

# РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВЕДЕННЯ ОСІБ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

Посттравматичний стресовий розлад — тяжкий психічний стан, що може розвинути в осіб, які зазнали психотравматичної події, учасників воєнних дій, жертв катастроф і насильства.

До вашої уваги представлено огляд настанов Національного інституту здоров'я і клінічного вдосконалення Великої Британії (NICE, 2018), що містять інформацію про призначення препаратів, рекомендації, стандарти та застереження, спрямовані на поліпшення якості життя осіб із цим розладом.

**П**редставлені рекомендації орієнтовані на осіб, які страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), незалежно від: статі, сексуальної орієнтації, віку, наявності житла; статусу біженців, політемігрантів, нелегальних мігрантів; наявності тяжких захворювань або порушень розвитку. Метою настанов є поліпшення якості життя шляхом зменшення таких проявів ПТСР, як тривога, проблеми зі сном, труднощі з концентрацією уваги, а також підвищення обізнаності фахівців щодо цього стану та координації надання допомоги.

## Діагностика посттравматичного стресового розладу

Оцінюючи стан пацієнта на наявність ПТСР слід мати на увазі, що особи з таким розладом, можуть мати низку симптомів, як-от:

- повторні переживання травматичних подій;
- поведінка уникнення;
- надмірне збудження (зокрема надмірна пильність, гнів та дратівливість);
- негативні зміни настрою і мислення;
- емоційне заціпеніння;
- симптоми дисоціації;
- емоційна нестійкість;
- труднощі у міжособистісних відносинах;
- негативне самосприйняття (зокрема відчуття самознецінення або нікчемності).

При огляді осіб, у яких є підозра щодо наявності ПТСР необхідно звертати увагу на травматичні події, які можуть бути причиною розвитку зазначеного стану. До них можна віднести одиничні або множинні події, наприклад: надзвичайні ситуації; фізичне або сексуальне насильство; домашнє насильство або знущання в дитячому віці; травми, пов'язані з професійною діяльністю; травми, зумовлені серйозними проблемами зі здоров'ям або пологами (зокрема реанімаційні заходи або мертворождені діти); війна та політичні конфлікти; катування.

Під час діагностування ПТСР слід цілеспрямовано розпитувати пацієнта про наявність епізодів повторних переживання травматичних подій, поведінку уникнення, надмірну збудливість, симптоми дисоціації, негативний настрій та думки, а також пов'язані з ними функціональні порушення. Так, при оцінюванні стану пацієнтів з ознаками, характерними для ПТСР, а також осіб із фізичними симптомами без з'ясованої причини, треба встановити, чи мали вони досвід однієї або більше травматичних подій (які, можливо, сталися багато місяців або років тому), наводячи конкретні приклади зазначених вище надзвичайних ситуацій.

## Особливості діагностики посттравматичного стресового розладу в дітей та підлітків

Оцінюючи стан дітей чи підлітків, не слід покладатися лише на інформацію від батьків або опікунів, якщо є така можливість, треба безпосередньо розпитати дитину (або підлітка) про наявність симптомів ПТСР.

Якщо дитина, яка зазнала травматичної події, проходить лікування у відділенні невідкладної допомоги, персонал має надати батькам або опікунам інформацію про особливості проявів та перебігу реакцій на травму та можливий розвиток ПТСР як наслідок події. Серед них можуть бути такі симптоми, як: кошмарні сновидіння, відтворювання подій травматичної ситуації в іграх, нав'язливі думки; уникнення речей, пов'язаних із подією; проблемна поведінка та порушення концентрації уваги, надмірна настороженість і труднощі зі сном.

У разі, якщо симптоми зберігаються понад місяць, слід запропонувати звернутися до лікаря.

## Обстеження осіб, які були учасниками надзвичайних ситуацій, біженців і політемігрантів

Під час обстеження осіб, які стали учасниками надзвичайних ситуацій, біженців і політемігрантів слід продумати короткий план обов'язкового скринінгу на ПТСР,

оскільки цій категорії притаманний високий ризик розвитку вказаного стану протягом місяця після пережитої надзвичайної ситуації.

Рекомендовано скласти короткий план обов'язкового обстеження для виявлення ПТСР як частини всебічного скринінгу фізичного стану та психічного здоров'я.

### Оцінювання стану та надання допомоги

Лікарі загальної практики мають узяти на себе відповідальність за діагностику та надання первинної медичної допомоги особам із клінічно значущими симптомами ПТСР, зокрема невідкладної допомоги при фізичних або психічних порушеннях.

Оцінювання стану осіб із ПТСР має бути розширеним, включно з розумінням ризику фізичних, психологічних чи соціальних дисфункцій.

Під час надання медичної допомоги на первинній і вторинній ланках медпрацівникам слід визначити особу, відповідальну за спостереження пацієнтів із ПТСР. Також варто залучити самого пацієнта, а за потреби і його опікунів для укладання відповідної угоди в письмовій формі.

### Забезпечення надання допомоги на різних етапах лікування

Щоб забезпечити належні медичні послуги особі із ПТСР на різних етапах лікування, слід:

- надати детальну інформацію про наявні послуги;
- повідомити про місця, де можна отримати відповідну медичну допомогу;
- налагодити ефективний обмін інформацією між службами, відповідальними за надання таких послуг;
- залучити як саму особу, так і членів її родини або опікунів до планування проведення медичних інтервенцій на різних етапах лікування;
- допомагати з вирішенням будь-яких проблем, що виникають у пацієнта, наприклад під час зміни розпорядку дня або в разі тривожних станів під час нових знайомств.

Крім того, треба надати додаткову підтримку дітям і підліткам із ПТСР, які отримують медичні послуги в різних медичних установах, а також у разі госпіталізації чи виписки з лікарні осіб із ПТСР, які потрапили до медичної установи через інші психічні або фізичні захворювання.

Перед переведенням особи з ПТСР, яка потребує постійного догляду, з одного медичного закладу до іншого лікар-куратор має обов'язково затвердити план медичної допомоги на наступному етапі.

Для забезпечення належного рівня надання допомоги особам із ПТСР необхідно запевнити пацієнта, що ПТСР є виліковним станом, а також звернути увагу на переваги та позитивний вплив лікування.

Варто застосовувати методи медичної допомоги, які враховують потреби специфічних груп осіб із ПТСР (мігранти, діти та підлітки), а також зводити до мінімуму змінення медичних закладів для надання допомоги на етапах лікування; забезпечити різні способи доступу до медичних послуг, зокрема самонаправлення.

Під час проведення терапевтичних втручань рекомендовано налагодити взаємодію для надання інших медичних послуг, зокрема щодо фізичного здоров'я; забезпечувати гнучкий зв'язок для надання допомоги: текстові повідомлення, електронна пошта, телефонна або відео-консультація, позалікарняна допомога (за місцем навчання чи роботи).

Доцільно може бути пропонувати вибір лікаря з урахуванням травматичного досвіду особи (якщо пацієнт надає перевагу лікареві певної статі); використовувати активні індивідуально орієнтовані стратегії для забезпечення ефективного лікування; регулярно оцінювати потребу в подальшому наданні медичної допомоги особам, які не отримали очікуваного ефекту в результаті втручань або мають рецидиви.

Не варто відкладати початок лікування ПТСР, треба наголосити на наслідках такого відтермінування, щоб допомогти пацієнтові прийняти обґрунтоване рішення щодо того, як і коли розпочати лікування.

### Принципи ведення осіб із посттравматичним стресовим розладом Інформаційна підтримка осіб

Перед початком лікування пацієнта з ПТСР слід надати відомості щодо наявних даних про застосування запропонованих методів медичної допомоги у сфері психічного здоров'я як в усній, так і в письмовій формах.

Особам, які страждають на ПТСР, членам їхніх родини або в разі потреби опікунам повідомити відповідну інформацію щодо поширених реакцій на травматичні події, включно із симптомами ПТСР та їхнім перебігом, особливості діагностики, лікування та додаткової допомоги.

### Соціальна підтримка

Надавати розширену інформацію пацієнтам із ПТСР про доступні медичні послуги та групи соціальної підтримки і допомагати їм долучатись до них, якщо вони цього забажають. Групи соціальної підтримки повинні складатися з досвідчених осіб щодо питань психічного здоров'я. Вони мають надавати кваліфіковану допомогу, яка сприятиме зменшенню ризику загострення симптомів.

### Підтримання безпечного оточення

Необхідно усвідомлювати ризик впливу чинників оточення, які можуть зумовити травматичну реакцію. Пацієнтів із ПТСР слід захистити від впливу провокуючих тригерів, які можуть погіршити їхній стан або перешкодити лікуванню (наприклад, оцінка їх стану або отримання лікування у галасливому чи обмеженому приміщенні, розміщення їх у шумному стаціонарному відділенні або застосування фізичного обмежування).

### Залучення та підтримка сімей та/або опікунів осіб із посттравматичним стресовим розладом

Під час здійснення інтервенцій слід залучати до цього процесу членів родини особи з ПТСР або її опікунів. Надавати інформацію про лікування та відповідну допомогу при психологічних і поведінкових проблемах,

пов'язаних із травмою, включно з можливим особистим ризиком та оточенням.

Обговорювати з членами родини та опікунами вплив на них особи з ПТСР, можливості допомоги їй в отриманні належного лікування, зокрема їхніх дій у разі, якщо пацієнт не бажає лікуватися або не закінчує його.

Залучати рідних та опікунів, якщо це доречно, до лікування осіб із ПТСР слід шляхом інформування щодо поліпшення догляду за особою з ПТСР, а також визначення особистих потреб осіб із ПТСР.

Варто розглянути можливість надання практичної та психологічної допомоги членам сім'ї та опікунам, наприклад залучитися до медичних/соціальних служб або груп соціальної підтримки.

Слід оцінити ймовірність впливу травматичної події на інших членів родини, оскільки ПТСР може бути більш ніж у одного члена сім'ї. Розглянути при цьому можливість діагностування, підтримки та надання допомоги іншим членам родини, які також можуть страждати на ПТСР. Проаналізувати, які аспекти лікування (зокрема навчання психологічної допомоги) можуть бути корисними поряд з індивідуальними методами лікування для осіб із ПТСР, які є членами однієї родини, що зазнали спільної травматичної події.

### **Мова та культура**

Необхідно приділяти увагу виявленню осіб із ПТСР у робочому або повсякденному середовищі, де розпізнавання психологічних наслідків травми може бути ускладнене особливостями культури.

Для цього слід забезпечити спостереження, діагностику та допомогу особам із ПТСР відповідно до характерних культурних ознак і мовних уподобань.

Рекомендовано заздалегідь подбати про залучення перекладачів або запропонувати можливість вибрати лікаря самостійно, якщо відмінності в культурі або мовному аспекті перешкоджають наданню адекватної допомоги при ПТСР.

### **Планування лікування та залучення до нього пацієнтів**

Під час обговорення варіантів лікування осіб із ПТСР слід надати інформацію про можливі методи лікування, а саме:

- мету, зміст, тривалість і спосіб її надання,
- ймовірність поліпшення стану і видужання,
- можливість тимчасового погіршення симптомів під час лікування,
- достовірні результати видужання за умови проходження повного курсу втручання.

При веденні таких пацієнтів треба обов'язково враховувати їхні побажання щодо стратегії втручання, результати попереднього лікування, інші функціональні порушення та супутні стани.

Зважати на будь-які соціальні чи особисті чинники, що можуть відігравати певну роль у розвитку цього розладу (наприклад, жорстоке поводження з дітьми та неодноразовий травматичний досвід).

Особи з ПТСР можуть бути боязкими, тривожними або навіть соромитися свого стану. Вони можуть уникати лікування, вважаючи, що ПТСР є невиліковним,

або їм може бути важко довіритися іншій особі. Якщо пацієнти не дотримуються призначень лікаря, необхідно використати певні стратегії залучення їх до терапії.

У рамках початкового плану лікування слід розробити план заходів для зменшення ризику та збереження безпеки (за участю членів родини та за потреби опікунів) для осіб із ПТСР, які мають значний ризик завдання шкоди собі чи стороннім.

### **Активне спостереження**

Протягом місяця після травматичної події варто розглянути необхідність активного спостереження за особою із симптомами ПТСР, а також запланувати подальші зустрічі впродовж наступного місяця.

### **Психологічні консультації**

Не слід призначати психологічні консультації з метою профілактики або лікування ПТСР.

### **Ведення дітей та підлітків із посттравматичним стресовим розладом** **Психологічні інтервенції щодо профілактики посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків**

Протягом місяця після травматичної події для дітей і підлітків віком до 18 років із діагнозом гострого стресового розладу або з клінічно значущими симптомами ПТСР слід розглянути необхідність активного моніторингу або індивідуальної травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).

Якщо протягом останнього місяця відбулася подія, що призвела до психологічної травми, необхідно розглянути можливість щодо застосування травмофокусованої КПТ для дітей і підлітків віком від 7 до 17 років.

Групова травмофокусована КПТ для дітей і підлітків, які зазнали тяжкої травми протягом останнього місяця, має базуватись на затверджених рекомендаціях. Зазвичай вона триває 5–15 сесій (під постійним спостереженням). Надавати її мають кваліфіковані практикуючі фахівці. Такі втручання включають:

- психоосвіту щодо реагування на травматичні події, стратегії керування поведінкою,
- опрацювання травматичних спогадів,
- реструктуризацію понять, пов'язаних із травмою для індивіда,
- допомогу в подоланні поведінки уникнення.

### **Психологічні інтервенції щодо лікування посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків**

Для дітей віком від 5 до 6 років із діагнозом ПТСР або клінічно значущими симптомами ПТСР, які проявляються понад місяць після травматичної події, слід розглянути можливість індивідуальної травмофокусованої КПТ.

Індивідуальна травмофокусована КПТ для дітей і підлітків віком від 7 до 17 років із діагнозом ПТСР або клінічно значущими симптомами ПТСР має застосовуватись, якщо такі ознаки зберігаються від 1 до 3 місяців після травматичної події.

Слід запропонувати індивідуальну травмофокусовану КПТ дітям і підліткам віком від 7 до 17 років із діагнозом ПТСР або клінічно значущими симптомами ПТСР, які зберігаються більш ніж три місяці після травматичної події.

Травмофокусована КПТ має базуватись на затверджених рекомендаціях. Зазвичай вона триває 6–12 сесій або більше, якщо це необхідно (наприклад, після множинних травматичних подій). Надавати її повинні кваліфіковані практикуючі фахівці за постійного спостереження.

Отже, такі втручання мають бути адаптовані до дитячого або підліткового віку; їх слід проводити із залученням батьків або опікунів, якщо є в цьому потреба.

Індивідуальна травмофокусована КПТ включає:

- психологічне виховання реагування на травматичні події, стратегії керування поведінкою,
- опрацювання та оброблення травматичних спогадів,
- роботу над емоціями, пов'язаними з травмами (сором, провина, почуття втрати і гнів);
- реструктуризацію понять, пов'язаних із травмою,
- допомогу для подолання поведінки уникнення,
- підготовку дітей або підлітків до завершення лікування,
- планування мотиваційних сесій, за потреби, особливо у зв'язку зі значущими датами (наприклад, річниця травматичної події).

У разі, якщо бракує відповіді на травмофокусовану КПТ або її не було розпочато, слід розглянути можливість застосування методу десенсибілізації та корекції переробки інформації за допомогою руху очей для дітей і підлітків віком від 7 до 17 років із діагнозом ПТСР або клінічно значущими симптомами ПТСР, які тривають понад три місяці після травматичної події.

### **Медикаментозне лікування посттравматичного стресового розладу в дітей і підлітків**

Не варто пропонувати медикаментозне лікування для профілактики або лікування ПТСР у дітей і підлітків віком до 18 років.

На сьогодні бракує достатніх даних щодо використання лікарських засобів для профілактики або лікування ПТСР у дітей і підлітків. Обмежені доказові дані ефективності вказують на відсутність суттєвих переваг.

### **Ведення дорослих пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом** **Психологічні інтервенції щодо профілактики посттравматичного стресового розладу у дорослих**

Для профілактики посттравматичного стресового розладу слід запропонувати індивідуальну травмофокусовану КПТ дорослим, які мають гострий стресовий розлад або клінічно значущі симптоми ПТСР внаслідок однієї чи більше травматичних подій протягом останнього місяця.

Зокрема, до таких заходів належать:

- терапія методом когнітивної обробки;
- когнітивна терапія ПТСР;
- експозиційна терапія;
- пролонгована терапія експозицією.

Наразі доказові дані свідчать про те, що індивідуальна травмофокусована КПТ є ефективною та поліпшує стан

у дорослих із ПТСР, які зазнали травматичних подій протягом останнього місяця. Цей метод також допомагає зменшити кількість осіб, у яких був діагностований ПТСР через місяць після травматичної події. Хоча бракує належних доказових даних про те, що травмофокусована КПТ ефективна у дорослих із підвищеним ризиком виникнення ПТСР.

Доказова база даних є і для численних специфічних методів у рамках травмофокусованої КПТ. Отримані результати вказували на меншу кількість переваг для осіб із клінічно значущими симптомами або гострим стресовим розладом, тому психологічні методи терапії рекомендовані лише для вищезазначеної групи осіб.

### **Психологічні інтервенції щодо лікування посттравматичного стресового розладу у дорослих**

Дорослим із діагнозом ПТСР або з клінічно значущими симптомами ПТСР, які зберігаються впродовж місяця або більше після травматичної події, слід запропонувати індивідуальну травмофокусовану КПТ.

Ці заходи включають:

- терапію методом когнітивної обробки;
- когнітивну терапію;
- експозиційну терапію;
- пролонговану терапію експозицією.

Для дорослих травмофокусована КПТ має базуватись на затверджених рекомендаціях. Зазвичай вона триває 8–12 сесій або більше, якщо є така потреба (після множинних травматичних подій). Надавати її мають кваліфіковані практикуючі фахівці, постійно спостерігаючи за станом пацієнта.

Травмофокусована КПТ включає:

- психоосвіту щодо реагування на травматичні події, стратегії керування поведінкою,
- опрацювання та обробку травматичних спогадів,
- роботу над емоціями, пов'язаними з травмою (наприклад, сором, відчуття провини, втрати або гнів).
- реструктуризацію понять, пов'язаних із травмою,
- допомогу для подолання поведінки уникнення,
- підтримку для відновлення адаптації (наприклад, у соціумі або на роботі),
- підготовку до завершення лікування,
- планування мотиваційних сесій, особливо у зв'язку зі значущими датами (наприклад, річниця травматичної події).

У дорослих із діагнозом ПТСР або клінічно значущими симптомами ПТСР, які зберігаються протягом 1–3 місяців після травми (за винятком бойової психічної травми), слід розглянути можливість застосування методу десенсибілізації та корекцію переробки інформації за допомогою руху очей, якщо особа надає перевагу згаданому методу.

Також запропонувати метод десенсибілізації та корекцію переробки інформації за допомогою руху очей дорослим із діагнозом ПТСР або клінічно значущими симптомами ПТСР, які зберігалися понад три місяці після травми (за винятком бойової психічної травми).

Вказаний метод базується на затверджених рекомендаціях. Зазвичай він триває 8–12 сесій або більше, якщо це необхідно (після множинних травматичних подій). Його надають кваліфіковані практикуючі фахівці



з постійним спостереженням за станом пацієнта. Упроваджувати його слід поетапно, включно з психологічною освітою щодо реакцій на травму і керуванням тривожними спогадами та ситуаціями, виявленням та лікуванні болісних спогадів (у вигляді візуальних зображень), розвитку позитивного мислення стосовно себе;

Повторно використовувати двосторонню стимуляцію в сеансі (зазвичай із рухами очей) під час специфічних болісних спогадів треба доти, доки вони турбують. Крім того, передбачено навчання техніки самозаспокоєння та керування мимовільними спогадами для використання їх між сесіями.

Якщо в особи немає тяжких симптомів ПТСР (симптомів дисоціації) та ризику завдання шкоди собі або стороннім, то варто розглянути можливість підтримувальної травмофокусованої комп'ютеризованої КПТ для дорослих із діагнозом ПТСР або клінічно значущими симптомами ПТСР, які зберігаються понад три місяці після травматичної події, навіть коли вони надають перевагу очній травмофокусованій КПТ або методу десенсибілізації та повторної обробки за допомогою руху очей.

Для дорослих підтримувальна травмофокусована комп'ютеризована КПТ має базуватись на затверджених рекомендаціях. Зазвичай вона триває 8–10 сесій.

Підтримувальна травмофокусована комп'ютеризована КПТ включає:

- опрацювання та обробку травматичних спогадів,
- роботу над емоціями, пов'язаними з травмою,
- реструктуризацію понять, пов'язаних із травмою,
- допомогу в подоланні поведінки уникнення,
- відновлення соціальної адаптації,
- супровід та підтримку кваліфікованого практикуючого фахівця, щоб залучити осіб до повного завершення лікування, налагодити зворотний зв'язок та спостерігати за прогресом і результатами.

Для дорослих із діагнозом ПТСР або клінічно значущими симптомами ПТСР, які зберігаються понад три місяці після травматичної події, можливо розглянути застосування методу КПТ, спрямованого на специфічні симптоми, зокрема порушення сну або агресивність, тільки якщо особа не в змозі або не бажає отримувати травмофокусовану терапію або має залишкові симптоми після цих втручань.

### **Медикаментозне лікування посттравматичного стресового розладу в дорослих**

Для профілактики ПТСР у дорослих не варто застосовувати фармакотерапію, включно з препаратами групи бензодіазепінів. Сьогодні бракує підтверджених доказових даних щодо будь-якої ефективності лікарських засобів для профілактики ПТСР.

Як засіб медикаментозної терапії у дорослих із діагнозом ПТСР рекомендовано розглянути можливість застосування венлафаксину або селективного інгібітора зворотного захоплення серотоніну (СЮЗС), такого як сертралін.

Наявні наразі доказові дані свідчать про те, що венлафаксин і СЮЗС можуть бути ефективні при лікуванні ПТСР. Результати досліджень щодо СЮЗС свідчать, що їх ефективність була меншою, ніж венлафаксину.

Призначення СЮЗС або венлафаксину можливо розглянути, якщо пацієнт надає перевагу медикаментозному лікуванню, але ці препарати не слід пропонувати як засоби першої лінії терапії ПТСР. Це частково пов'язано з недостатньою наразі інформацією стосовно наслідків застосування згаданих препаратів, а також даними щодо їхньої меншої ефективності порівняно з психологічними методами терапії.

Нині бракує даних про значні відмінності щодо ефективності окремих СЮЗС, тому вибір препарату має бути з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта.

Важливо регулярно контролювати лікування антидепресантами, щоб уникнути побічних ефектів та моніторити клінічний прогрес і результати.

Слід розглянути необхідність застосування антипсихотичних препаратів, таких як рисперидон, на додаток до психологічної терапії дорослим із діагнозом ПТСР, якщо у них є симптоми, що позначаються на їх працездатності (наприклад, надмірне збудження або психотичні симптоми) та якщо інші препарати або психологічна терапія не є ефективними.

Зокрема, є певні доказові дані про те, що антипсихотичні препарати в монотерапії або додатково можуть бути ефективні при лікуванні симптомів ПТСР. Хоча таких свідчень менше, ніж доказів на користь СЮЗС і психологічних інтервенцій. Антипсихотики не слід розглядати як альтернативу травмофокусованій терапії та як засіб першої лінії терапії ПТСР. Їх призначення має бути лише доповненням до психологічної терапії. Проте вони можуть бути корисними для лікування симптомів у дорослих із діагнозом ПТСР за недостатньої відповіді на інші медикаментозні або психологічні методи лікування та/або наявності симптомів чи поведінки, які ускладнюють застосування психологічних методів. Вибір антипсихотичного препарату має залежати від клінічної ситуації. Щодо рисперидону, то сьогодні є найбільше доказів доцільності його застосування при ПТСР.

Через можливу погану переносимість антипсихотичних препаратів їх слід призначати тільки у спеціальних закладах або після консультації з фахівцем.

Автори рекомендацій висловлюють занепокоєність тим, що протягом першого місяця після травми досить поширеним методом лікування є застосування медикаментозних препаратів. Тому не рекомендовано призначати фармакотерапію, включно з препаратами групи бензодіазепінів, для профілактики ПТСР у дорослих. Ці рекомендації можуть мати незначні відмінності на практиці, оскільки у попередніх настановах медикаментозне лікування розглядали як варіант терапії тільки для тих дорослих, які не могли розпочати психологічну терапію, не хотіли застосовувати травмофокусовану терапію, або не отримали очікуваного ефекту. Натомість застосування антипсихотичних препаратів лише у спеціальних установах або після консультації з фахівцем зменшить їх використання у практиці.

*Підготувала Христина Мурза*





*Оригінальний текст документа читайте на сайті  
[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)*



# ВЕЛАКСИН®

ВЕНЛАФАКСИН XR

ЄВРОПЕЙСЬКИЙ АНТИДЕПРЕСАНТ  
ПОДВІЙНОЇ ДІЇ

-  Пролонгована форма (1 капсула на добу)
-  Дозозалежний подвійний антидепресивний ефект<sup>1</sup>
-  Достовірне зниження рівня тривоги вже з першого тижня лікування<sup>2</sup>
-  Більш ефективний ніж СИЗС при лікуванні депресії<sup>3</sup>







Склад та форма випуску:  
капс. пролонг. дії 37,5 мг блістер № 28  
капс. пролонг. дії 75 мг блістер № 28  
капс. пролонг. дії 150 мг блістер № 28

## ВЕЛАКСИН® – ПРЕПАРАТ ПЕРШОГО ВИБОРУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЇ І ТРИВОГИ<sup>4</sup>

### ▼ Показання ▼

### ▼ Застосування ▼

 Лікування великих депресивних епізодів	75 мг 1 раз на добу, за необхідності через 2 тижні підвищити до 150 мг на добу (підвищення дози на 37,5–75 мг кожні 2 тижні, але не менше ніж через 4 дні до 225 мг/ добу при легких формах депресії, до 375 мг/ добу при тяжких формах)
 Профілактика великих депресивних епізодів	Застосовувати дози, ефективні при звичайному епізоді депресії
 Генералізовані тривожні розлади (ГТР)  Соціальні тривожні розлади (соціальна фобія)	75 мг 1 раз на добу, за необхідності через 2 тижні підвищити до 150 мг на добу (підвищення дози на 75 мг кожні 2 тижні, але не менше ніж через 4 дні до 225 мг/ добу)

**Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату; тяжкий ступінь АГ (АТ 180/115 та вище до початку терапії); закритокутова глаукома. **Побічні реакції.** Головний біль, запаморочення, безсоння, прискорене серцебиття, тахікардія. **Категорія відпуску.** Відпускається за рецептом лікаря. Р.П. № UA/3580/02/01-03. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів.

1. PH. Roseboom, NH. Kalin: Neuropharmacology of Venlafaxine Depression and Anxiety, Vol 12, Suppl 1:20–29 (2000). 2. Khan A. et al 1998 «The use of Venlafaxine in the treatment of Major Depression and Major Depression associated with anxiety: a dose-response study». 3. Bauer M, Tharmanathan P al, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci: 2009 Apr 259(3):172–85. 4. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments.

Представництво «ЕГІС ФАРМАС»ЮТІКАЛС ПЛС» в Україні:

04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

