарбітал, з метою профілактики розвитку ГСР або ПТСР.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
2. Діагностика	Рекомендовано проводити оцінку наявності ПТСР в осіб групи ризику	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При обстеженні пацієнтів, які звертаються до лікаря з повторюваними неконкретними проблемами з фізичним здоров'ям, рекомендується проводити опитування щодо того, чи зазнала людина будь-яких травматичних подій нещодавно або в минулому, та описати приклади таких подій (була учасником або свідком катастрофи, військових подій, насилля тощо) (див. розділ 4). 2. При проведенні клінічного огляду на амбулаторному прийомі звертати увагу на психологічний стан пацієнта, зокрема в пацієнтів групи ризику розвитку ПТСР. У разі наявності окремих симптомів для верифікації ПТСР провести анкетне опитування з використанням стандартизованого опитувальника (7 питань) (Додаток 1). 3. Позитивна відповідь на 4 і більше питань дає підстави формулювання попереднього синдромального діагнозу: посттравматичний стресовий розлад під питанням. 4. Інформувати пацієнта про те, що виявлені в 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. 5. Пацієнтам, які дають позитивну відповідь на запитання № 2 Опитувальника для скринінгу ПТСР (Додаток 1), провести подальше опитування з використанням опитувальника PHQ-9 (Додаток 1 до УКПМД «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)») — для діагностики можливого депресивного розладу.
		<p>У разі підтверджуючої суми балів уточнити особливості перебігу депресії, що в цілому дозволяє встановити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість. Допомога таким пацієнтам надається відповідно до УКПМД «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)».</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Виявлення пацієнтів, які потребують обов'язкової консультації лікаря-психіатра/лікаря-психіатра дитячого, та скерування до відповідного ЗОЗ (див. розділ 4, п. 4.4). 7. У випадку, якщо пацієнт становить небезпеку для себе або оточуючих, — термінове скерування до ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу. 8. Зробити запис у медичній карті амбулаторного хворого (Форма 025/0).
3. Лікування	Доведено, що своєчасна адекватна медична допомога при ПТСР у більшості випадків дозволяє досягти значного терапевтичного ефекту, поліпшити якість життя, соціальні функції пацієнта, в т.ч. трудову діяльність, зменшити економічні витрати сім'ї та суспільства в цілому	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести консультування пацієнта із роз'ясненням у доступній формі особливостей розвитку, клінічних симптомів і лікування ПТСР. 2. Надати інформацію щодо потенційно несприятливого впливу алкоголю та інших психоактивних речовин на перебіг ПТСР. 3. Надати позитивну інформацію щодо перспектив відновлення здоров'я, необхідних термінів. 4. Надати інформацію про необхідність виконання лікарських рекомендацій. 5. Надати рекомендації щодо необхідності дотримання вимог здорового способу життя, проведення заходів психологічної та соціальної реабілітації. 6. Надати інформацію щодо можливостей отримання спеціалізованої медичної допомоги. 7. Запропонувати пацієнту використання психологічних технік управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо). 8. Надати рекомендації щодо немедикаментозного та медикаментозного лікування пацієнтам із ПТСР, які відчувають клінічно значущі симптоми: хронічний біль, безсоння, тривога. 9. Відповісти на запитання пацієнта. 10. Забезпечити моніторинг ефективності лікування, призначеного спеціалістом ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу. 11. Проводити моніторинг та лікування пацієнтів, які відмовились від консультації спеціаліста психіатричного профілю. 12. За можливості — залучати членів сім'ї пацієнта до обговорення та планування лікування.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>13. Із самого початку лікування необхідно зосередити увагу пацієнта на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації. Інформувати пацієнта про потенційні переваги психосоціальної реабілітації та давати практичні поради про те, як отримати доступ до відповідної інформації та послуг. Сприяти духовній та соціальній підтримці.</p> <p>14. Ознайомити пацієнта з «Інформаційним листом "Посттравматичний стресовий розлад"» (Додаток 2).</p> <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Залучити пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції: програми психологічної, соціальної та фізичної реабілітації. 2. Надати роздрукований «Інформаційний лист "Посттравматичний стресовий розлад"» (Додаток 2).
3.1. Немедикаментозне лікування	Існують чисельні докази щодо ефективності травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ) і десенсибілізації та переробки рухом очей (ДПРО) в пацієнтів із ПТСР	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Надати інформаційну та емоційну підтримку. 2. Всім пацієнтам рекомендувати дотримуватись режиму дня, гігієни сну, заклад здорового харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникання вживання алкоголю. 3. Постійно підтримувати стратегію поведінки, спрямовану на підвищення прихильності пацієнта до виконання рекомендацій лікаря. <p>Бажані:</p> <p>Запропонувати пацієнту та узгодити з ним інші спеціалізовані та високотехнологічні види психотерапії (терапія вирішення проблем, коротка КПТ). Рішення щодо місця проведення та спеціаліста, який буде проводити конкретний вид психотерапії, приймається разом із пацієнтом.</p>
3.2. Фармакотерапія	Існує доказова база доцільності призначення фармакотерапії ПТСР за показаннями. У випадках, коли дорослий пацієнт із ПТСР піддається фармакотерапії антидепресантами (АД), таке лікування необхідно продовжувати протягом, як мінімум, 6 місяців, з урахуванням терапевтичної відповіді	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лікування ПТСР медикаментозними препаратами не повинно використовуватися як обов'язкове першочергове лікування для дорослих. 2. У випадках, коли спостерігається значне порушення сну, як доповнення до немедикаментозних методів призначаються снодійні коротким курсом (до 10 днів). Перевагу мають небензодіазепінові препарати (золпідем, зопіклон тощо). У разі довготривалого розладу сну розглянути питання про призначення АД. 3. Препарати з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) є препаратами першого ряду для лікування пацієнтів із ПТСР. Показання до призначення АД пацієнтам із ПТСР — див. розділ 4, п. 4.1.5. 4. Вибір АД має бути індивідуальним, базуватися на аналізі клінічного стану пацієнта: характер симптомів, побажання пацієнта і вартість препаратів. Препарати з найбільшою доказовою базою: пароксетин, сертралін. 5. Провести роз'яснення щодо відсутності звикання та виникнення залежності при лікуванні АД. 6. Надати інформацію щодо відстроченого ефекту початку дії препарату, тривалості курсу лікування, дотримання режиму лікування, симптомів відміни. 7. Надати інформацію щодо потенційної побічної дії препаратів (Додаток 3). 8. Пацієнтам з ознаками вираженої тривоги призначаються АД із групи СІЗЗС довготривало. 9. За наявності показань — тахікардії, м'язового тремору — пацієнтам з ознаками вираженої тривоги призначається неселективний бета-адреноблокатор пропранолол (20-40 мг три рази на добу) з урахуванням протипоказань. 10. Фармакотерапія супутніх захворювань проводиться згідно з відповідними медико-технологічними документами. 11. Інформація щодо фармакотерапії надається в усному та письмовому вигляді.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
3.3. Моніторинг ефективності та корекція лікування	Існує доказова база доцільності моніторингу пацієнтів із ПТСР для підвищення ефективності лікування	<p>Моніторинг пацієнтів, яким призначено АД:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Всім пацієнтам встановлюється дата контрольного огляду через 2 тижні після призначення терапії АД, після цього — кожні 2-4 тижні в перші 3 місяці лікування. 2. При позитивному ефекті лікування подальші контрольні огляди можливо проводити через більш тривалі проміжки часу. 3. Пацієнтам, молодшим за 30 років, призначається дата контрольного огляду не пізніше ніж через 1 тиждень після призначення терапії АД (у зв'язку з високим ризиком суїциду в цій віковій групі). 4. Рекомендується встановити регулярний телефонний контакт із пацієнтом (лікарський або сестринський — за наявності відповідної підготовки медичної сестри). 5. З пацієнтами, які не з'явилися на повторний огляд, встановлюється активний зв'язок. 6. Під час огляду та при телефонному контакті проводиться контроль прихильності до лікування, підтримка мотивації та надання рекомендацій. 7. Відміна АД по закінченні курсу лікування проводиться поступово — зменшення дози впродовж 4 тижнів, при виникненні симптомів відміни — впродовж більш тривалого терміну. <p>Ведеться Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма озо/о).</p>

3.3. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЛІКАРІВ, ЩО ПРОВАДЯТЬ ГОСПОДАРСЬКУ ДІЯЛЬНІСТЬ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ЯК ФІЗИЧНІ ОСОБИ-ПІДПРИЄМЦІ, ЯКІ НАДАЮТЬ ВТОРИННУ (СПЕЦІАЛІЗОВАНУ) МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Діагностика		
1.1. Клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи	Рекомендується, щоб лікар-психіатр при оцінці ПТСР, супутніх захворювань і якості життя керувався методиками, зазначеними в УКПМД	<p>Обов'язкові:</p> <p>Основою є застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінка скарг на здоров'я) з урахуванням травматичного впливу та діагностичних критеріїв МКХ-10 та DSM-V. 2. Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, особливостей життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховуються психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його розвитку у фізичному та психологічному плані, соматичні захворювання впродовж життя. Звертають увагу на шкідливі звички; фармакоанамнез (у т.ч. зловживання неспсихотропними препаратами); наявність соціальної підтримки; психологічні та соціальні амортизаційні чинники. 3. Оцінка з позиції безпеки і небезпеки, в тому числі поточного ризику для себе або інших: суїцидальні думки (план), засоби (наприклад, зброя, надлишок ліків тощо), анамнез (наприклад, насильство або спроби самогубства), поведінка (наприклад, агресія, імпульсивність), поточні стресори життя, попереднє лікування психічних розладів та адиктивної поведінки. 4. Здійснення диференційної діагностики (депресивні розлади, тривожні розлади, розлади адаптації, залежність від алкоголю та психоактивних речовин, хронічний біль, розлади особистості, затяжна реакція суму та ін.). 5. Визначення коморбідності (з депресіями, біполярними розладами, розладами особистості, адиктивними порушеннями, генералізованими тривожними та панічними розладами, а також соціальними фобіями). <p>Бажані:</p> <p>Клініко-психопатологічне дослідження психічного стану пацієнта за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю та опитувальника симптомів ПТСР (PTSD, CheckList-PCL).</p>

1.2. Психодіагностичний метод	Обсяг психодіагностичного обстеження визначається його метою: встановлення діагнозу (оцінка симптомів, синдромів); оцінка відповіді на попередні лікувальні заходи; визначення мішеней психокорекції/психотерапії і ресурсів особистості. Діагностика і втручання повинні розглядатися в контексті часу, що пройшов з моменту травматичної події	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Шкала клінічної діагностики (Clinical-administered PTSD Scale-CAPS-5). 2. Контрольний список ПТСР для DSM-V (PCL-5). 3. Контрольний список життєвих подій для DSM-V (LEC-5). <p>Бажані:</p> <p>За наявності відповідних симптомів</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Госпітальна шкала тривоги і депресії. 2. Шкала депресії Гамільтона (HAM-D). 3. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A). 4. Пітсбургський опитувальник якості сну. <p>Для визначення мішеней психотерапії/психокорекції</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опитувальник якості життя — FS-36 тощо. 2. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R). 3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів E. Heim (в адаптації Л.І. Васермана).
1.3. Методи нейрофізіологічного обстеження та нейровізуалізації	Дані дослідження самі по собі не мають діагностичного значення і можуть використовуватися для диференційної діагностики	<p>Бажані</p> <p>(здійснюються за необхідності верифікації органічного ураження головного мозку з метою проведення диференційної діагностики або наявності коморбідної патології органічного походження — ЧМТ, нейроінфекції):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ЕЕГ. 2. КТ або МРТ.
2. Лікування		
2.1. Психотерапія та психокорекція	Підставою для початку лікування є порушення соціального функціонування, неефективність наданої первинної медичної допомоги, побажання пацієнта щодо лікування в ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Психосвіта як підґрунтя психотерапії/психокорекції. 2. ТФ-КПТ. 3. ДПРО. 4. Встановлення терапевтичного альянсу. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стрес-менеджмент. 2. Сімейна психотерапія. <p>— ТФ-КПТ проводиться індивідуально, для пацієнтів із ГРС — 5-10 сеансів, для пацієнтів із ПТСР — 8-12 сеансів, залежно від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Кількість сеансів може бути продовжена (сесійно по 10 сеансів, до 5 сесій, бажано в групових варіантах), якщо є ознаки формування хронічного ПТСР зі специфічними змінами особистості та, як наслідок, із проблемами соціальної адаптації, залежно від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді.</p> <p>— Травмофокусовані втручання не повинні починатися раніше ніж через два тижні після пережитої травми.</p> <p>— Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування втручань, що не сфокусовані на травмі, інші методи психотерапії та психологічної корекції та фармакотерапію.</p> <p>— Групова КПТ (травмофокусована або нетравмофокусована), короткотривала та довготривала експозиційна психотерапія, арт-терапія, раціональна психотерапія можуть бути передбачені як додаткові, але не повинні розглядатися як альтернатива індивідуальній терапії.</p> <p>— У випадках, коли проблеми зі сном не можуть бути врегульовані за допомогою запевнення та надання першої психологічної допомоги, для дорослих може бути доцільним додаткове застосування фармакотерапії.</p>

2.2. Фармакотерапія	<p>Фармакотерапія ПТСР не повинна розглядатися як рутинна терапія першого ряду замість психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі.</p> <p>Медикаментозне лікування не повинно застосовуватися для лікування ГСР і супутніх симптомів (наприклад, якщо симптоми зберігаються менше ніж 4 тижні) у дорослих, крім випадків, коли тяжкість розладу людини не може бути врегульована за допомогою тільки психотерапевтичних та психокорекційних методів, особливо за наявності надмірного збудження</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>Лікування АД має розглядатися як терапія ПТСР у дорослих у тому випадку, коли:</p> <ul style="list-style-type: none"> – пацієнт не бажає проходити лікування за допомогою психотерапії; – пацієнт не досить стабільний для залучення до психотерапії (ауто/гетероагресивна поведінка); – пацієнт не отримав задовільних результатів від лікування психотерапією; – пацієнт має велику кількість дисоціативних симптомів, які можуть значно посилитися при застосуванні психотерапії. <p>Для осіб, в анамнезі яких були випадки депресії і які мали позитивну реакцію на лікування медикаментозними препаратами, повинно розглядатися питання про призначення АД (див. УКПМД «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)»).</p> <p>У випадках, коли фармакологічне втручання розглядається як лікування для дорослих із ПТСР, повинні вибиратися СІЗЗС як терапія першої лінії, для яких пароксетин та сертралін мають значну доказову базу, або інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну.</p> <p>Інші АД нового покоління (зокрема, міртазапін) і трициклічні АД слід розглядати як препарати другої лінії.</p> <p>У випадках, коли приймається рішення розпочати фармакотерапію, необхідно регулярно перевіряти психічний стан людини з тим, щоб за необхідності застосувати допоміжну психотерапію та психокорекцію.</p> <p>У випадках, коли симптоми не реагують адекватно на фармакотерапію, необхідно розглянути таке:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) збільшити дозування в межах дозволеної норми; б) перейти на альтернативні АД; в) додати атипівні антипсихотики (рисперидон, оланзапін, кветіапін) як додатковий препарат; г) тільки в комбінованій терапії (не в монотерапії) відповідно до цільових симптомів додати протисудомні (топірамат, вальпроєва кислота, ламотриджин, прегабалін, буспірон, тразодон), але не бензодіазепіни; д) розглянути потенціал для проведення психотерапії та психокорекції. <p>У разі позитивної відповіді на медикаментозне лікування воно повинно тривати не менше ніж 12 місяців.</p> <p>У разі виникнення ризику суїциду пацієнти повинні, як мінімум, раз на тиждень відвідувати лікаря. Якщо немає суттєвого ризику самогубства, спочатку рекомендується відвідувати лікаря раз на два тижні, а в разі виникнення позитивної динаміки через три місяці після початку лікування рекомендується скоротити частоту відвідування.</p> <p>Пацієнти з ПТСР із коморбідністю, низькою прихильністю до терапії, нестійкою трудовою та соціальною адаптацією, частими госпіталізаціями, які потребують застосування високотехнологічних медичних процедур високої складності, мають бути скеровані до ЗОЗ, що надають третинну медичну допомогу.</p>
2.3. Фармакотерапія ПТСР із коморбідною патологією	<ol style="list-style-type: none"> 1. У випадках, коли тяжкість супутньої депресії виключає ефективну участь у терапії та/або пов'язана з високим ризиком суїциду, рекомендується мінімізувати суїцидальний ризик та депресивну симптоматику до лікування ПТСР. 2. При сполученні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин необхідно розглянути можливість лікування двох патологічних станів одночасно. 3. Якщо ПТСР поєднується з будь-якою церебральною (ЧМТ) або соматичною патологією, лікування таких станів здійснюється одночасно (згідно з відповідними медико-технологічними документами). 	

2.4. Психосоціальна реабілітація та психоосвіта	Психосоціальна реабілітація може використовуватися як додаткова терапія в поєднанні з психотерапією або фармакотерапією. Заходи з реабілітації, які сприяють оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню, повинні регулярно призначатися на перших етапах лікування, а не відкладатись до моменту, коли захворювання перейде в хронічний стан	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Психоосвіта. 2. Тренінг соціальних навичок. 3. Тренінг розв'язання проблем (у тому числі для військових — пов'язаних із бойовим минулим). <p>Бажані:</p> <p>Реабілітація має включати психоосвіту людини і членів сім'ї, максимізацію існуючої соціальної підтримки або створення нової, забезпечення отримання професійної підтримки для збереження оптимальних трудової/освітньої продуктивності.</p> <p>З самого початку проведення лікування акцент має бути на заходах професійної, сімейної та соціальної реабілітації для запобігання або зниження рівня інвалідності/непрацездатності, пов'язаної з розладами, та для сприяння відновленню, соціальній інтеграції та покращенню якості життя.</p> <p>Якщо пацієнт із ПТСР не отримав користі/очікуваного результату від декількох курсів комплексного лікування, необхідно розглянути застосування заходів психосоціальної реабілітації для запобігання або зниження рівня інвалідності/непрацездатності, пов'язаної з ПТСР, та для сприяння відновленню, соціальній інтеграції та покращенню якості життя.</p> <p>У випадку, коли симптоми ПТСР не зникають протягом трьох і більше місяців, необхідно розглядати психосоціальну реабілітацію як втручання для запобігання або зниження непрацездатності, пов'язаної з розладом.</p>
2.5. Інші фізичні методи	Не було визначено достатніх доказів щодо використання додаткових методів як самостійних методів лікування пацієнтів із ПТСР	<p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лікувальна фізкультура. 2. Фізичні вправи (аеробні та анаеробні). 3. Голкорексфлексотерапія. 4. Транскраніальна магнітна стимуляція.
3. Диспансерний нагляд	Існує доказова база доцільності моніторингу пацієнтів із ПТСР для підвищення ефективності лікування. Модель ступінчастого догляду спрямована на забезпечення моніторингу осіб, що отримують допомогу, відповідно до тяжкості та складності хворобливого стану. Даний підхід передбачає постійний моніторинг пацієнтів, які є найбільш проблемними, отримують більш інтенсивні втручання, мають підвищений ризик поганої психологічної адаптації	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Спостереження за станом пацієнта на етапі медикаментозної терапії проводиться щоденно впродовж перших двох тижнів, через день впродовж наступних двох тижнів (якщо немає іншої потреби більш інтенсивного спостереження, наприклад за відсутності терапевтичного ефекту, при ускладненнях від терапії, коморбідних розладах та ін.) та один раз на тиждень після першого місяця терапії, якщо немає потреби в більш інтенсивному спостереженні. 2. Консультації проводяться з частотою, яку встановлює лікар-психіатр, але не рідше, ніж описано вище. 3. Пацієнтам із ПТСР рекомендовано нагляд (у консультативній або диспансерній групах). 4. При передачі відповідальності за продовження призначень у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу, лікар загальної практики — сімейний лікар має отримати чітку рекомендацію щодо плану лікування, дозування ліків та очікуваної тривалості лікування.

3.4. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ТРЕТИННУ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНУ) МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Діагностика	Основою комплексної оцінки стану пацієнта є ретельний аналіз, що охоплює відповідну історію життя (у тому числі історію психотравми), сімейний стан, рівень соціального функціонування, професійної працездатності і психічний стан з урахуванням основних дименсій ПТСР, коморбідної психічної патології, суїцидального ризику та якості життя.	Використання високотехнологічних методів клініко-психопатологічного та клініко-анамнестичного дослідження (клінічні консилиуми, розбори, технології телемедицини), нейровізуалізації (МРТ, КТ), нейрофізіологічного (ЕЕГ, соннографія), психодіагностичного, психометричного та психофізіологічного дослідження.
1.1. Клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи	Рекомендується, щоб лікар-психіатр при оцінці ПТСР, супутніх захворювань і якості життя керувався доступними науково-обґрунтованими методиками самозвіту та структурованими клінічними інтерв'ю	<p>Обов'язкові:</p> <p>Основою є застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу.</p> <ol style="list-style-type: none"> Збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінка скарг на здоров'я) з урахуванням травматичного впливу та діагностичних критеріїв. Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, особливостей життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховуються психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його розвитку у фізичному та психологічному плані, соматичні захворювання впродовж життя. Звертають увагу на шкідливі звички; фармакоанамнез (у т.ч. зловживання неспиритними препаратами); наявність соціальної підтримки; психологічні та соціальні амортизаційні чинники. Оцінка з позиції безпеки і небезпеки, в тому числі поточного ризику для себе або інших: суїцидальні думки (план), засоби (наприклад, зброя, надлишок ліків тощо), анамнез (наприклад, насильство або спроби самогубства), поведінка (наприклад, агресія, імпульсивність), поточні стресори життя, попереднє лікування психічних розладів та адиктивної поведінки. Використання структурованого клінічного інтерв'ю (SCID) та шкали клінічної діагностики (CAPS-5). Здійснення диференційної діагностики (депресивні розлади, тривожні розлади, розлади адаптації, залежність від алкоголю та психоактивних речовин, хронічний біль, розлади особистості, затяжна реакція суму та ін.). Визначення коморбідності (з депресіями, біполярними розладами, розладами особистості, адиктивними порушеннями, генералізованими тривожними та панічними розладами, а також соціальними фобіями), чинників рецидивування патології, низької прихильності до терапії за наявності перерахованих вище ознак.

1.2. Психодіагностичний метод	Обсяг психодіагностичного обстеження визначається його метою: встановлення діагнозу (оцінка симптомів, синдромів); оцінка відповіді на попередні лікувальні заходи; визначення мішеней психокорекції/психотерапії і ресурсів особистості. Діагностика і втручання повинні розглядатися в контексті часу, що пройшов з моменту травматичної події	Обов'язкові: 1. Міссісіпська шкала ПТСР (цивільний або військовий варіант). 2. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R). 3. Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R). 4. Шкала депресії Гамільтона (HAM-D). 5. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A). 6. Методика «Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях» С. Норман, Д.Ф. Ендлер, Д.А. Джеймс, М.І. Паркер в адаптації Т.А. Крюкової. Бажані: 1. Опитувальник симптомів травми (Trauma Symptom Inventory-TSI). 2. Тест життєстійкості S. Maddi в адаптації Д.А. Леонтєва, Є.І. Рассказової. 3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Нейм (в адаптації Л.І. Васермана). 4. Госпітальна шкала тривоги і депресії. 5. Тест вибору кольору Люшера. 6. Тест AuDIT. 7. Шкала рівня особистісної та реактивної тривожності (Спілбергера — Ханіна). 8. Міннесотський багаточинниковий особистісний опитувальник MMPI-2 (Дж. Бучер, В. Далстром, Дж. Грехем, А. Телліджен та Б. Кеммер). 9. Опитувальник для діагностики п'яти чинників особистості Дж. Ховард, П. Медін, Ж. Ховард (в адаптації Л.Ф. Бурлачука, Д.К. Корольова). 10. Набір нейропсихологічних тестів (за А.Р. Лурія). 11. Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA). 12. Пітсбургський опитувальник якості сну. 13. Опитувальник якості життя FS-36 тощо.
1.3. Методи нейрофізіологічного обстеження та нейровізуалізації	Здійснюються з метою диференційної діагностики та визначення важкості стану	Бажані (здійснюються за необхідності проведення диференційної діагностики з неврозоподібними станами органічного походження (ЧМТ, нейроінфекції)): 1. МРТ. 2. КТ. 3. ЕЕГ.
1.4. Лабораторні методи		За необхідності імунологічні дослідження, рівень кортизолу, нейротрансмітерів.
2. Лікування		
2.1. Психотерапія та психокорекція		Обов'язкові: 1. ТФ-КПТ (експозиція та когнітивне реструктурування). 2. ДПРО. Бажані: 1. Стрес-менеджмент. 2. Раціональна терапія. 3. Сімейна психотерапія.

2.2. Фармако-терапія	<p>При прийнятті рішення, чи використовувати медикаментозне лікування, необхідно застосовувати найкращу практику призначення препаратів, у тому числі надання інформації пацієнту до початку лікування, моніторинг та управління побічними ефектами, моніторинг ризику суїциду, і відповідну практику відміни або припинення лікування.</p> <p>Роль лікаря в наданні інформації та підтримці є важливим компонентом управління процесом надання допомоги</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На початку терапії рекомендовано оцінити попередню терапію за адекватністю, дозуванням, тривалістю. 2. Медикаментозне лікування не повинно застосовуватися для лікування ГСР і супутніх симптомів (наприклад, якщо симптоми зберігаються менше ніж 4 тижні) в дорослих, окрім випадків, коли тяжкість розладу людини не може бути врегульована за допомогою тільки психотерапевтичних та психокорекційних методів, особливо за наявності надмірного збудження. 3. Для осіб, в анамнезі яких присутні випадки депресії і які мали позитивну реакцію на лікування медикаментозними препаратами, повинно розглядатися питання про призначення АД (див. розділ 4, п. 4.1.5). 4. У випадках, коли супутні захворювання (наприклад, депресія та тривожні розлади) виражені в досить важкій формі, для того, щоб отримати користь від психотерапії та психокорекції, або у випадку, коли більш швидке усунення симптомів може мати значну клінічну перевагу, необхідно розглянути можливість застосування фармакотерапії, яка має достатню доказову базу для лікування таких захворювань. У випадку, коли пацієнт із ПТСР відповів на медикаментозне лікування, воно повинно тривати не менше ніж 12 місяців до поступового виведення. 5. У випадках, коли фармакологічне втручання розглядається як лікування для дорослих із ПТСР, повинні призначатися СІЗЗС (сертралін та пароксетин належать до першої лінії терапії). 6. Інші АД нового покоління (зокрема, міртазапін) слід розглядати як препарати другої лінії. 7. У випадках, коли приймається рішення розпочати фармакотерапію, необхідно регулярно перевіряти психічний стан людини з тим, щоб за необхідності застосувати допоміжну психотерапію та психокорекцію. 8. У випадках, коли симптоми не реагують адекватно на фармакотерапію, необхідно розглянути таке: <ol style="list-style-type: none"> а) збільшити дозування в межах дозволеної норми; б) перейти на альтернативні АД; в) додати рисперидон або оланзапін як додатковий препарат; г) розглянути потенціал для проведення психотерапії та психокорекції.
2.3. Фармако-терапія ПТСР із коморбідною патологією		<ol style="list-style-type: none"> 1. У випадках, коли тяжкість супутньої депресії виключає ефективну участь у терапії та/або пов'язана з високим ризиком суїциду, рекомендується мінімізувати суїцидальний ризик та депресивну симптоматику до лікування ПТСР. 2. При сполученні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин необхідно розглянути можливість лікування двох патологічних станів одночасно. 3. Якщо ПТСР поєднується з будь-якою церебральною (ЧМТ) або соматичною патологією, лікування таких станів здійснюється одночасно (згідно з відповідними медико-технологічними документами).
2.4. Психосоціальна реабілітація та психоосвіта	<p>Психосоціальна реабілітація застосовується разом з іншими заходами. Метою такої реабілітації є скорочення термінів інтеграції в суспільство і поліпшення функціонування, а не зменшення проявів симптомів</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Психоосвіта. 2. Тренінг емоційних реакцій та розв'язання проблем. 3. Тренінг розв'язання проблем, пов'язаних із бойовим минулим (для військових). <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Арт-терапія. 2. Музикотерапія.
2.5. Інші методи	<p>Не було визначено достатніх доказів щодо використання додаткових методів як самостійних методів лікування пацієнтів із ПТСР</p>	<p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лікувальна фізкультура. 2. Фізичні вправи (аеробні та анаеробні). 3. Голкорексфлексотерапія. 4. Транскраніальна магнітна стимуляція.

Продовження протоколу у наступних числах журналу