

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

**POSTTRAVMATİK
STRESS POZUNTUSUNUN
DİAQNOSTİKA VƏ
MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**



**Bakı
2021**

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin
Elmi-Tibbi Şurasının 22 oktyabr 2021-ci il tarixli
24 nömrəli qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**POSTTRAVMATİK STRESS
POZUNTUSUNUN DİAQNOSTİKA VƏ
MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL
(2-ci nəşr, yenilənmiş)**

Bakı – 2021

616.89

P 58

P 58 Posttravmatik stress pozuntusunun diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yenilənmiş).
Bakı, 2021. – 28 səh.

Bu klinik protokol tibb üzrə fəlsəfə doktoru Ceyhun Məmmədovun rəhbərliyi altında tərtib edilmiş və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 25 noyabr 2013-cü il tarixli 38 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmiş “Posttravmatik stress pozuntusunun diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol”un yenilənmiş variantıdır.

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

Fuad İsmayılov – Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin direktoru, Azərbaycan Tibb Universitetinin Psixiatriya kafedrasının professoru, tibb elmləri doktoru

Rüstəm Salayev – Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin direktor müavini, tibb üzrə fəlsəfə doktoru, həkim-psixiatr

Aydan İsmayılova – Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin psixiatrı

Səbinə Nəcəfova – Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin psixiatrı

Şəhla İsmayılova – Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin müdiri

Rəyçi:

Zəfər Əliyev – Azərbaycan Tibb Universitetinin Psixiatriya kafedrasının professoru, tibb elmləri doktoru

İxtisarların siyahısı

AAP – atipik antipsixotik

EMDR – göz hərəkətləri ilə desensitizasiya və reprocessing (*EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing*)

XBT-10-11– Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-11 baxış

KAPŞ – klinisist tərəfindən aparılan PTSP şkalası (*CAPS – Clinician Administered PTSD Scale*)

KSİD – kritik stress insident debrifinqi

KSR – kəskin stress reaksiyası

KSP – kəskin stress pozuntusu

MAOI – monoaminoksidazanın inhibitorları

NET – narrativ ekspozisiya terapiyası

PCL-5 – PTSP cədvəli (hərbi versiya)

PTSP – posttravmatik stress pozuntusu

RKT – randomizasiya olunmuş klinik tədqiqat

SSRI – serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru

SNRI – serotoninin və noradrenalinin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru

TSA – tritsiklik antidepressantlar

ÜST – Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı

Protokol həkim-psixiatrlar, ilkin səhiyyə xidmətləri səviyyəsində çalışan terapevtlər və ailə həkimləri üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Pasiyent qrupu: posttravmatik stress pozuntusu olan uşaqlar və böyük yaşlı şəxslər.

Protokol sübutlu təbabətə əsaslanan müasir diaqnostika və müalicə metodlarını tətbiq etməklə posttravmatik stress pozuntusunun:

- ✓ *diaqnostika və müalicəsinin təkmilləşdirilməsi*
- ✓ *erkən aşkar edilmə səviyyəsinin yüksəldilməsi*
- ✓ *xəstələrin həyat keyfiyyətinin və social adaptasiyasının yaxşılaşdırılması məqsədini daşıyır.*

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

PTSP və streslə bağlı olan digər pozuntular bilavasitə əlverişsiz və ya travmatik hadisə və ya hadisələr seriyasının təsiri ilə yaranır. Pozuntuların hər birində stress amilinin olması mütləq, lakin kifayət etməyən şərtidir.

Streslə üzləşən insanların bir çoxunda psixi pozuntu yaranmır. Bəzi stress amilləri gündəlik həyatdakı əlverişsiz hadisələr (boşanma, işsizlik, maddi çətinlik, qohumunun ölümü) ilə bağlıdır. Digərləri isə həyat üçün təhlükəli və təbiətinə görə travmatik (bədbəxt hadisə, təbii fəlakət, zorakılıq, hərbi əməliyyatlar) ola bilər.

EPİDEMILOGİYA

Tədqiqatlara əsasən əhalinin 39-90%-i ömründə ən az bir dəfə travmatik hadisə yaşayır. Zərərçəkənlər arasında aparılan tədqiqatlarda ən geniş yayılmış psixotravmatik amillərə ağır somatik travmalar (9,4%), fiziki təzyiq (8,3%), başqasının ağır yaralanması və ya ölümünə şahid olma (7,1%), yaxınlarının qəfləti ölümü və ya ağır xəstələnməsi xəbəri (5,7%), seksual zorakılıq (2%) aiddir. Kesslerə görə travmatik hadisədən sonra PTSP-nin yaranma ehtimalı kişilərdə 8,1%, qadınlarda 20,4%-dir. Nisbətən gənc şəhər populyasiyasında bu göstərici daha yüksəkdir; kişilər üçün 13%, qadınlar üçün 30,2%. Çoxsaylı araşdırmalardan aşağıdakı ümumi nəticələr meydana çıxmışdır:

- ✓ yetkin (orta yaşlı) kişilər qadınlara nisbətdə daha az travmatik hadisə ilə üzləşirlər
- ✓ cinslərarası müxtəlif travmatik hadisələrin müqayisəli analizi

göstərir ki, kişilər daha çox fiziki təzyiq və yol-nəqliyyat qəzası, qadınlar isə seksual zorakılıqla üzləşirlər
Müasir genetik tədqiqatlar PTSP-na irsi meyilliliyi də təsdiqləyir.

STRESLƏ ƏLAQƏLİ POZUNTULAR ÜZRƏ TƏSNİFAT

QF74 Kəskin stress reaksiya - Travmatik hadisəyə normal reaksiya Kəskin stress reaksiyası kimi təsnif edilir. XBT-10-dan fərqli olaraq XBT-11 Kəskin stress reaksiyasını psixi pozuntu hesab etmir və xəstəlik və ya pozuntu olmadığı halda (XBT 10 üzrə kodu - F43.0) tibbi müdaxilə üçün müraciət səbəbləri bölməsində yerləşdirilmişdir.

6B40 Posttravmatik stress pozuntusu həddən artıq təhlükəli və ya dəhşətli hadisə və ya hadisələr silsiləsinin təsirindən sonra yaranır. Sadalananlarla əlaqəlidir: 1) travmatik hadisə və ya hadisələrin hal-hazırda parlaq sarışan xatirələr, flaşbeklər, gecə kabusları şəklində təkrar yaşanması. Onlar adətən güclü və ya qarşısalınmaz emosiyalar, xüsusilə qorxu və ya dəhşət və güclü fiziki hisslərlə müşayiət olunur; 2) hadisə və ya hadisələr haqqında fikirlərdən, hadisə və ya hadisələri xatırladan hərəkət, şərait və ya insanlardan yayınmaq; və 3) hal-hazırda daima yüksək təhlükənin olması, məsələn, qəfil səs kimi qıcıqlandırıcılara güclü qorxu reaksiyası və ya həddən artıq ehtiyatlılıqla yanaşılır. Simptomlar ən azı bir neçə həftə ərzində saxlanılır və şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və ya digər vacib fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə narahatlıq və pozuntulara səbəb olur (XBT 10 üzrə kodu - F43.1).

6B41 Kompleks posttravmatik stress pozuntusu (Kompleks PTSP) xilas olmağın çətin və ya mümkün olmadığı olduğu həddən artıq təhlükəli və ya dəhşətli hadisə və ya hadisələr silsiləsinin (məsələn, işgəncə, qul edilmə, soyqırım, ailədə davamlı zorakılıq, uşaq yaşlarında çoxsaylı fiziki və ya cinsi zorakılıq) təsirindən sonra yaranır. PTSP-nun bütün diaqnostik tələbləri qarşılanır. Bundan əlavə, kompleks PTSP daimi və ağır 1) affektin idarə edilməsində çətinliklər; 2) özünü travmatik hadisə ilə bağlı yaranmış utanc, günahkarlıq və uğursuzluq hissi ilə müşayiət olunan zəif, məğlub və yararsız hesab etmək; 3) münasibət saxlanılmasında və ya başqaları ilə yaxınlıq edilməsində çətinliklərlə xarakterizə olunur. Bu simptomlar şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və ya digər vacib fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə narahatlıq və pozuntulara səbəb

olur (XBT-10 üzrə kodu yoxdur).

6B42 Uzanmış hüzn pozuntusu yoldaşı, valideyni, uşağı və ya digər yaxın insanın itirilməsindən sonra şəxsdə intensiv emosional ağrı (məsələn, kədər, günahkarlıq, qəzəb, inkaretmə, günahlandırma, ölümün qəbul edilməsilə bağlı çətinliklər, özünün bir hissəsini itirdiyi hissi, pozitiv əhval-ruhiyyənin mümkün olmaması, emosional soyuqluq, sosial və ya digər fəaliyyətlərin çətinliyi) ilə müşayiət olunan, daima ölənlərin şəxsi haqqında düşünülməsi, onun üçün darıxılması ilə xarakterizə olunan daimi və dərin hüzn reaksiyasıdır. Hüzn reaksiyası itkidən sonra uzun müddət davam edir (ən az 6 ay) və aşkar şəkildə şəxsin gözlənilən sosial, mədəni və dini norma hədlərini aşır. Şəxsin mədəni və dini normalarını nəzərə aldıqda bu çərçivədə uzun müddət davam edən hüzn reaksiyası ağır itkiyə qarşı adi reaksiya sayılır və diaqnoz təyin edilir. Bu simptomlar şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və ya digər vacib fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə narahatlıq və pozuntulara səbəb olur (XBT-10 üzrə kodu yoxdur).

6B43 Adaptasiya pozuntusu stress amilinin təsirindən sonra bir ay ərzində yaranan və müəyyən edilən stress amilinə qarşı (məsələn, boşanma, xəstəlik və ya əlillik, sosial-iqtisadi problemlər, evdə və ya işdə münaqişələr) qeyri-adaptiv reaksiya sayılır. Pozuntu şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və ya digər vacib fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə narahatlıq və pozuntulara səbəb olan stressora adaptasiya oluna bilinməməsilə xarakterizə olunan, həddən artıq narahatlıq, stressor və onun nəticələri haqqında daimi və təkrarlanan təşvişli fikirlər də daxil olmaqla davamlı narahatlıqla xarakterizə olunur. Simptomlar digər psixi və davranış pozuntusunu təyin etmək üçün kifayət qədər spesifiklik və ciddiliyə malik deyildir və stressor uzun müddət təsir etmədiyi halda 6 ay ərzində itir (XBT-10 üzrə kodu - F43.2).

Diferensial diaqnostika

Pozuntu	Oxşar əlamətlər	Fərqli əlamətlər
6B41 Kompleks PTSP	PTSP-nı bütün meyarlarına cavab verir	Əlavə meyarlar da mövcuddur:
6B42 Uzanmış hüzn pozuntusu	Yaxın insanın ölümü ilə bağlı daimi xatirələr	Hazırda travmanın təkrar yaşanmasının olmaması
6B43 Adaptasiya pozuntusu	Stressin nəticəsində əmələ gəlir	PTSP üçün xarakter olan simptomların heç birinin olmaması
6A70 Təksaylı depressiv epizod pozuntusu	Ruh düşkünlüyü, əvvəllər zövq verən fəaliyyətlərə qarşı marağın itməsi, yuxu problemləri	Depressiya zamanı aşağı əhval-ruhiyyə üstünlük təşkil edir. PTSP-nun tipik əlamətləri yoxdur
6B03 Spesifik fobiya	Bəzi situasiyalardan, yerlərdən, fəaliyyətdən, güclü, aşkar, düşünülmüş şəkildə çəkinmə	PTSP zamanı çəkinmə yalnız travma ilə bağlı yerlərə, situasiyalara və fəaliyyətlərə aiddir
Kəllə-beyin travmatik pozuntusu	Oxşar terminlər	PTSP-da kəllə-beyin travması adətən qeyd olunmur

Komorbid hallar

PTSP-nin xronik gedişli hallarında (3 aydan çox davam edən) əsas simptomlara ayrı-ayrılıqda nadir hallarda rast gəlinir. Adətən, onlara digər əlaqəli problemlər və komorbid psixi pozuntularla yanaşı rast gəlinir. Bu pozuntulara aşağıdakılar aiddir:

- ✓ depressiya
- ✓ generalizə olunmuş təşviş pozuntusu
- ✓ sosial fobiya
- ✓ panik pozuntu
- ✓ dissosiativ hallar
- ✓ psixoaktiv maddələrdən asılılıq

PTSP-nin xronik forması ilə məşğul olan tibb işçiləri, komorbid vəziyyətlərə əlavə olaraq, tez-tez rast gəlinən saysız-hesabsız psixososial problemlərlə işləməyə məcbur olurlar.

Təbii gediş və proqnoz

Simptomlar, adətən, travmatik hadisənin birinci ayında yaranır, çox az hallarda simptomların meydana çıxmasında aylarla, hətta illərlə gecikmə müşahidə oluna bilər.

Travmatik hadisənin ilk ay və ya illərində PTSP təbii davamlı sağalma göstərə bilər. Həmçinin ilk vaxtlarda xəstəlik simptomları inkişaf edən zərərçəkənlərin çox böyük qisminə belə növbəti illər ərzində təbii sağalma müşahidə olunur. Bununla yanaşı, başlanğıcda xəstəlik simptomları meydana çıxan fərdlərin 1/3-də növbəti 3 il ərzində bu simptomlar qalır və onlarda maddə (narkotik, psixoaktiv, alkoqol) sui-istifadəsi kimi ikincili problemlər yarada bilər. Bu vəziyyət travmatik hadisənin hansı dövründə müalicə təklif olunmalı və spontan sağalma baş verməyən şəxslər necə müəyyən olunmalıdırlar kimi suallar doğurur. Bu suallar travmadan sonra ilkin müdaxilə və PTSP üçün skrining bölmələrində cavablandırılmışdır (*Əlavə2*).

Travmadan sonrakı ilk 2-4 həftə boyunca kəskin PTSP əlamətlərinin olması müalicənin başlanılması üçün vacib göstəricilərdən biridir. Bununla yanaşı qeyd etmək lazımdır ki, travmadan sonrakı ilk 1 həftəyə qədər olan müddətdə simptomatikanın ağırlığı xronik PTSP üçün göstərici sayıla bilməz.

Sübutlar göstərir ki, PTSP-dən əziyyət çəkənlərdə travmatik hadisədən keçən vaxt müalicənin effektivliyini azaltmır.

İlkin səhiyyə sistemində çalışan terapevtlər, ailə həkimləri tərəfindən PTSP-nin aşkar edilməsi və yardım göstərilməsi

1. İlkin səhiyyə sisteminə bütün müraciət edənlərdən həyatında fiziki və ya cinsi zorakılıq, qəddarlığa şahid olması, həyat və ya sağlamlıq üçün təhlükə, hərbi əməliyyatlarda iştirak, şəxsi evinin dağılması və ya böyük qəzaların mövcudluğu barəsində soruşmaq lazımdır.
2. Bu suala müsbət cavab zamanı əlavə məlumat toplamaq lazımdır:
 - ✓ Hadisə ona necə təsir etdi?
 - ✓ Onun həyatı təhlükədə idimi?
 - ✓ Hadisə şəxsin sağlamlığı və psixi vəziyyətinə necə təsir etmişdi?
3. Şəxsdə aşağıdakıların mövcudluğunu müəyyən etmək lazımdır:
 - ✓ Hadisənin təkrar yaşanması simptomları – sanki indi və

burada baş verən hadisə haqqında təkrarlanan və arzuolunmaz xatirələr (məsələn, qorxu və ya təşvişlə müşayiət olunan kabus yuxular, parlaq obrazlar və ya sarışan xatirələr)

- ✓ Yayınma simptomları – şəxsə hadisəni xatırladan (məsələn, hadisəni xatırladan mövzularda danışmaqdan və ya hadisənin baş verdiyi məkanlara getməkdən yayınma) fikir, xatirə, məşğuliyyət və ya şəraitdən şüurlu şəkildə yayınması
 - ✓ Təhlükə hissənin artması ilə bağlı simptomlar – real və ya keçici təhlükə ilə bağlı həddən artıq narahatlıq, yüksək səslərə və ya gözlənilməz hərəkətlərə qarşı güclü reaksiya və ya təhlükə gözləntisi, özünü sarsıntı keçirməyə yaxın hiss etmək.
4. Göstərilən simptomlar olduqda intihar riskini qiymətləndirmək lazımdır. Yüksək intihar riski olduqda psixiatr müayinəsi təşkil edilməlidir.
5. Əgər pasiyent böhran vəziyyətindədirsə (yəni hazırda sərbəst şəkildə öhdəsindən gələ biləcəyi çətinliklər yaşayırsa) ilkin səhiyyə həkimi ona ilkin psixoloji yardım etməlidir:
- ✓ Sadə tənəffüs hərəkətləri və ya relaksasiya köməyi ilə təhlükəsiz və sakit şərait yaratmaq və pasiyentin vəziyyətini sabitləşdirmək lazımdır.
 - ✓ Anlayış və dəstək göstərməklə pasiyenti diqqətlə dinləmək, sözünü kəsmədən və tənqid etmədən ona emosiyalarını ifadə etmək imkanı yaratmaq lazımdır.
 - ✓ Pasiyentin problemlərini müəyyən edərək əsas tələbatlarının (sığınacaq, müdafiə, doğmaları ilə əlaqə, tibbi yardım) ödənilməsinə yönəldilmiş praktik yardım təklif edilməlidir.
 - ✓ Pasiyentə mümkün psixoloji və ya sosial dəstək resursları haqqında məlumat verilməlidir.
 - ✓ Pasiyentlə birlikdə yaxın zamanlarda qəbul edilməli olan konkret fəaliyyət planı tərtib edin.
 - ✓ Təkrar müraciət üçün saat və tarix təyin edin.
6. Pasiyentin həyat və sağlamlığı üçün təhlükə qaldığı zaman qanunvericilikdə bu təhlükənin aradan qaldırılması üçün nəzərdə tutulan tədbirlər görülməlidir (bax. Məişət Zorakılığına Məruz Qalmış Şəxslərə Tibbi Xidmət Göstərən Mütəxəssislər Üçün Metodik Vəsait
- <https://www.isim.az/files/kitab/meiset%20zorakiligi.pdf>

7. İntihar davranışı, somatik patologiya və ya pasiyentin həyat və sağlamlığı üçün təhlükə olmadıqda pasiyentin diqqətinə növbəti məlumatı çatdırmaq lazımdır:
 - ✓ Bir çox şəxslərdə PTSP zamanla müalicəsiz keçib gedir, müalicəyə ehtiyacı olanlar isə klinik psixoloq və ya psixiatria müraciət etməlidir.
 - ✓ PTSP olan şəxslər travma yaradan hadisə haqqında arzuolunmaz xatirələri dəfələrlə yaşayırlar. Bu baş verdikdə onlarda hadisə zamanı hiss etdikləri oxşar olan qorxu, şok hissləri yaranır. Onlarda kabus yuxular da ola bilər.
 - ✓ PTSP olan şəxslərə tez-tez elə gəlir ki, onlar hələ də təhlükədədir və olduqca gərginləşə bilərlər. Buna görə də onlar travma yaradan hadisə haqqında istənilən xatirədən yayınmağa çalışırlar. Belə yayınma onların həyatında problem yarada bilər.
 - ✓ Bundan əlavə, onlar bütün bədənində ağrı, halsızlıq, yorğunluq, qıcıqlılıq və aşağı əhval-ruhiyyə kimi simptomlar hiss edə bilərlər.
 - ✓ PTSP olan şəxslərin bir çoxunda tədricən bir neçə həftə və ya ay ərzində əlamətlər keçib gedir.
 - ✓ PTSP-nın qarşısını almaq üçün mümkün olduğu qədər adi, gündəlik həyatına davam etməsi, yaxın insanlarla ünsiyyət (nə baş verdiyi, keçirilən travma haqqında fikirlərini bölüşməsi tövsiyə olunur) saxlamaq, rahatladıcı məşğuliyyət tapmaq lazımdır. Belə halda təşviş və gərginlik azalır, spirtli içki və ya narkotik maddə istifadəsinə meylin qarşısı alınır.
8. Ehtiyac olduqda yetkin pasiyentlərə antidepressant təyin edilməsi nəzərdən keçirilməlidir. Digər qrup psixotrop preparatlar (antipsixotiklər, benzodiazepinlər, əhval-ruhiyyə stabilizatorları) ilkin səhiyyə sistemində PTSP müalicəsi üçün istifadə edilməməlidir.
9. İki həftədən çox fasilə olmadan pasiyentin vəziyyətinin daimi monitorinqinin aparılması.
10. İlkin səhiyyə həkimləri aşağıdakı hallarda pasiyentləri psixiatria yönləndirməlidir:
 - ✓ 8 həftə ərzində PTSP simptomlarının ağırlaşması və ya davam etməsi

- ✓ İntihar və ya psixi əlamətlər də daxil olmaqla yeni simptomlar və ya davranış pozuntularının müşahidə edilməsi
- ✓ Şəxsiyyət pozuntusu daxil olmaqla komorbid psixi pozuntunun mövcudluğu
- ✓ Kompleks PTSP inkişafı
- ✓ Xəstənin öz tələbatlarına etinasız yanaşması
- ✓ Pasiyentin spirtli içki və narkotik maddələrdən istifadəsi

İxtisaslaşmış yardım sistemində PTSP-nun diaqnostika və müalicəsi

PTSP-nin müayinəsi

1. PTSP olan şəxslərin müayinəsi zamanı travmatik hadisə və psixoloji travma, onun psixi və fiziki sağlamlığına, ailə həyatı, sosial və peşəkar adaptasiyasına təsiri haqqında anamnez toplamaq lazımdır.
2. Travmatik təcrübənin qiymətləndirilməsi zamanı yaşanılmış hadisənin insanların çoxu üçün psixoloji travma olub-olmamasını, həmçinin bu şəxsin həssaslığı və ya stressə dözümlülüyü də daxil olmaqla fərdi xüsusiyyətlərini nəzərə almaq lazımdır.
3. Müayinə zamanı depressiya, dissosiativ pozuntu, təşviş, psixoaktiv maddələrdən istifadə kimi yanaşı psixi pozuntuların mövcudluğuna diqqət etmək lazımdır.
4. PTSP olan şəxslərin müayinəsi zamanı standart PCL-5 sorğusu istifadə edilməlidir (bax. Əlavə 1)
5. PTSP olan şəxsin, xüsusilə uşaq və yeniyetmələrin müayinəsi zamanı ilk əvvəldə insanlarla, xüsusilə pasiyentə dəstək göstərə biləcək ailə üzvlərilə əməkdaşlıq qurulmalıdır.
6. PTSP olan şəxslərin müayinəsi zamanı onun ilkin tələbatlarını müəyyən etmək və sosial və ya hüquqi xidmətlərdən yararlanma bilməsi üçün yardım təklif etmək lazımdır.

Medikamentoz müalicə

1. Farmakoterapiya psixoterapiya ilə müqayisədə birinci-seçim müalicə üsulu kimi istifadə olunmamalıdır.
2. Farmakoterapiya pasiyentin travmaya yönəlmiş psixoterapiyaya başlaması inkar etdiyi hallarda tətbiq olunmalıdır.
3. Antidepressant təyin olunmuş hər bir PTSP-dən əziyyət çəkən pasiyent müalicə başlanan zaman potensial əlavə effektlər və

preparatı kəsmə və ya ara vermə zamanı meydana çıxma biləcək simptomlar (xüsusilə, *paroxetine* təyininə) barədə məlumatlandırılmalıdır.

4. PTSP zamanı ilkin seçim preparatları SSRI (*fluoxetine, sertraline, escitalopram və paroxetine*) sayılır. Bu preparatlar başlanğıc dozada təyin edilir, lakin 1 ay ərzində tədricən maksimal effektiv dozaya qədər yüksəldilməlidir.
5. İlkin preparatın klinik effekti olmadıqda və ya pis təsir etdikdə onu digər SSRI və ya SNRI (*venlafaxine və ya duloxetine*) ilə əvəz etmək və maksimal terapevtik effektdə qədər titrləmək lazımdır.
6. İkinci təyinatın klinik effekti olmadıqda və ya pasiyentin qəbul etdiyi preparata qarşı ajitəsi olduqda *quetiapine* əlavə etmək lazımdır.
7. Antidepressantlar pis təsir etdikdə *quetiapinlə* axşam 25 mq dozada monoterapiya aparmaq olar. 1 həftə sonra dozanı gündə 2 dəfə olmaqla 50 mq artırmaq olar. Sonradan klinik effektdən asılı olaraq *quetiapine* dozası 1 ay ərzində 400 mg qədər artırıla bilər.
8. Quetiapine pis təsir etdikdə *risperidone* ilə əvəz edilə bilər.
9. PTSP olan pasiyentlərdə yuxu pozuntusu zamanı əlavə olaraq *trazodone* və ya *mirtazapine* təyin edilə bilər.
10. Ehtiyac olduqda PTSP olan pasiyentlərə *buspiron, gabapentine, pregabalinə* və *lamotrigine* təyin edilə bilər.

QEYRİ-MEDİKAMENTOZ MÜALİCƏ METODLARI

Travma fokuslu koqnitiv davranış terapiyası

Koqnitiv davranış terapiyası travmatik hadisənin şəxsə yaratdığı emosional, koqnitiv və davranış nəticələrinə yönəlmiş qısamüddətli, strukturlu psixoloji müdaxilədir. KDT strategiyaları koqnitiv və davranış nəzəriyyələrindən başlanğıc götürür. Bu strategiyalara koqnitiv terapiya və ekspozisiya texnikaları ilə yanaşı psixososiya və oyanıqlıq menecmenti formasında hazırlıqlar aid edilə bilər.

Davamlı ekspozisiya terapiyasının əsas məqsədi şəxsə onda təşviş yaradan obyektə üzləşməyə kömək etməkdir. Ekspozisiya prosesinin əsasında dayanan fundamental prinsip öyrəşmədir. Əgər insan təşviş yaradan qıcıqla uzun müddət kontaktda saxlanılsa, onun

təşviş hissi istər-istəməz azalır. Bu nəticəyə bir və ya bir neçə sessiya seriyasından sonra nail olmaq olar. Konkret olaraq PTSP zamanı bu, zərərçəkmiş şəxsin travmatik hadisə ilə bağlı xatirələri ilə, idarə olunan və təhlükəsiz mühitdə üzləşdirilməsi (təsəvvür ekspozisiyası), həmçinin travma ilə bağlı çəkinmə situasiyaları ilə *in vivo* (üzləşmə deməkdir). “Foa”nın PTSP üçün uzadılmış ekspozisiyasından başlayan ekspozision terapiya bu pozuntunun psixoloji müalicəsinin ən vacib tərkib hissəsidir.

Processing koqnitiv terapiya PTSP-nin müalicəsində travmatik hadisə ilə bağlı əmələ gələn təhrif olunmuş mənfi fikirləri, eləcə də özləri və ətraf mühit haqda uyğun olmayan, faydasız inancları müəyyənləşdirmək, aradan qaldırmaq və dəyişməkdə fərdə kömək edir. Resikin təklif etdiyi koqnitiv-prosessual terapiya seksual zorakılıq qurbanları üçün yaradılmışdır. Bu terapiya travmatik yaddaşa ekspozisiya komponentinin təhlükəsizlik, etibarlılıq, güc/iradə, hörmət və intimlik mövzuları ətrafında koqnitiv işlə kombinasiyasından ibarətdir.

Göz hərəkətləri ilə desensitizasiya və reprocessing (EMDR)

EMDR travmatik hadisə zamanı yaşanan həddindən artıq emosiya və dissosiativ proseslərin informasiyanın işlənməsinə mane olması və yaddaşa tam işlənməmiş şəkildə saxlanılan hadisənin mövcud yaddaş şəbəkəsindən ayrı düşməsi fərziyyəsinə əsaslanır.

EMDR zamanı pasiyentdən tələb olunur ki, travma ilə bağlı təsəvvürlər, neqativ fikirlər və somatik hissiyyatlar üzərində fokuslanaraq, görüş sahəsində terapevtin barmaq hərəkətlərini gözləri ilə izləsin (20-30 san və ya daha çox). Bu proses bir neçə dəfə təkrar oluna bilər. Tam dəqiq təsir mexanizmi bilinməsə də, belə təxmin olunur ki, bu ikili diqqət travmatik yaddaşın hazırkı bilik şəbəkəsi ilə qarşılıqlı əlaqəsini yaxşılaşdırır. Qeyd etmək lazımdır ki, vaxt keçdikcə EMDR KDT-yə aid edilə biləcək bir çox müdaxilə metodlarını da özündə cəmləşdirmişdir.

Stressin idarə edilməsi

Stressin idarə edilməsi müdaxilələri yüksək oyanıqlıq simptomlarının azalmasına və pasiyentin stress və təşviş keçirməsinə səbəb olan həyat faktorlarının dəyişdirilməsinə yönəlmiş geniş spektr koqnitiv, davranış və fizioloji texnikaları əhatə edir. Stressin idarə

edilməsinin PTSP-də tətbiqi yüksək oyanıqlıq simptomlarının azaldılmasına, pasiyentin həyat tərzinə təsir edən təşviş, çəkinmə simptomlarına istiqamətlənir. PTSP-də istifadə olunan ən mühüm stress menecment komponentlərinə relaksasiya məşqləri, idarə olunan tənəffüs (hiperventilyasiyanın qarşısını almaq məqsədilə), çəkinilən situasiyalarla üzləşdikdə onların öhdəsindən gəlmək üçün uyğunlaşdırılmış təlimlər və fikir-tormozlayıcı, diqqət yayındırma texnikaları aiddir.

Dəstəkləyici konsultasiya

Dəstəkləyici konsultasiya, pasiyentin hazırkı həyatının müxtəlif aspektlərinə fokuslanaraq, hal-hazırda onu narahat edən problemlərin həllinə yönəlmiş terapevtik münasibət kimi xarakterizə oluna bilər. PTSP zamanı dəstəkləyici konsultasiya posttravmatik psixopatologiya ilə yanaşı ümumi şəraitdən qaynaqlanan problemlərə istiqamətlənir. Onun məqsədi praktiki problem həllətmə strategiyaları vasitəsilə şəxsin özünü daha yaxşı anlamasını və özünə kömək etməsini təmin etməkdir.

Narrativ ekspozisiya terapiyası

Narrativ ekspozisiya terapiyası (NET) çoxsaylı travmatik hadisələrlə üzləşmiş, müharibə və işgəncələrə məruz qalmış insanlar üçün ekspozisiya terapiyası əsasında yaradılmış, standartlaşdırılmış qısamüddətli müdaxilə növüdür. NET zamanı pasiyentdən öz həyat hekayəsini bütövlüklə qurmaq, bu zaman travmatik hadisə və bununla assosiasiyalı fikirlər və emosiyalar üzərində daha ətraflı dayanmaq tələb olunur. Belə fərz edilir ki, NET iki yolla təsir göstərir: travmatik xatirələrə ekspozisiya yolu ilə öyrəşmə və pasiyentin individual avtobiografik yaddaşının rekonstruksiyası.

Debrifinq

Adətən, psixoloji debriinq və kritik stress insident debriinqi (KSİD) terminləri qarşılıqlı əvəz olunan terminlər kimi istifadə olunur. Birincisi travmadan dərhal sonra (ilk üç gün ərzində) tətbiq olunan müdaxilələrin cəmini əhatə edir, stressin və uzun müddətli psixopatologiyanın qarşısını almağa kömək edir. Psixoloji debriinq katarsis prinsipləri, distressin normallaşdırılması və psixodukasiya prinsipləri ilə təsir göstərir. KSİD isə 1980-ci illərdə formalaşdırılmış spesifik debriinq metodudur. O, travmatik hadisənin birincili yox,

ikincili qurbanları (məsələn, yanğınsöndürmə xidməti personalı və s.) üçün nəzərdə tutulmuşdur. Adətən, qrup şəkilli keçirilməsinə baxmayaraq bəzən tək-tək müdaxilələri də istisna etmir. Bu əsasən travmatik hadisənin rekonstruksiyası, katarsis, cavabın normallaşdırılması və strukturlu təlim komponentlərini özündə birləşdirir.

Alternativ terapiya növləri

PTSP ilə əlaqəli alternativ terapiyaya yoqa, akupunktura, reiki, təkrarlanan transcranial maqnetik stimulyasiya (tTMS), emosional azadolma texnikaları aiddir.

PTSP ZAMANI GÖSTƏRİLƏN YARDIMIN XÜSUSİ ASPEKTLƏRİ

Uşaq və yeniyetmələr

- ✓ Bu protokolda “uşaqlar” ifadəsi 2-12 yaşlararası, “yeniyetmələr” isə 13-18 yaş kateqoriyasına istinad edir
- ✓ 8 yaşdan aşağı uşaqlar təkraryaşama, çəkinmə kimi birbaşa PTSP simptomlarından deyil, adətən, yuxu pozuntularından şikayət edirlər. Buna görə də valideynlərdən alınan informasiya xüsusi əhəmiyyət daşıyır. Somatik travmalardan sonra uşaqlarda PTSP inkişaf etməsi riski yüksək (30%-ə qədər) olduğundan, valideynlər bu pozuntu barədə ətraflı məlumatlandırılmalıdırlar
- ✓ Uşaq və yeniyetmələrin müayinəsi zamanı tibbi personal tərəfindən sorğunun onlarla birbaşa və təklikdə aparılmasına diqqət yetirilməlidir. Heç bir zaman tək-cə valideyn, yaxud qəyyumdan alınan informasiya ilə kifayətlənmək olmaz
- ✓ Nisbətən böyük yaşlı yeniyetmələrə travmatik hadisənin ilk ayında travma-fokuslu KDT təklif oluna bilər.
- ✓ Uşaq və yeniyetmələrdə travma fokuslu psixoloji terapiyanın müddəti PTSP-nin tək hadisədən başlanğıc götürdüyü hallarda 8-12 seans təşkil edir. Seans zamanı travmatik hadisə müzakirə olunduğu hallarda seansın uzadılmasına (məsələn, 90 dəqiqə) ehtiyac olur. Terapiya mütəmadi, davamlı (adətən, ən azı həftədə 1 dəfə) və eyni şəxs tərəfindən aparılmalıdır və yeniyetmələrə standard dərman terapiyası təyin edilməməlidir.
- ✓ Əgər uyğun olsa valideynlər də terapiyaya cəlb oluna bilərlər.

Hərbi əməliyyat zamanı zərər çəkmiş şəxslər

PTSP hərbi qulluqçular və hərbi əməliyyatlar nəticəsində zərər çəkmiş mülki şəxslər arasında ən geniş yayılmış psixi pozuntulardan biridir. Bu şəxslərdə simptomlar əhalinin digər qrupundan fərqlənə bilər. Məsələn, bir çox hərbi qulluqçular yüksək dərəcədə aqressiya göstərir və yayınma simptomlarının mövcudluğunu inkar edirlər. Həmçinin hərbi əməliyyatlar nəticəsində zərər çəkmiş şəxslərdə ailə üzvlərilə problemlər də daxil olmaqla emosional donma və şəxslərarası problemlər müşahidə edilə bilər. Bu kompleks PTSP olduğunu göstərir. Bundan əlavə, çox tez-tez PTSP hərbi əməliyyatlar nəticəsində alınmış fiziki travma və ya MSS zədələnməsilə müştərək olur. Belə səbəbdən onlar ilk növbədə fiziki vəziyyətlərindən şikayət edə bilərlər.

Bir çox hərbi qulluqçular PTSP ilə bağlı ilk dəfə demobilizasiyadan bir neçə ay sonra müraciət edirlər. Habelə onların bir çoxu psixoaktiv maddələrdən istifadə edirlər.

Seksual zorakılıq

Seksual zorakılıq qurbanları ilə işləyən mütəxəssislər bəzi mühüm məqamlardan xəbərdar olmalıdırlar. Seksual zorakılıq əksər hallarda gizli olaraq yaşanır, ətrafdakıqlarla bölüşülmür və zərərçəkənin özünü günahlandırması ilə xarakterizə olunur. Uşaqlarda seksual zorakılıq hallarının əksəriyyəti ailə üzvləri, qohumlar və ya əvvəlcədən tanış olan insanlar tərəfindən törədilir. Bu da o deməkdir ki, zorakılığa məruz qalan uşaq əksər hallarda zorlayan şəxslə daim bir mühitdə yaşamağa məcbur olur. Uşaqlarla bağlı nəzərdə tutulmalı bir məqam da ondan ibarətdir ki, onlar seksual təcavüz faktlarını bildirdikdə bu uşaq fantaziyaları, yalan, özünə qarşı diqqət cəlb etmə istəyi kimi qələmə verilir. Seksual zorakılıq qurbanları dünyadakı bütün cinayətlər arasında hüquq mühafizə orqanlarına ən az müraciət edənlərdir. Bunun da əsas səbəbi onlara qarşı yaradıla biləcək fərdi, ailəvi və sosial təzyiqlərdir.

Təbii fəlakətlər

Fəlakətlər baş verdiyi cəmiyyətin böyük hissəsinə təsir göstərən geniş miqyaslı hadisələrdir. Onlar yanğın, zəlzələ kimi qısamüddətli ola və ya subasma, quraqlıq kimi uzun müddət kəsiyini əhatə edə bilər. Fəlakətlər zamanı travma ilə üzləşmə fəlakətin növündən və

fərdin hadisə ilə nə dərəcədə yaxından üzləşməsindən asılıdır.

Fəlakətlər zamanı yardım planının ən tez-tez rast gəlinən səhvlərindən biri odur ki, adətən, yardım hadisədən sonrakı ilkin müddətə hesablanır. Halbuki aparılan araşdırmalar göstərir ki, hadisə baş verdikdən sonrakı 2 il ərzində professional müdaxiləyə ehtiyac kəskin şəkildə yüksələn xətlə inkişaf edir. Erkən dövrdə müdaxilələr yalnız əhalinin sosial təminatının bərpası tədbirləri ilə yanaşı aparıla bilər. Bu zaman zərərçəkən qrupun kiçik bir hissəsində KSP inkişaf edə bilər. Adətən, təbii fəlakətlər ilə əhalinin psixiatrik xidmətə müraciəti arasında uzun vaxt fasiləsi olur. Bu zaman yaranmış distress özünü ailədaxili konfliktlərin yaranması, psixotrop maddə asılılığı və insanlararası münasibətlərdə problemlərdə büruzə verir. PTSP ilə yanaşı depressiya, psixotrop maddə asılılığı, somatoform və uyğunlaşma pozuntularına da rast gəlinə bilər. PTSP-li pasiyentlərin xüsusi şikayəti oxşar hadisənin yenidən baş vermə təhlükəsinə qarşı keçirdikləri təşviş hissi olur.

Əgər PTSP şübhəsi varsa, yüksək-risk qrupuna aid fərdlər PTSP Anketi və KAPŞ diaqnostik vasitələri ilə müayinə olunmalıdırlar.

Müdaxilələr zamanı nəzərə alınmalı faktorlar:

- ▶ Əksər zərərçəkənlərin potensial olaraq uzun müddət ərzində müalicəyə ehtiyacları olur. Bu cür zərərçəkən qrup insanlar üçün sübuta əsaslanan PTSP müalicələrinin olması çox vacibdir. Əsasən də periferik regionlarda müvafiq ixtisaslı müdaxilənin yetərsizliyi müşahidə olunur.
- ▶ Bir ailənin bir neçə üzvü eyni zamanda eyni problemdən əziyyət çəkə bilər. Şübhəsiz bu, müşahidə olunan simptomatikaya da təsir edir, məsələn, əgər ər və arvad eyni zamanda əziyyət çəkirlərsə bu zaman aparılan müdaxilədə mövcud münasibət nəzərə alınmalıdır.
- ▶ PTSP-dən əziyyət çəkən əksər şəxslər hadisədən sonra maddi və sosial itkilərə məruz qalırlar. Düşdükləri yeni vəziyyətin onlara baş vermiş travmatik hadisəni daim yada salan faktorların olması müalicəni olduqca mürəkkəbləşdirə bilər.

PSIXOSOSIAL REABILİTASIYA

Ənənəvi olaraq psixososial rehabilitasiya müdaxilələri, PTSP də daxil olmaqla, xronik psixi pozuntuları olan insanların sərbəst yaşama, cəmiyyətə inteqrasiya və effektiv həyat tərzini yaxşılaşdırmaq üçün tətbiq olunur. Psixososial müdaxilələr pasiyentə PTSP ilə sıx əlaqədar olan özünə qulluğun olmaması/müstəqil yaşama vərdişləri, evsizlik, yüksək riskli davranışlar, PTSP-nin nə olduğunu anlamayan ailə və yaxınlarla münasibət, sosial passivlik, işsizlik və digər bu kimi maneələri kompensasiya etməyə kömək edir. Psixososial rehabilitasiya komponentlərinə sosial bacarıqlar treninqi və fəaliyyətləri, iş vərdişləri, evsizlik probleminə dəstək, bacarıq və həvəs göstərilən meyillərə uyğun rehabilitasiya, *case management* və ailə dəstəyi daxildir. Rehabilitasiya, adətən, digər müalicə metodları ilə yanaşı istifadə olunur; lakin bu simptomların azaldılmasından daha çox pasiyentin cəmiyyətə yenidən inteqrasiyası və funksionallığının inkişafını qarşıya məqsəd qoyur. Bu prinsip bir daha təsdiq edir ki, optimal peşə, ailə və sosial funksionallığın yaxşılaşdırılmasına xəstəliyin xronikləşməsinə gözləmədən, müalicənin erkən etaplarından başlanılmalıdır. PTSP zamanı bu, pasiyent və ailəsinin psixoedukasiyası, mövcud sosial dəstəyin maksimum tətbiqi ilə eyni zamanda yeni dayaq mexanizmlərinin yaradılması və şəxsin optimal iş/təhsil göstəricilərini saxlamaq üçün müvafiq peşə/təhsil dəstəyinin təmin edilməsindən ibarətdir.

PROFİLAKTİKA

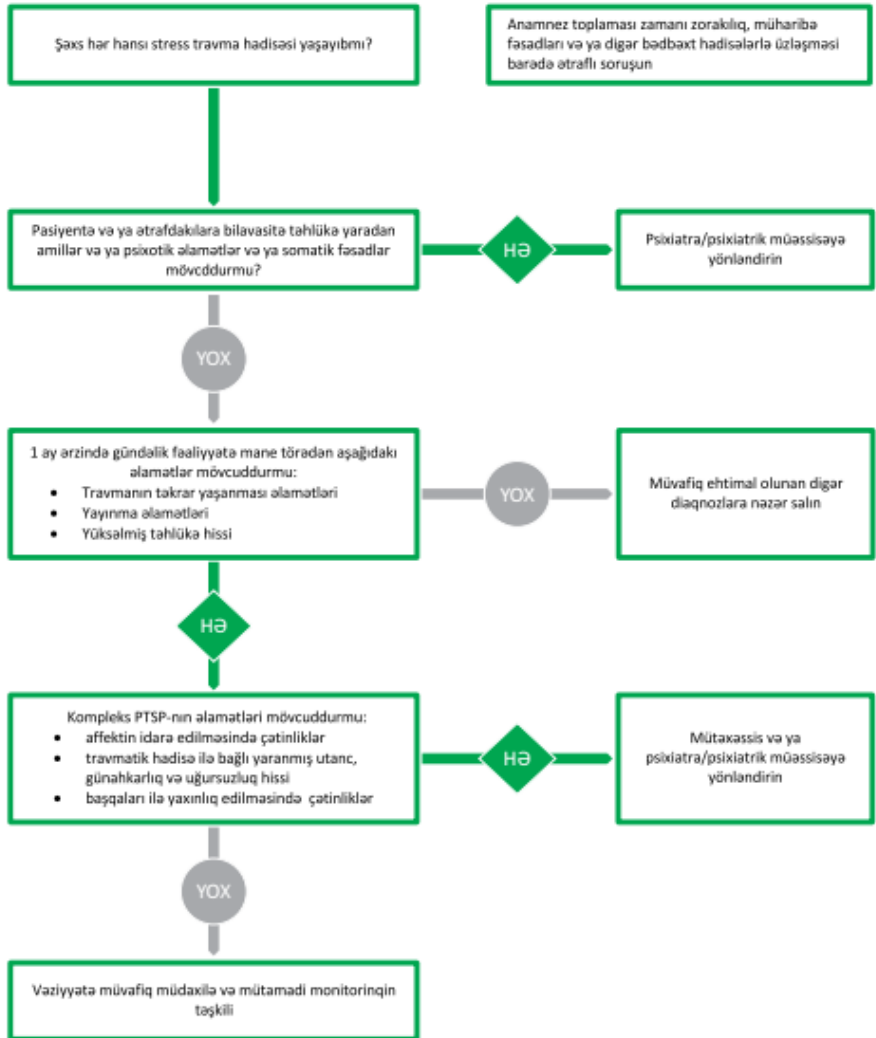
Profilaktikanın məqsədi fərd və ya qrupları potensial travmatik hadisələrlə üzləşməyə hazırlamaq, PTSP-nin və digər travma ilə əlaqəli problemlərin inkişafının qarşısını almaqdır. Travmatik stressorlarla üzləşmə bəzi sahələrdə (məsələn, hərbi personal, təxirəsalınmaz xidmət işçiləri) gündəlik iş rejiminin tərkib hissəsi olduğundan həmin sferalarda çalışan işçilərin hazırlanması, xüsusilə, böyük əhəmiyyət daşıyır. Hazırlanma aşağıdakı prinsiplərlə aparılır:

1. Realistik məşqlər keçmək – buraya simulyasiya olunmuş və ya aktual travmatik stimullarla üzləşdirmə aiddir. Misal olaraq, hərbi məşqlər zamanı real silah atəşi ilə üzləşmə, çətin şəraitlərdə hazırlıqlar göstərilə bilər
2. Travmatik hadisə ərzində və ondan dərhal sonra yarana biləcək

problemlərin öhdəsindən gəlmə qabiliyyətinin gücləndirilməsi – pozitiv rol modelləri travmatik hadisəni üstələmə bacarığını formalaşdırır

3. İnterpersonal dəstəkləyici iş mühiti yaratmaq – qruplar yaratmaq, onların üzvləri arasında bağlılığı artırmaq və istənilən təşkilati səviyyədə səriştəli, etik liderlik travmadan qorunmağa kömək edir
4. Uyğun inanclar formalaşdırmaq – hadisənin mənfi təsirlərini üstələmədə öz gücünə inam hissi, bir çox stress reaksiyalarının ümumiliyi və keçici xarakteri haqda məlumatlanma
5. İş mühitinə uyğun ətraflı, anlaşılan travmatik stress menecment proqramları formalaşdırmaq

PTSP-nun müayinə alqritmi



PTSP Cədvəli (PCL-5 hərbi versiya)

Təlimat: Aşağıda bəzən insanlarda hərbi travmaya cavab kimi meydana çıxan problem və şikayətlərin siyahısı verilmişdir. Zəhmət olmazsa, hər bəndi diqqətlə oxuyun; bəndin qarşısındakı xanaya “x” işarəsi qoyaraq, həmin problemin sizi son ay ərzində nə dərəcədə narahat etdiyini göstərin.

	Keçən ay ərzində aşağıda göstərilən simptomlar Sizə nə dərəcədə əziyyət vermişdir?	Ballar
1	Yaşanmış hərbi travma ilə əlaqədar təkrarlanan, narahatedici xatirələr, fikirlər və təsəvvürlər	
2	Yaşanmış hərbi travma ilə əlaqədar təkrarlanan, narahatedici yuxular	
3	Qəflətən hərbi travma yenidən baş vermiş kimi hislər keçirmək və ya davranmaq (sanki onu yenidən yaşayırsınız)	
4	Travmanı xatırlayan zaman qəmgin olmaq	
5	Hadisəni xatırlayan zaman güclü fiziki reaksiyalar (məsələn, ürəkdöyünmə, təngnəfəslik, tərləmə) hiss etmək	
6	Travma ilə əlaqədar olan fikirlərdən, hissələrdən və ya xatirələrdən çəkinmək	
7	Travmanı xatırlada biləcək stimullardan çəkinmək (məsələn, insanlar, yerlər, danışıqlar, fəaliyyətlər, obyektlər və ya situasiyalar)	
8	Baş vermiş travmanın vacib komponentlərini xatırlamaqda çətinliklər	
9	Özünə, digər insanlara və ətrafına qarşı güclü mənfi inanclar (məsələn: «Mən pis adamam, Nəsə məndə qaydasında deyil, Heç kəsə inanmaq olmaz, Həyat çox təhlükəlidir»)	
10	Baş verənlərdə özünü və ya başqalarını günahlandırma	
11	Qorxu, təlaş, hirs, günah və ya utanc kimi güclü neqativ hissiyyatlar	
12	Adətən, zövq aldığımız şeylərə marağın itməsi	
13	Digər insanlardan təcrid olunmuşluq, uzaqlıq hissi	
14	Müsbət emosiyalar yaşamaqda çətinlik (məsələn, özünü xoşbəxt hiss edə bilməmək, özünə və ya başqalarına qarşı	

	məhəbbət hiss edə bilməmək)	
15	Qıcıqlılıq hissi, özündən tez çıxmaq və ya aqressiv davranmaq	
16	Riskli və ya zərər gətirən davranışa meyillilik	
17	Daim yüksək ayıqlıq hissi keçirmək və ya hədsiz ehtiyatlı olmaq	
18	Daim narahatlıq və ya gərginlik hissi keçirmək	
19	Konsentrasiyada çətinliklərin olması	
20	Yuxuya getmə və yuxu prosesinin pozulması	
	Ümumi ball	

32 balldan yuxarı PTSP-ni tədiq edir

Ballar

0 – Heç yoxdur

1 – Az

2 – Orta

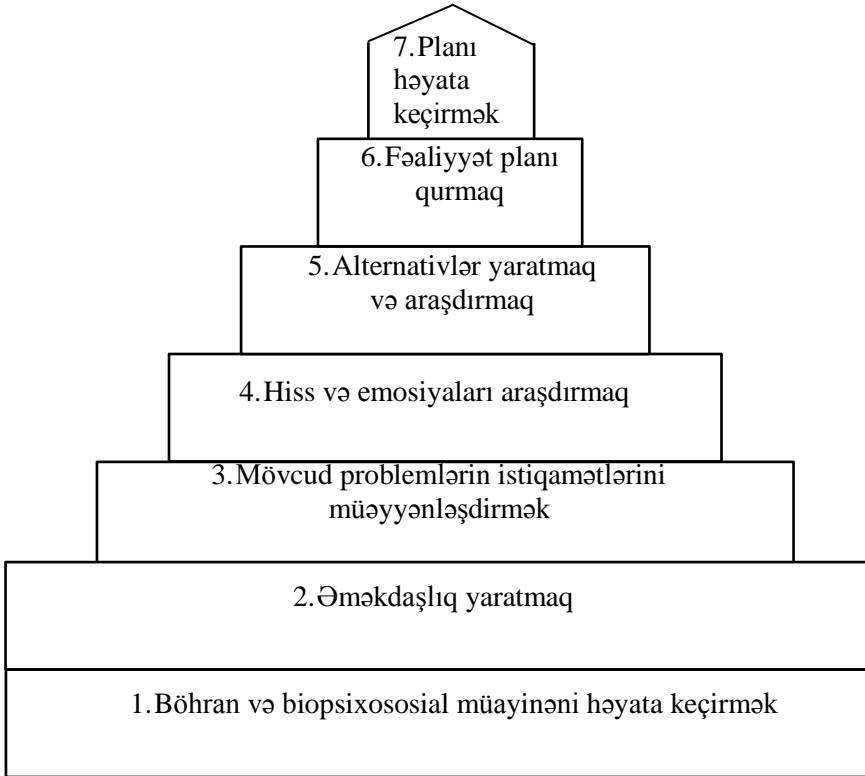
3 – Ağır

4 – Hədsiz ağır

Qiymətləndirmə

Müəlliflər belə hesab edirlər ki, Travma Skrining Anketi pasiyentlərdə “təbii sağalma prosesinə imkan vermək məqsədilə” travmatik hadisə baş verdikdən 3 həftə sonra tətbiq olunmalıdır. Optimal hədd balı hər hansı kombinasiyada 6 və daha çox “Bəli” cavabı hesab olunur.

Roberts-in 7 Mərhələli Böhrana Müdaxilə Modeli



Stress pozuntularının müalicəsində istifadə olunan preparatlar

Beynəlxalq patentləşdirilmiş adı	Ticarət adı, buraxılış forması	Başlanğıc doza (mq/gün)	Adi doza (mq/gün)
Antidepressantlar			
Escitalopram	Sipraleks 10 mq örtüklü tablet; Estolam 10 mq, 20 mq örtüklü tablet; Elisea 10 mq, 20 mq tablet;	10	10-20
Fluoxetine	Profluzak 20 mq kapsul; Prozak 20 mq kapsul;	10	10-80
Paroxetine*	Paxil 20mq, örtülü tablet;	10	10-60
Sertraline	Stimulaton 50 mq, 100 mq örtülü tablet; Zoloft 50 mq, 100 mq örtülü tablet	50	50-200
Venlafaxine	Venlaksor 37,5 mq, 75 mq tablet; Velaksin 37,5 mq, 75 mq, 150 mq uzunmüddətli təsirə malik kapsul	37,5	75-225
Duloxetine	Dukset 30 mq, 60 mq kapsul; Duloksenta 30 mq, 60 mq kapsul; Depratal 30 mq, 60 mq enterik örtüklü tablet	30	30-60
Mirtazapine	Deprazin 30 mq tablet	15	15-45
Trazodone	Trittiko 50 mq örtülü tablet	50	150-300
Atipik antipsixotik vasitələr			
Risperidone	Rileptid 2 mq, 4 mq örtüklü tablet; Rispaksol 2 mq, 4 mq örtüklü tablet; Torendo 2 mq, 4 mq tablet	1-2	3-6

Quetiapine	Ketilept 100 mq, 200 mq örtüklü tablet; Kventiaks SR 25 mq, 150 mq, 200 mq, 300 mq tablet; Keday XR 50, 150, 200 mq	25-200	200-800
Əhval ruhiyyə stabilizatorları			
Lamotrigine	Lamotrin 50 mq, 100 mq tablet	25	50-200
Gabapentin	Qabaqamma 100 mq, 300 mq tablet;	100	300-600
Pregabalin	Preqabalin KRKA 150 mq, 300 mq kapsul; Prabegin 75 mq, 150 mq kapsul	25	50-100
Trankvilizator			
Buspirone	Spitomin 5 mq, 10 mq	5-10	10-20

Ədəbiyyat

1. Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatı: 10-cu baxış. - I cild. - Cenevrə, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı, 2002. – 47s.
2. American Psychological Association Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults Adopted as APA Policy February 24, 2017 <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
3. Australian Government, National Health and Medical Research Council. Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD <https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/>
4. Crisis Intervention Handbook: assessment, treatment, and research [Electronic resource] / Albert R. Roberts; Oxford University Pres. - third edition. - 2005. - 871p.
5. Department of Veterans Affairs DoD Clinical Practice Guidelines. Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Reaction 2017 <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/ptsd/>
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. - London (UK). – March 2017. - 176p - Available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10966/29772/29772.pdf> (19.04.2013)
7. Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children: NICE Clinical Guideline 26 [Electronic resource] /
8. International Society for Traumatic Studies Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations 2020 https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL.pdf.aspx
9. World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

