



Názov:

ŠOP - Psychologický manažment akútnej stresovej reakcie, akútnej stresovej poruchy a posttraumatickej stresovej poruchy

Autori:

**PhDr. Katarína Jandová, PhD.
doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.**

Špecializačný odbor:

Klinická psychológia

Odborná pracovná skupina:

Klinická psychológia pre dospelých

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Psychologický manažment akútnej stresovej reakcie, akútnej stresovej poruchy a posttraumatickej stresovej poruchy

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0203	22. september 2021	schválený	1. október 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

PhDr. Katarína Jandová, PhD., doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Helena Glasová, PhD., doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Pavol Macho, PhD., MHA; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Predmetný ŠOP vychádza zo ŠDTP klinickej psychológie pre dospelých - ŠDTP Akútna stresová reakcia a ŠDTP Posttraumatická stresová porucha, a je spracovaný aj podľa klinického praktického usmernenia The Management of Post-traumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder (2010, 2017).

Cieľová populácia

Toto usmernenie sa týka dospelých pacientov s traumatickou stresovou reakciou liečených v ktoromkoľvek klinickom zariadení.

Usmernenie je relevantné pre všetkých zdravotníckych pracovníkov poskytujúcich starostlivosť o pacientov s akútnou reakciou na stres, akútnou stresovou poruchou a post-traumatickým stresom v akomkoľvek zariadení, ktoré poskytuje zdravotnú starostlivosť.

 Systém hodnotenia dôkazov	
Sila odporúčania (SO)	
A	Silné odporúčanie, aby zdravotníci poskytli intervenciu príslušným pacientom. <i>Zistili sa kvalitné dôkazy o tom, že intervencia zlepšuje dôležité zdravotné výsledky a dospelo sa k záveru, že benefity podstatne prevažujú nad škodami.</i>
B	Odporúčanie, aby zdravotníci poskytovali danú pomoc príslušným pacientom. <i>Zistili sa prinajmenšom akceptovateľné dôkazy o tom, že intervencia zlepšuje zdravotné výsledky a dospelo sa k záveru, že benefit prevažuje nad poškodením.</i>
C	Nie je vydané žiadne odporúčanie pre alebo proti rutinnému poskytnutiu intervencie. <i>Zaznamenali sa prinajmenšom akceptovateľné dôkazy o tom, že intervencia môže zlepšiť zdravotné výsledky, avšak dospelo sa k záveru, že rozdiel medzi benefitmi a škodami je príliš malý na to, aby sa mohlo formulovať všeobecné odporúčanie.</i>
D	Odporúčanie sa dáva na základe rutinného poskytovania intervencie asymptomatickým pacientom. <i>Zaznamenali sa prinajmenšom akceptovateľné dôkazy o tom, že intervencia nie je účinná, alebo že škody prevažujú nad benefitmi.</i>
I	Dospelo sa k záveru, že dôkazy nie sú dostatočné na odporúčanie pre alebo proti rutinnému poskytnutiu intervencie. <i>Dôkazy o tom, že intervencia je efektívna, absentujú alebo sú nekvalitné alebo konfliktné, a nie je možné určiť pomer medzi benefitmi a škodami.</i>

Pokiaľ bola existujúca literatúra nejednoznačná alebo protichodná, alebo ak absentovali vedecké dáta o danej problematike, odporúčania vychádzali z klinických skúseností alebo z dobrej praxe.

POSTTRAUMATICKÝ STRES

Posttraumatický stres pozostáva zo spektra traumatických stresových porúch. Tieto poruchy môžu byť usporiadané pozdĺž časovej osi, od akútnej stresovej reakcie, cez akútnu stresovú poruchu, akútnu PTSP a chronickú PTSP. Každá z nich sa môže spájať s vážnymi psychickými a fyzickými komorbiditami. Niektoré osoby zažijú iba časť tohto spektra, iní budú postupovať celým spektrom.

Akútna stresová reakcia (ASR) je diagnóza v klasifikačnom systéme MKCH-10. Je to tranzientný stav, ktorý sa často vyvíja v reakcii na traumatizujúcu udalosť. Traumatické alebo traumatizujúce udalosti sú udalosti, ktoré v človeku vyvolávajú strach, že môže zomrieť alebo môže byť vážne zranený alebo poškodený. Tieto udalosti môžu byť taktiež traumatizujúce aj vtedy, keď je osoba svedkom toho, ako sa dané udalosti stávajú druhým ľuďom. Takéto udalosti často vyvolávajú pocity intenzívneho strachu, bezmocnosti alebo hrôzy u tých ľudí, ktorí ich zažívajú. Traumatické udalosti, ktoré môžu viesť k ASR, sú podobne závažné ako tie, ktoré sa podieľajú na posttraumatickej stresovej poruche (PTSP).

Nástup aspoň niektorých znakov a symptómov môže byť simultánne so samotnou traumou alebo v priebehu niekoľkých minút od traumatizujúcej udalosti, a traumou môžu nasledovať po intervale niekoľkých hodín alebo dní. Vo väčšine prípadov symptómy vymiznú do niekoľkých dní (dokonca aj hodín).

Bojová alebo operačná stresová reakcia (BOSR) je akútnou reakciou na vysoko stresujúce udalosti alebo udalosti spojené s bojom alebo so záchranárskym zásahom. ASR/BOSR sa môžu prejavovať širokou škálou fyzických, mentálnych a emocionálnych symptómov a znakov (napr. depresia, únava, anxieta, zhoršená koncentrácia/pamäť, nadmerná vzrušivosť - hyperarousal a i.), ktoré nevymizli do 4 dní po udalosti, a po vylúčení iných porúch.

Často je to typ ASR u členov ozbrojených zložiek počas prebiehajúcich vojenských operácií a u členov záchranárskych zložiek. BOSR sa špecificky vzťahuje na reakciu na vysoko stresujúce udalosti a potenciálnu expozíciu traumatickej udalosti. Táto reakcia sa neprisuduje identifikovanému zdravotnému/traumaticko-chirurgickému stavu, ktorý si vyžaduje ďalšie urgentné ošetrenie (člen služby môže mať BOSR súbežne s ľahkým, nezávažným poranením/chorobami).

Akútna stresová porucha (ASP), diagnóza definovaná v klasifikačnom systéme DSM-V, sa vyskytuje, keď osoba utrpela traumou alebo traumy, ako je popísané vyššie, má symptómy pretrvávajúce viac ako dva dni, ale menej ako jeden mesiac po expozícii traume (môže postupovať k PTSP, ak symptómy pretrvávajú dlhšie ako 1 mesiac), a ak osoby vykazujú znovuprežívanie, vyhýbanie sa, zvýšenú vzrušivosť (arousal) a najmenej 3 z piatich symptómov disociácie.

Posttraumatická stresová porucha (PTSP) je klinicky významný stav so symptómami, ktoré pretrvávajú viac ako 1 mesiac po expozícii traume, ktorá spôsobila významný distress alebo zhoršenie v sociálnych, pracovných alebo iných významných oblastiach fungovania.

Pacienti s PTSP môžu vykazovať perzistujúce znovuprežívanie traumatických udalostí, trvalé vyhýbanie sa stimulom spojených s traumou, celkové ochromenie schopnosti (neprítomné pred traumou) a perzistujúce symptómy zvýšeného arousalu (neprítomné pred traumou). PTSP môže mať tiež oneskorený nástup, ktorý sa popisuje ako klinicky významná prezentácia symptómov (spôsobujúca výrazné ťažkosti alebo zhoršenie sociálnych, pracovných alebo iných významných oblastí fungovania) najmenej 6 mesiacov po expozícii traume.

PTSP sa ďalej delí na:

Akútnu PTSP (symptómy pretrvávajúce viac ako 1 mesiac, ale menej ako 3 mesiace po expozícii traume) a

Chronickú PTSP (symptómy trvajúce viac ako 3 mesiace po expozícii traume).

PTSP sa môže objaviť samostatne (prejavuje sa bežnými symptómami PTSP) alebo častejšie pri iných súbežne sa vyskytujúcich stavoch (pretrvávajúce ťažkosti v interpersonálnych vzťahoch, výkyvy nálady, chronická bolesť, poruchy spánku, somatizácia a závažné problémy s identitou) alebo psychiatrické poruchy (splňajúce kritériá MKCH-10 alebo DSM pre inú poruchu, ako je zneužívanie návykových látok, depresia a úzkostná porucha).

PTSP býva rozšírená u vojakov vracajúcich sa z bojových misií. Tí, ktorí utrpeli otras mozgu, resp. ľahké traumatické poranenie mozgu (mTBI - mild traumatic brain injury) v bojovom prostredí, sú často vystavení podstatne vyššiemu riziku PTSP. Diagnostiku akéhokoľvek z týchto stavov môže komplikovať aj skutočnosť, že PTSP súvisí so všeobecnými zdravotnými symptómami, vrátane neurokognitívneho poškodenia a ďalších symptómov v definícii perzistujúceho syndrómu po otrase mozgu.

Medzi EBM (evidence based medicine - medicína založená na dôkazoch) postupy na prevenciu a liečbu PTSP patrí skrining, KBT a relevantná medikácia. Existujú viaceré nové stratégie, ktoré zahŕňajú zlepšovanie kognitívnych schopností a psychickej odolnosti na redukcii škodlivého vplyvu traumy. Pokiaľ ide o skrining, dôkazy naznačujú, že včasná a rýchla identifikácia ľudí s PTSP a ich odporúčenie do terapie môže skrátiť ich utrpenie a zredukovať závažnosť ich funkčného poškodenia. Ukázalo sa, že pri liečbe PTSP je účinných niekoľko typov KBT, poradenstva a medikácie.

Prehľad terapií podľa miery efektívnosti je uvedený v ŠDTP pre Post-traumatickú stresovú poruchu.

Toto usmernenie obsahuje:

Základná časť - zaoberá sa primárnou a sekundárnou prevenciou PTSP a odporúčaniami týkajúcimi sa skriningu a triáže na základe času, ktorý uplynul od traumatizujúcej udalosti.

Časť A - zahŕňa posudzovanie, diagnostiku a manažment symptómov *akútnej stresovej reakcie* (ASR) v bezprostrednom období po expozícii traume, zvládanie *akútnej stresovej poruchy* (ASP) a efektívne včasné intervencie na zabránenie progresie stresových reakcií do plne rozvinutej *posttraumatickej stresovej poruchy* (PTSP).

Je vhodné pridať odporúčania týkajúce sa posudzovania a manažmentu *bojovej a operačnej stresovej reakcie* (BOSR), ktoré sa zaoberajú špecifickými činnosťami, ktoré sa považujú za významné pre poskytovateľov starostlivosti, ktorí sa starajú o symptomatických príslušníkov dotknutých zložíek.

Časť B - venuje sa diagnostike a liečbe pacientov s PTSP. Algoritmus tejto časti prezentuje prístup zameraný na pacienta, ktorý zdôrazňuje rozhodnutia a intervencie, ktoré sa pri liečbe PTSP ukazujú ako efektívne, bez ohľadu na prostredie liečby.

Odporúčania uvedené v tomto usmernení by mali slúžiť ako rámec pre starostlivosť poskytovanú v špecializovaných zariadeniach starostlivosti o duševné zdravie, ako aj v primárnej starostlivosti.

Optimálne nastavenie starostlivosti o individuálneho pacienta závisí aj od preferencií pacienta, úrovne odbornosti poskytovateľa a dostupných zdrojov.

Časť I obsahuje odporúčania založené na dôkazoch týkajúce sa terapeutických intervencií na prevenciu PTSP (Oddiel I-1); a na liečbu PTSP (Oddiel I-2).

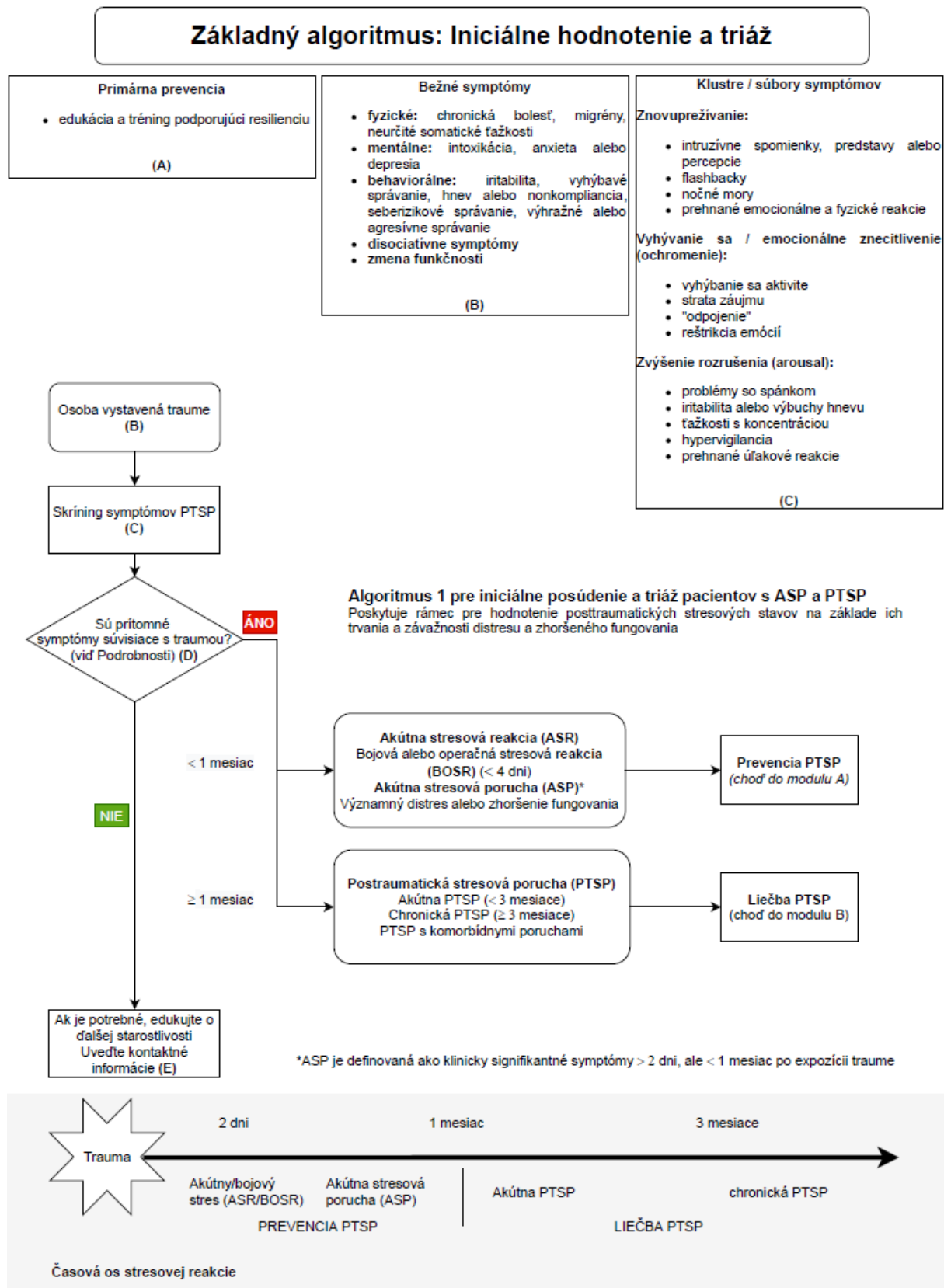
Pridali sa odporúčania týkajúce sa špecifických intervenčných liečebných postupov zameraných na špecifické symptómy, ktoré sa často pozorujú u pacientov s akútnou stresovou reakciou (ASR) (nad rámec základných symptómov ASR/ASP/PTSP) (Oddiel I-3). Zahŕňajú poruchy spánku, bolesť a hnev.

Cieľom týchto odporúčaní je pomôcť zdravotníckym pracovníkom poskytnúť krátku liečbu zameranú na symptómy.

PTSP často sprevádzajú iné psychiatrické stavy. Tieto komorbidity si vyžadujú klinickú pozornosť v čase diagnostiky, aj počas celého procesu liečby. Osobitný záujem si vyžadujú také poruchy, ako sú **poruchy užívania návykových látok**, **veľká depresia** a po-otrasové symptómy pripisované **ľahkej traume mozgu (mTBI)**.

Zdravotnícki pracovníci, ktorí sa riadia týmto usmernením, by sa nemali obmedzovať iba na prístupy a techniky uvedené v tomto usmernení. Všetky súčasné spôsoby liečby majú svoje limitácie - nie všetci pacienti na ne reagujú, pacienti prerušujú liečbu, alebo sú limitované komfortom alebo skúsenosťami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri použití konkrétnej intervencie. V tejto oblasti sa podporuje kreatívna integrácia kombinovanej liečby, ktorá sa riadi princípmi založenými na dôkazoch.

ZÁKLADNÁ ČASŤ: INICIÁLNE POSÚDENIE A TRIÁŽ



A. Edukácia a odborná príprava na podporu resiliencie

1. Vo vysoko rizikových povolaniach, u ktorých je mierna alebo vysoká pravdepodobnosť expozície traume, by sa mala vyvinúť snaha na zvýšenie psychologickej resiliencie pracovníkov voči negatívnym účinkom expozície traume.

B. Osoba vystavená traume

1. U osôb vystavených traume sa má posúdiť typ, frekvencia, povaha a závažnosť traumy. [B]
2. Posúdenie by malo okrem znakov traumy zahŕňať aj širokú škálu potenciálnych expozícií traume.
3. Nástroje na hodnotenie traumatickej expozície môžu pomôcť pri hodnotení povahy a závažnosti expozície.
4. Je dôležité posúdenie existujúcej sociálnej podpory a pretrvávajúcich stresových faktorov.

C. Skríning symptómov PTSP

1. Novým pacientom by sa mal iniciálne urobiť skríning symptómov PTSP, a následne na ročnej báze, alebo častejšie, ak je to klinicky indikované z dôvodu klinického podozrenia, čerstvej traumatickej expozície (napr. veľká katastrofa) alebo anamnézy PTSP. [B]
2. Pacientom by sa mal urobiť skríning symptómov PTSP pomocou nástrojov typu papier - ceruzka (škál, dotazníkov) alebo skríningových nástrojov na báze počítača. [B]
3. Neexistujú dostatočné dôkazy na to, aby sa odporučil jeden konkrétny nástroj skríningu PTSP oproti druhému.

Okrem rozhovoru sa odporúča použitie validizovaných skríningových nástrojov, ktoré sú bližšie popísané v ŠDTP pre PTSP a v ŠDTP pre ASR:

- Stanfordský dotazník akútnej stresovej reakcie
 - PTSD - MACSCREEN - pomôcka pri orientačnom vyšetrení v primárnej starostlivosti
 - posudzovacia škála PCL-5, slovenská verzia - na zistenie, či pacient spĺňa dg kritériá MKCH-10 (resp. MKCH-11) pre PTSP
 - prítomnosť depresie - dotazník PHQ-9 Sk, alebo BDI II
 - prítomnosť úzkosti - dotazník GAD-7 S
 - dotazník CORE-OM - meranie efektu terapie.
4. Dostatočné dôkazy na to, aby sa odporúčal špecifický skríning pre nejakú kultúrnu alebo etnickú skupinu alebo pre pohlavie nie sú k dispozícii. [I]

D. Sú prítomné symptómy súvisiace s traumou?

1. Osoby, u ktorých sa predpokladá, že majú symptómy PTSP, alebo ktoré sú pri prvom vyšetrení pozitívne na PTSP, by mali byť podrobnejšie vyšetrené.
2. Užitočné informácie týkajúce sa symptómov môžu zahŕňať také detaily, ako sú čas nástupu, frekvencia, priebeh, závažnosť, miera stresu a stupeň funkčného poškodenia.
3. Pri hodnotení rizika vzniku PTSP a stanovení diagnózy a vhodnej intervencie by sa mal brať do úvahy čas, ktorý uplynul od expozície traume (pozri *definícia 'expozícia traume'* - Časť A, odsek A).

E. Edukácia o ďalšej starostlivosti, ak je to potrebné, poskytnite kontaktné informácie

1. Pre- a posttraumatická edukácia by mala zahŕňať pomoc asymptomatickým osobám, ktoré prežili traumy, aj tým, ktorí reagovali na prežitú traumy, pochopiť to, že ASR je bežná aj u iných ľudí, a pravdepodobne je prechodná, a nenaznačuje osobné zlyhanie alebo slabosť, psychické ochorenie alebo zdravotné problémy.
2. Edukácia by mala zahŕňať dostatočný prehľad mnohých spôsobov prejavu post-traumatických problémov, vrátane symptómov v spektre ASR/ASP/PTSP, behaviorálnych problémov s rodinou a priateľmi, problémov v zamestnaní, a potenciálneho dopadu zneužívania alkoholu alebo iných návykových látok.
3. Edukácia by mala obsahovať aj pozitívne posolstvá, a to identifikáciou a podporou pozitívnych spôsobov zvládania, popisom jednoduchých stratégií na riešenie alebo zvládanie vyvíjajúcich sa symptómov a problémov, a stanovením očakávaní zvládnutia a/alebo zotavenia.
4. Poskytnite kontaktné informácie, ak by sa neskôr vyskytli post-traumatické symptómy.
5. **Rutinný debriefing alebo formálna psychoterapia nie sú pre asymptomatických jedincov prínosné a môžu byť škodlivé.** [D]

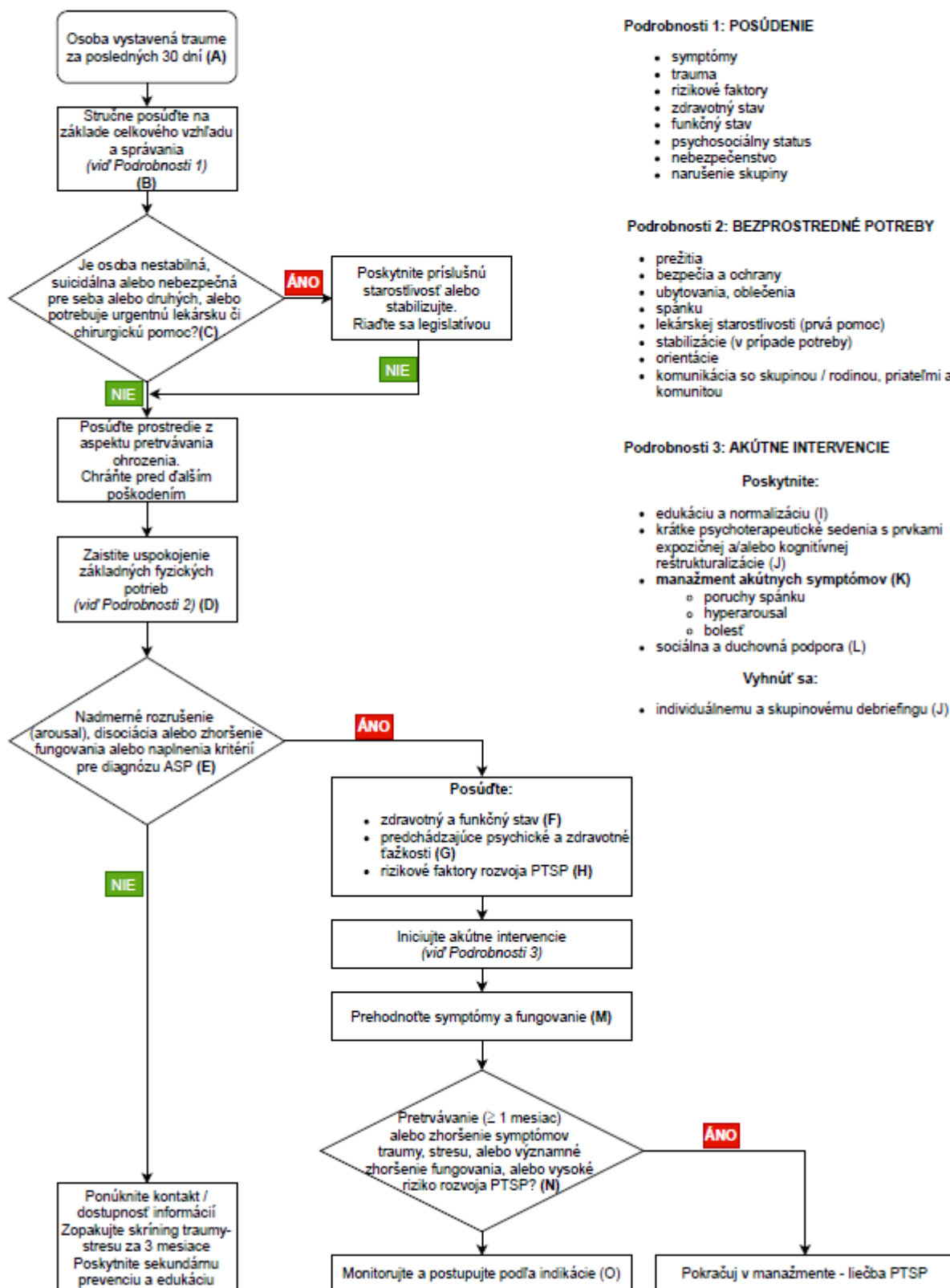
Prvá **Časť (A)** usmernenia, ktorá nadväzuje na **Základnú časť**, obsahuje posúdenie a manažment symptómov **akútnej stresovej reakcie (ASR)** bezprostredne po expozícii traume. Cieľom intervencií je poskytnúť po traume pomoc pri riešení neodkladných fyzických potrieb, sociálnej a duchovnej podpory, normalizácie a psychologickú prvej pomoci (PPP) po traume.

Prístup k triáži v rámci bezprostrednej reakcie na traumatickú expozíciu u príslušníkov zložiek počas **vojenskej alebo prebiehajúcej záchranskej operácie (BOSR)** sa riadi dvojakým cieľom: kontext a nastavenie poskytovania starostlivosti sa môžu výrazne líšiť.

Časť B zahŕňa hodnotenie a manažment pacientov s diagnostikovanou **post-traumatickou stresovou poruchou (PTSP)** v akútnom alebo chronickom stave a potenciálnymi súbežne sa vyskytujúcimi poruchami.

ČASŤ A: AKÚTNA STRESOVÁ REAKCIA/PORUCHA (ASR/ASP)

Algoritmus A: Akútna stresová reakcia / porucha (ASR/ASP)



1. Posúdenie

A. Expozícia traume (za posledných 30 dní)

Akútna stresová reakcia (ASR) je tranzientný stav, ktorý sa často vyvíja v reakcii na traumatizujúcu udalosť. Traumatické udalosti sú udalosti, ktoré v človeku vyvolávajú strach zo smrti, z vážneho zranenia alebo poškodenia. Tieto udalosti môžu byť taktiež traumatizujúce, keď je osoba svedkom toho, ako sa stávajú druhým osobám (niekedy zvieratám). U tých ľudí, ktorí takéto udalosti zažívajú, tieto často vyvolávajú pocity intenzívneho strachu, bezmocnosti alebo hrôzy. Traumatické udalosti, ktoré môžu viesť k ASR, sú podobne závažné ako tie, ktoré sa podieľajú na PTSP.

Bojová alebo operačná stresová reakcia (BOSR) je akútna stresová reakcia príslušníkov ozbrojených alebo záchranných zložiek počas prebiehajúcich vojenských alebo podobných operácií.

BOSR sa špecificky vzťahuje na reakciu na vysoko stresujúce udalosti a potenciálnu expozíciu traumatickým udalostiam. Táto reakcia sa nepripisuje identifikovanému zdravotnému/traumaticko-chirurgickému stavu, ktorý si vyžaduje ďalšie urgentné ošetrenie (člen predmetných zložiek môže mať BOSR súbežne s ľahkými poraneniami/ochoreniami).

K obvyklým typom traumatických udalostí patria:

- znásilnenie, sexuálne alebo iné fyzické napadnutie
- fyzické a/alebo sexuálne zneužívanie dieťaťa
- domáce násilie (týranie, fyzické násilie)
- prírodné katastrofy (napr. povodne, požiare, hurikány)
- dopravné nehody
- expozícia náhle alebo neočakávanej smrti druhých
- náhle život ohrozujúce fyzické ochorenie (napr. infarkt alebo rakovina)
- boj vo vojnovnej zóne
- prebiehajúce vojenské alebo záchranné operácie
- kontinuálne alebo opakujúce sa vystavenie traumatickým udalostiam.

Udalosti špecifické pre BOSR:

- intenzívne emocionálne nároky (napr. záchranný a ošetrovateľský personál, ktorý vyhľadáva potenciálne preživších alebo komunikuje s pozostalými členmi rodiny)
- extrémna únava, expozícia počasiu, hlad, spánková deprivácia
- dlhodobá expozícia nebezpečenstvu, stratám, emocionálnemu/fyzickému vypätiu
- vystavenie environmentálnemu riziku, ako je toxická kontaminácia (napr. plynmi alebo dymom, chemikáliami, rádioaktivita)
- zatiaľ čo BOSR môže rezultovať zo špecifickej traumatizujúcej udalosti, vo všeobecnosti vzniká na základe kumulatívnej expozície viacerým stresorom.

Niektoré prejavy a symptómy sa môžu objaviť súbežne so samotnou traumou alebo ju môžu nasledovať po intervale niekoľkých hodín alebo dní. K symptómom môžeme zaradiť depresiu,

únavu, úzkosť, zhoršenú koncentráciu/pamäť, iritabilitu, agitovanosť a prehnanú úľakovú reakciu.

B. Stručné posúdenie na základe všeobecných príznakov a správania

1. Identifikácia pacienta so symptómami ASR je založená na pozorovaní správania a funkcií; neexistujú dostatočné dôkazy na odporúčanie konkrétneho skriningového nástroja.
2. U osôb, ktoré vykazujú nasledujúce reakcie na traumy, by sa mal urobiť skrining ASR:
 - a. **Fyzické reakcie:** vyčerpanie, nadmerná vzrušivosť (hyperarousal), somatické ťažkosti (gastro-intestinálne, gynekologické alebo urologické, muskulo-skeletálne, kardio-vaskulárne, respiračné, nervový systém) alebo symptómy konverznej poruchy
 - b. **Emocionálne reakcie:** úzkosť, depresia, pocity viny/beznádeje
 - c. **Kognitívne/psychické:** amnestické alebo disociatívne symptómy, hypervigilancia, paranoja, intruzívne znovuprežívanie
 - d. **Behaviorálne reakcie:** vyhýbanie sa, problémové užívanie látok.
3. U osôb, u ktorých sa vyskytne ASR, by sa mali ich symptómy komplexne posúdiť, vrátane detailov o čase ich nástupu, frekvencii, priebehu, závažnosti, miery distresu, funkčného zhoršenia a získania ďalších relevantných informácií.
4. Posúďte schopnosť vykonávať rutinné funkcie.

Posúdenie špecifické pre BOSR:

1. Posúďte funkčný stav člena služby (bojovej, záchrannej) tak, aby obsahoval:
 - a. akékoľvek zmeny v jeho produktivite
 - b. údaje od spolupracovníka alebo vedúceho o posledných zmenách v prejave, v kvalite práce, alebo vo vzťahoch
 - c. akékoľvek spomalenie/nespoloahľivosť, strata motivácie alebo strata záujmu
 - d. zabúdanie alebo ľahko rozptýliteľná pozornosť
 - e. skrining užívania návykových látok.
2. Dokumentujte symptómy BOSR a získajte od vedúceho jednotky, spolupracovníkov alebo kolegov dodatočné informácie o stresoroch, funkčnosti, zdravotnej anamnéze a absencii alebo zhoršení fungovania v operácii alebo misii
3. Zvážte rolu a funkčné schopnosti člena služby a zložitosť a dôležitosť jeho/jej práce.

C. Pacient nestabilný, nebezpečný pre seba alebo pre ostatných, alebo potreba urgentnej lekárskej starostlivosti

1. Riešte akútne zdravotné problémy/behaviorálne problémy s cieľom zachovať život a zabrániť ďalšiemu poškodeniu:
 - a. poskytnite adekvátnu lekársku/traumatologicko-chirurgickú starostlivosť alebo pomoc pri stabilizácii
 - b. zhodnoťte stav užívania predpísanej medicíny
 - c. zabráňte novej expozícii biologickým alebo chemickým látkam
 - d. manažujte intoxikáciu alebo odňatie látky
 - e. zastavte sebapoškodzovanie alebo mutiláciu
 - f. riešte neschopnosť postarať sa o seba.

2. Zabezpečte bezpečné, intímne a pohodlné prostredie pre pokračovanie hodnotenia:
 - a. posúďte nebezpečenstvo pre seba alebo pre ostatných (napr. suicidálne alebo homicidálne správanie)
 - b. vytvorte s pacientom pracovnú terapeutickú alianciu
 - c. počas celého posudzovania si zachovajte podporný, neobviňujúci a neposudzujúci postoj
 - d. pomôžte s odstránením ďalšej expozície takým stimulom, ktoré sa spájajú s traumatickou udalosťou
 - e. minimalizujte ďalšie traumy, ktoré môžu vzniknúť z počiatočnej traumatickej udalosti
 - f. posúďte a optimalizujte sociálnu podporu
 - g. zaistite všetky zbrane a výbušniny.
3. Mali by sa dodržiavať zákonné mandáty:
 - a. nahlásenie násilia, napadnutia
 - b. dôvernosť pre pacienta
 - c. povinné testovanie/vyšetrenia
 - d. účasť v procese dokazovania v trestných veciach (napr. znásilnenie, hodnotenie)
 - e. v prípade potreby postupy nedobrovoľného zadržania (rozhoduje lekár a p.).
4. Dôsledne zvážte nasledujúce potenciálne intervencie pre potrebu zaistenia bezpečnosti:
 - a. nájdite bezpečné ubytovanie a chráňte pred ďalšími traumami
 - b. v prípade suicidality dobrovoľné prijatie
 - c. obmedzenie/izolácia len v prípade neúčinnosti menej reštriktívnych opatrení
 - d. v prípade potreby podať medikáciu na zvládnutie špecifických symptómov (napr. spánok, bolesť) - v kompetencii lekára
5. Edukujte a „normalizujte“ pozorované psychické reakcie na štruktúru inštrukcií.
6. Posuňte na ďalšiu úroveň starostlivosti, ak je problém nezvládnuteľný, ak nie sú k dispozícii zdroje, alebo ak reakcia nie je v rozsahu odborných znalostí poskytovateľa starostlivosti.

D. Zaistite, aby boli uspokojené základné fyzické potreby pacienta

1. Akútna intervencia by mala zabezpečiť uspokojenie nasledujúcich potrieb:
 - a. istota/bezpečie/prežitie
 - b. jedlo, hydratácia, oblečenie, hygiena, prístrešie, úkryt/utajenie
 - c. spánok
 - d. medikamenty (t. j. nahradiť znehodnotenú/stratenú lieky)
 - e. poučenie o aktuálnom stave
 - f. komunikácia s rodinou, priateľmi a komunitou
 - g. ochrana pred pretrvávajúcimi hrozbami/toxínmi/ubližovaním ap. Ak je to indikované, zredukovať konzumáciu alkoholu, tabaku, kofeínu a nelegálnych psychoaktívnych látok.
2. Poskytnite psychologickú prvú pomoc (PPP):
 - a. chráňte pred ďalším poškodením
 - b. zredukujte fyziologickú aktiváciu (arousal)
 - c. mobilizujte podporu pre tých, ktorí majú najväčší distress
 - d. rodiny udržiavajte spolu a napomáhajte stretnutiu s blízkymi

- e. poskytnite informácie a podporujte komunikáciu a edukáciu
- f. používajte techniky efektívnej komunikácie o riziku.

Intervencie špecifické pre členov už existujúcej skupiny (napr. BOSR):

1. Správajte sa podľa predchádzajúcej roly člena skupiny, a nie ako „pacienta“.
2. Ak je to potrebné, zabezpečte alebo poskytnite nasledovné:
 - a. stretnutie alebo trvalý kontakt so skupinou/jednotkou
 - b. podporujte kontinuitu s nadviazanými vzťahmi (napr. s primárnou skupinou)
 - c. prestávku/krátky oddych od intenzívneho stresu
 - d. komfortné prostredie (napr. teplotný komfort)
 - e. zväžte psychoedukáciu a diskusiu v skupinovom formáte
 - f. určite/navrhujte pracovné úlohy a rekreačné aktivity, ktoré obnovia zameranie a sebadôveru a posilnia tímovú prácu (limitovaná povinnosť).

Tabuľka A-1

	Kľúčové prvky psychologickej prvej pomoci (PPP)
	a. Kontakt a angažovanosť - reagujte na kontakty iniciované dotknutými osobami alebo začinite kontakt neobťažujúcim, súcitným a pomáhajúcim spôsobom b. Bezpečnosť a komfort - zvyšujte bezprostrednú a nepretržitú bezpečnosť a poskytnite fyzický a emocionálny komfort c. Stabilizácia (ak je to potrebné) - upokojte a orientujte emocionálne zaplavených alebo rozrušených, ktorí prežili d. Zhromažďovanie informácií - súčasné potreby a obavy - identifikujte bezprostredné potreby a obavy, zhromažďujte ďalšie informácie a prispôbte intervencie PPP e. Praktická pomoc - pozostalým ponúknite praktickú pomoc pri riešení okamžitých potrieb a obáv f. Prepojenie so sociálnou podporou - pomôžte vytvoriť možnosti na krátkodobé alebo kontinuálne kontakty s osobami primárnej podpory alebo s inými zdrojmi podpory, vrátane členov rodiny, priateľov a komunitných pomocných zdrojov. g. Informácie o zvládaní - poskytnite informácie (o stresových reakciách a zvládaní), aby ste zredukovali stres a podporili adaptívne fungovanie h. Prepojenie so spolupracujúcimi službami - pomôžte prepojiť tých, čo prežili traumy, na potrebné služby a informujte ich o dostupných službách, ktoré môžu byť v budúcnosti potrebné.

Tieto základné ciele PPP tvoria základné ciele poskytovania včasnej pomoci (napr. do niekoľkých dní alebo týždňov po udalosti). Miera času stráveného pri každom ciele bude u ľudí rozdielna, a taktiež bude závisieť od rôznych okolností podľa potreby.

Tabuľka A-2

 Včasné intervencie po traumatickej expozícii (<4 dni po expozícii traume)				
Efekt = rovnováha medzi prínosom a poškodením				
SO	Signifikantný benefit	Nejaký benefit	Neznámy benefit	Žiadny benefit Potenciálne poškodenie
I	--	• PPP • Psychoedukácia a normalizácia • Sociálna podpora	• Duchovná podpora	--
D	--	--	--	Psychologický debriefing

SO - sila odporúčania

E. Osoba má symptómy vzťahujúce sa na traumu, významné funkčné zhoršenie alebo diagnózu ASR/ASP

1. Akútne traumatizovaní ľudia, ktorí spĺňajú kritériá na diagnózu ASR/ASP, a osoby s významnou mierou posttraumatických symptómov najmenej po 2 týždňoch po traume, ako aj osoby so zníženou pracovnou schopnosťou pre akútne psychické alebo fyzické symptómy, by sa mali znovu posúdiť, a mala by sa im poskytnúť včasná intervencia, aby sa zabránilo rozvoju PTSP.
2. Tie osoby, ktorí zažili traumu a majú symptómy, ktoré nespĺňajú diagnostické kritériá pre ASR/ASP, alebo tí, ktorí sa z traumy zotavili a momentálne nevykazujú žiadne symptómy, by mali byť sledovaní, a je prospešné ich priebežné sledovanie a poskytnutie možnosti kontinuálneho poradenstva alebo terapie.
3. Členovia ozbrojených alebo záchranných zložiek majúci BOSR, ktorí nereagujú na iniciálne podporné intervencie, si môžu vyžadovať odporúčanie k odborníkovi na duševné zdravie, alebo aj stiahnutie z výkonu služby.

F. Posúďte zdravotný a funkčný stav

1. Zdravotný stav by sa mal posúdiť u všetkých osôb so symptómami, a posúdenie má zahŕňať:
 - a. Anamnestické údaje, somatické vyšetrenie a neurologické vyšetrenie
 - b. informácie o užívaní predpísanej medicíny, o nálade alebo o užívaní látok alterujúcich myslenie, a o možnej expozícii biologickým alebo chemickým látkam
 - c. ak je to indikované, vyšetrenie stavu pomocou Mini-mental (MMSE) na vyhodnotenie kognitívnych funkcií
2. Zistenia z anamnézy a z nálezov zo somatického vyšetrenia by mali viesť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti k ďalším klinicky indikovaným vyšetreniam. Indikácia vyšetrení je v kompetencii ošetrojúceho lekára. Na základe klinického prejavu môže posúdenie pacienta zahŕňať:
 - a. Ak to indikujú symptómy, vykonanie toxikologického skríningu - indikuje lekár

- b. Rádiologické posúdenie pacienta s fokálnym neurologickým nálezom alebo s potenciálnym poranením hlavy - indikuje lekár
 - c. Príslušné laboratórne vyšetrenie na vylúčenie porúch, ktoré môžu vyvolávať symptómy ASR (napr. kompletný krvný obraz, biochemický profil, vyšetrenie štítnej žľazy, HCG, EKG, EEG) - indikuje lekár.
- 3. Malo by sa vykonať cielené psychosociálne posúdenie, ktoré zahŕňa hodnotenie aktívnych stresorov, strát, súčasnej sociálnej podpory a základných potrieb (napr. bývanie, stravovanie a finančné zdroje).
- 4. K celkovému vyhodnoteniu by sa malo doplniť krátke funkčné posúdenie:
 - a. objektívne narušených funkcií založené na všeobecných prejavoch a správaní;
 - b. subjektívne narušených funkcií;
 - c. bazálnej funkčnej úrovne vs. aktuálna a
 - d. fungovania rodiny a vzťahov.

G. Posúďte existujúci psychiatrický a zdravotný stav

1. Posúďte pacienta z aspektu pre-existujúceho psychiatrického stavu, aby ste určili vysoko rizikovú osobu a skupinu.
2. Zaistite prístup a adherenciu k medikácii, ktorú pacient momentálne užíva.
3. Ak je to indikované, pacientovi s pre-existujúcim psychiatrickým stavom odporučte odborníka na duševné zdravie, v prípade potreby urgentnú hospitalizáciu.

H. Posúďte rizikové faktory pre vývoj ASR/ASP/PTSP

1. Osobám, ktoré zažili traumou alebo majú funkčné poruchy, by mali byť vyšetrené nasledujúce rizikové faktory pre vznik ASR/ASP/PTSP:

Pre-traumatické faktory

1. Prebiehajúci životný stres
2. Nedostatok sociálnej podpory
3. Mladý vek v čase traumy
4. Pre-existujúce psychiatrické poruchy alebo zneužívanie návykových látok
5. Anamnéza traumatických udalostí
6. Anamnéza PTSP
7. Ďalšie pre-traumatické faktory vrátane:
 - ženského pohlavia, nízkeho socioekonomického statusu, nižšej úrovne vzdelania, nižšej inteligencie, rasy a etnika, údajov zneužívania v detstve, údajov o predchádzajúcej traumatizácii, o ďalších nepriaznivých faktoroch v detstve, o psychiatrických poruchách v rodinnej anamnéze a nedostatočnom tréningu alebo príprave na traumatizujúcu udalosť.

Peri-traumatické faktory súvisiace s traumou

1. závažná trauma
2. fyzické zranenie seba alebo iného
3. druh traumy (boj/bitka, interpersonálne traumy, ako napr. zabitie inej osoby, mučenie, znásilnenie alebo napadnutie, predstavujú vysoké riziko PTSP)
4. vysoko percipované ohrozenie svojho života alebo života iných
5. spoločenská (masová) trauma

6. Ďalšie peri-traumatické faktory, vrátane: peri-traumatickej disociácie a interpersonálnej traumy v anamnéze.

Posttraumatické faktory

1. prebiehajúci životný stres
2. nedostatok pozitívnej sociálnej podpory
3. bolestná strata alebo traumatický smútok
4. veľká strata zdrojov
5. negatívna sociálna podpora (zahanbujúce alebo obviňujúce prostredie)
7. zlé zvládanie
8. ďalšie post-traumatické faktory, vrátane: detí doma a/alebo manžela/partnera v strese.

2. LIEČBA

I. Poskytnite edukáciu a normalizáciu/očakávaný čas na zotavenie

1. Ľudia, ktorí zažili traumy, by mali dostať edukačné informácie, ktoré im pomôžu normalizovať bežné reakcie na traumy, zlepšiť zvládanie, zlepšiť starostlivosť o seba, uľahčiť rozpoznávanie závažných problémov a rozšíria vedomosti o službách a prístup k nim. Takéto informácie je možné poskytnúť rôznym spôsobom, vrátane verejných médií, aktivít komunitného vzdelávania a písomných materiálov.

J. Začnite s krátkou intervenciou

Nasledujúce terapeutické odporúčania by sa mali vzťahovať na všetkých akútne traumatizovaných ľudí, ktorí spĺňajú kritériá na diagnostiku ASR/ASP, na osoby s významnou mierou symptómov akútneho stresu, ktoré pretrvávajú dlhšie ako dva týždne po traume, ako aj na osoby, ktoré sú zneschopnené akútnymi psychickými alebo fyzickými symptómami.

1. Pokračujte v poskytovaní psychoedukácie a normalizácie.
2. Liečba by mala byť zahájená po poskytnutí edukácie, normalizácie a PPP a po sprístupnení možnosti uspokojiť po traume základné potreby.
3. Nie sú k dispozícii dostatočné dôkazy na odporúčanie pre/proti použitiu psychologickej prvej pomoci (PPP) na riešenie symptómov po 4 dňoch od traumy. [I]
4. Tie osoby, ktoré po zažití traumy majú symptómy, ktoré nedosahujú diagnostický prah ASP alebo PTSP, by mali byť sledované, a môže im prospieť sledovanie a poskytnutie možnosti kontinuálneho poradenstva alebo symptomatickej liečby.
5. Odporučte sledovanie vývoja PTSP pomocou validizovaných nástrojov na detekciu symptómov (uvedené v časti *Skríning symptómov PTSD*).

6. Psychoterapia

- a. Zvážte včasnú krátku intervenciu (4 až 5 sedení) kognitívnej terapie, ktorá zahŕňa terapiu založenú na expozícii, samostatne alebo v kombinácii so zložkou kognitívno-reštrukturalizačnej terapie u pacientov so včasnou významnou mierou symptómov, najmä u tých, ktorí spĺňajú diagnostické kritériá ASR/ASP. [A]
- b. **Rutinná formálna psychoterapeutická intervencia pre asymptomatické osoby nie je prospešná a môže byť škodlivá.** [D]

- c. **Dôrazne sa neodporúča individuálny psychologický debriefing ako prostriedok na redukciiu ASR/ASD alebo progresie do PTSP.** [D]
- d. Dôkazy nepodporujú ani samotné skupinové sedenie psychologického debriefingu ako prostriedku na redukciiu ASR/ASP alebo progresie do PTSP, ale nie je tu ani dôkaz poukazujúci na jeho škodlivý efekt (**Poznámka:** toto nie je odporúčanie týkajúce sa tzv. operačného debriefingu). [D]
- e. Skupiny môžu byť efektívnym prostriedkom na poskytovanie edukácie súvisiacej s traumou, odbornej prípravy v oblasti zvládania zručností a zvyšovania sociálnej podpory, najmä v kontexte viacnásobných skupinových sedení. [Ja]
- f. Účasť v skupine by mala byť dobrovoľná.

7. Farmakoterapia je v kompetencii ošetrojúceho lekára

- a. Nie sú k dispozícii dôkazy podporujúce odporúčanie na použitie špecifickej medikácie na prevenciu rozvoja ASP alebo PTSP. [I]
- b. Na prevenciu rozvoja ASR/ASP alebo PTSP **sa dôrazne neodporúča používať benzodiazepíny.** [D]

Tabuľka A-3

 Včasné psychologické intervencie po traumatickej expozícii (od 4 do 30 dni po expozícii traume)				
	Efekt = rovnováha medzi prínosom a poškodením			
SO	Signifikantný benefit	Nejaký benefit	Neznámy benefit	Žiadny benefit Potenciálne poškodenie
A	Rýchla KBT (4-5 sedení)	--	--	--
B	--	--	--	--
C	--	Sociálna podpora	--	--
D	--	--	--	- individuálny psychologický debriefing* - formálna psychoterapia pre asymptomatickú osobu*
I	Psychoedukácia a normalizácia			

SO - sila odporúčania * potenciálne škodlivé

K. Manažment akútnych symptómov

(Pozri Oddiel I - 3: Manažment symptómov)

- 1. špecifická liečba symptómov by sa mala poskytovať po edukácii, normalizácii a zabezpečení základných potrieb.

2. Zvážte krátku medikáciu (menej ako 6 dní) zameranú na špecifické symptómy u pacientov po prežití traumy
 - a) Poruchy spánku / nespavosť
 - b) Manažment bolesti
 - c) Podráždenie / nadmerná vzrušivosť (arousal) / hnev
3. Poskytnite nefarmakologické intervencie na riešenie špecifických symptómov (napr. relaxácia, techniky dýchania, vyhýbanie sa kofeínu) a na riešenie celkového zotavenia a špecifických symptómov (poruchy spánku, bolesť, nadmerná vzrušivosť alebo hnev).

L. Podpora

L-1 Facilitujte duchovnú podporu

1. Ak je to potrebné, pacientovi zabezpečte dostupnosť duchovnej starostlivosti.
2. Posúďte duchovné potreby.
3. Poskytnite možnosti na smútenie za stratami (poskytnite priestor a príležitosť na modlitby, mantry, obrady, rituály a starostlivosť pri umieraní, ak je to pre pacienta dôležité).

L-2 Facilitujte sociálnu podporu

1. Čo najskôr po expozícii traume zachovávajte interpersonálnu bezpečnú zónu chrániacu základný osobný priestor (napr. pokoj, ticho, osobné veci).
2. V rámci psychologickej prvej pomoci znovu spojte postihnutého traumou s predchádzajúcimi podpornými vzťahmi (napr. s rodinou, priateľmi a členmi jednotky/skupiny) a spojte sa s ďalšími zdrojmi interpersonálnej podpory.
3. Posúďte vplyv PTSP na sociálne fungovanie.
4. Uľahčite dostupnosť sociálnej podpory a poskytnite pomoc pri zlepšovaní sociálneho fungovania, ako je uvedené.

3. OPÄTOVNÉ POSÚDENIE

M. Prehodnoťte symptómy a funkčnosť

1. Posúdenie reakcie na akútnu intervenciu by malo zahŕňať hodnotenie nasledujúcich rizikových faktorov:
 - a. Pretrvávajúce alebo zhoršujúce sa symptómy traumatického stresu (napr. disociácia, panika, autonómna vzrušivosť (arousal), kognitívne poruchy)
 - b. signifikantné funkčné zhoršenie (napr. rola/pracovné vzťahy)
 - c. nebezpečenstvo (suicidálne alebo násilné ideácie, plány a/alebo úmysly)
 - d. závažná psychiatrická komorbidita (napr. porucha zo psychotického spektra, porucha užívania návykových látok alebo abúzus)
 - e. maladaptívne stratégie zvládania (napr. vzorec impulzivity, sociálne stiahnutie alebo iné reakcie v strese)
 - f. nové alebo vyvíjajúce sa psychosociálne stresory
 - g. zlá sociálna podpora.
2. Následné kroky po akútnej intervencii na určenie stavu pacienta by mali zahŕňať:
 - a. **Pacient sa nezlepšuje alebo sa jeho stav zhoršuje** - pokračujte v manažmente PTSP (pozri Časť B) po konzultácii alebo pri odporúčaní do špecializovanej starostlivosti o PTSP alebo k odborníkovi na zdravotnú starostlivosť o duševné

zdravie. Odporučte zapojenie poskytovateľa primárnej starostlivosti do liečby. Pacienti s viacerými problémami môžu využívať multidisciplinárny prístup zahŕňajúci pracovnú terapiu, duchovné poradenstvo, rekreačnú terapiu, sociálnu prácu, psychológiu a/alebo psychiatriu.

- b. **Pacient demonštruje čiastočné zlepšenie stavu** (napr. menšia vzrušivosť (arousal), ale žiadne zlepšenie spánku) - zvážte augmentáciu alebo úpravu akútnej intervencie a ďalej pokračujte 2 týždne v liečbe.
- c. Pacient sa z akútnych symptómov zotaví - v prípade potreby poskytnite edukáciu o akútnej stresovej reakcii a kontaktné informácie s inštrukciami na ďalšie dostupné kroky.

4. SLEDOVANIE

N. Pretrvávajúce (> 1 mesiac) alebo zhoršenie symptómov, významné funkčné zhoršenie alebo vysoké riziko rozvoja PTSP

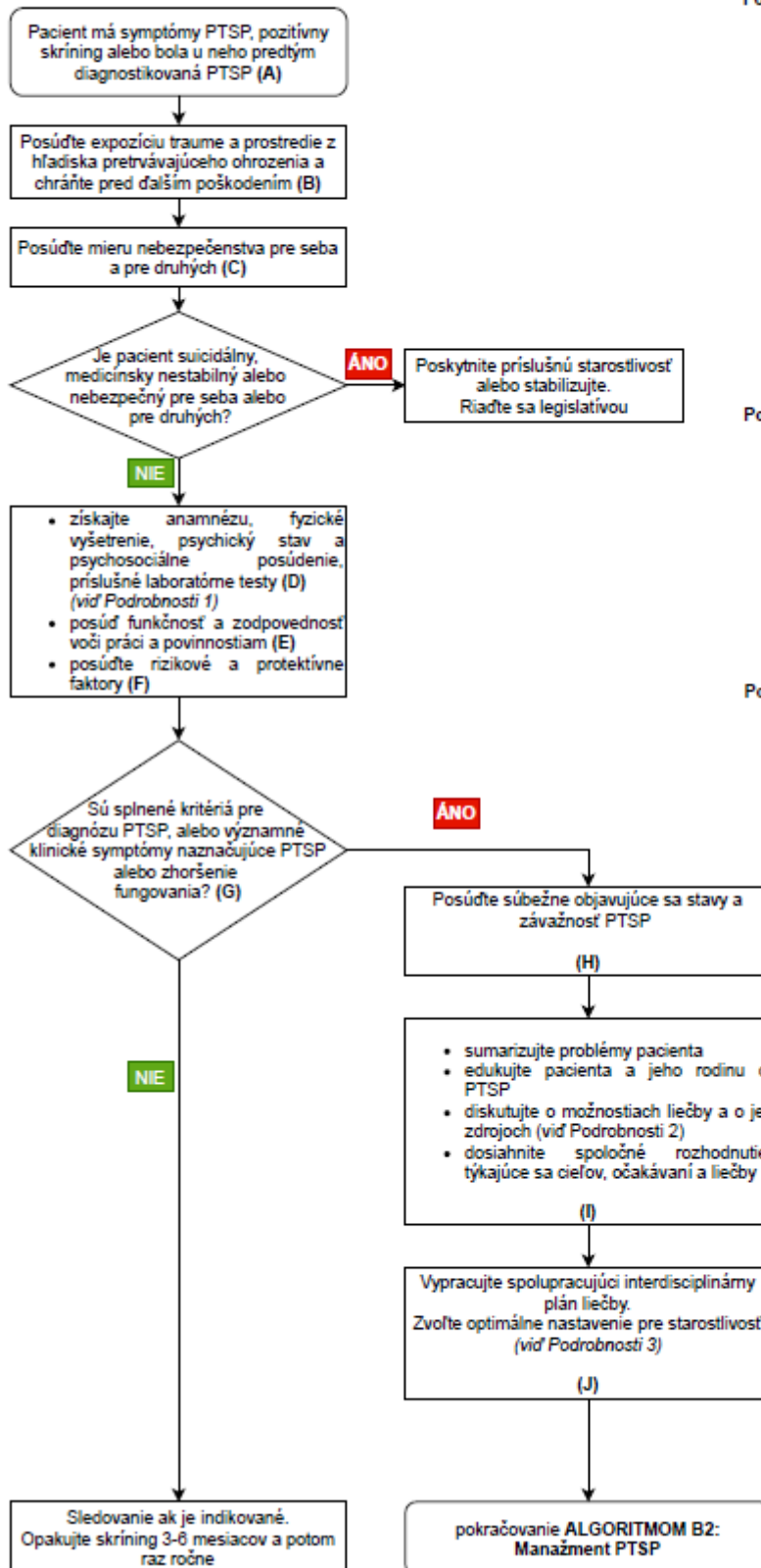
1. Osoby, ktoré nereagujú na včasnú intervenciu, by mali byť odoslané na liečbu PTSP, ak majú:
 - a. zhoršenie symptómov súvisiacich so stresom
 - b. vysoký potenciál alebo nový nástup potenciálu nebezpečenstva
 - c. vývoj ASP/PTSP
 - d. maladaptívne zvládanie stresu (napr. sociálne stiahnutie sa, užívanie alkoholu)
 - e. exacerbácia pre-existujúcich psychiatrických stavov
 - f. funkčná deteriorácia
 - g. nové nastupujúce stresory
 - h. zlá sociálna podpora.
2. Poskytovateľ primárnej starostlivosti by mal zvážiť začatie liečby až do odoslania na odbornú liečbu alebo ak ju pacient odmieta alebo ak nie je dostupná odborná liečba.
3. Poskytovateľ primárnej starostlivosti by mal pokračovať v hodnotení a v liečbe komorbídnych somatických ochorení, a pri riešení akýchkoľvek ďalších zdravotných problémov, ako aj pri edukácii a validácii pacienta v súvislosti s jeho ochorením.

O. Monitorovanie a sledovanie

1. Následné opatrenia by sa mali ponúkať osobám, ktoré o to požiadajú, alebo osobám s vysokým rizikom vzniku adaptačných ťažkostí po expozícii veľkým udalostiam a katastrofám, vrátane osôb, ktoré:
 - majú ASP alebo iné klinicky významné symptómy prameniace z traumy
 - boli obeťou lúpeže
 - majú už existujúcu psychiatrickú poruchu
 - si vyžadujú lekársku alebo chirurgickú pozornosť
 - boli vystavení závažnému incidentu alebo katastrofe, ktoré boli zvlášť intenzívne a trvali dlho.
2. Poskytovatelia primárnej starostlivosti by mali s pacientom stále sledovať problémy spojené s traumou. Pacienti s iniciálnou podprahovou prezentáciou sú vystavení zvýšenému riziku vzniku PTSP a môžu potrebovať liečbu špecifickú pre jednotlivé symptómy.

ČASŤ B: MANAŽMENT PTSP

Algoritmus B1: Posúdenie a diagnostika PTSP



Podrobnosti 1: POSUDZOVANIE

- anamnéza: psychiatrická, zdravotná, armádna, mariálna, rodinná, fyzické a sexuálne zneužívanie v minulosti, abúzus liekov a návykových látok, sociálny a duchovný život
- identifikujte históriu traumu a jej trvanie
- inventár liekov (vrátane bylinných a voľnopredajných)
- hodnotenie potvrďte s rodinou / s inými blízkymi
- somatické vyšetrenie a laboratórne testy - dôkaz traumu
- posúďte symptómy traumu, užívania návykových látok, alebo komorbiditu
- posúďte a zaisťte bezpečnosť seba a ostatných

(D)

Podrobnosti 2: ÚVAHY O NASTAVENÍ LIEČBY

- existencia súčasne sa vyskytujúcich ochorení
- závažnosť komorbídnych stavov
- závažnosť symptómov PTSP
- odbornosť poskytovateľa
- preferencia pacienta
- kontinuita starostlivosti (psychické zdravie, primárna starostlivosť, integrovaná starostlivosť, iné)
- dostupnosť zdrojov (napr. doprava)

(J)

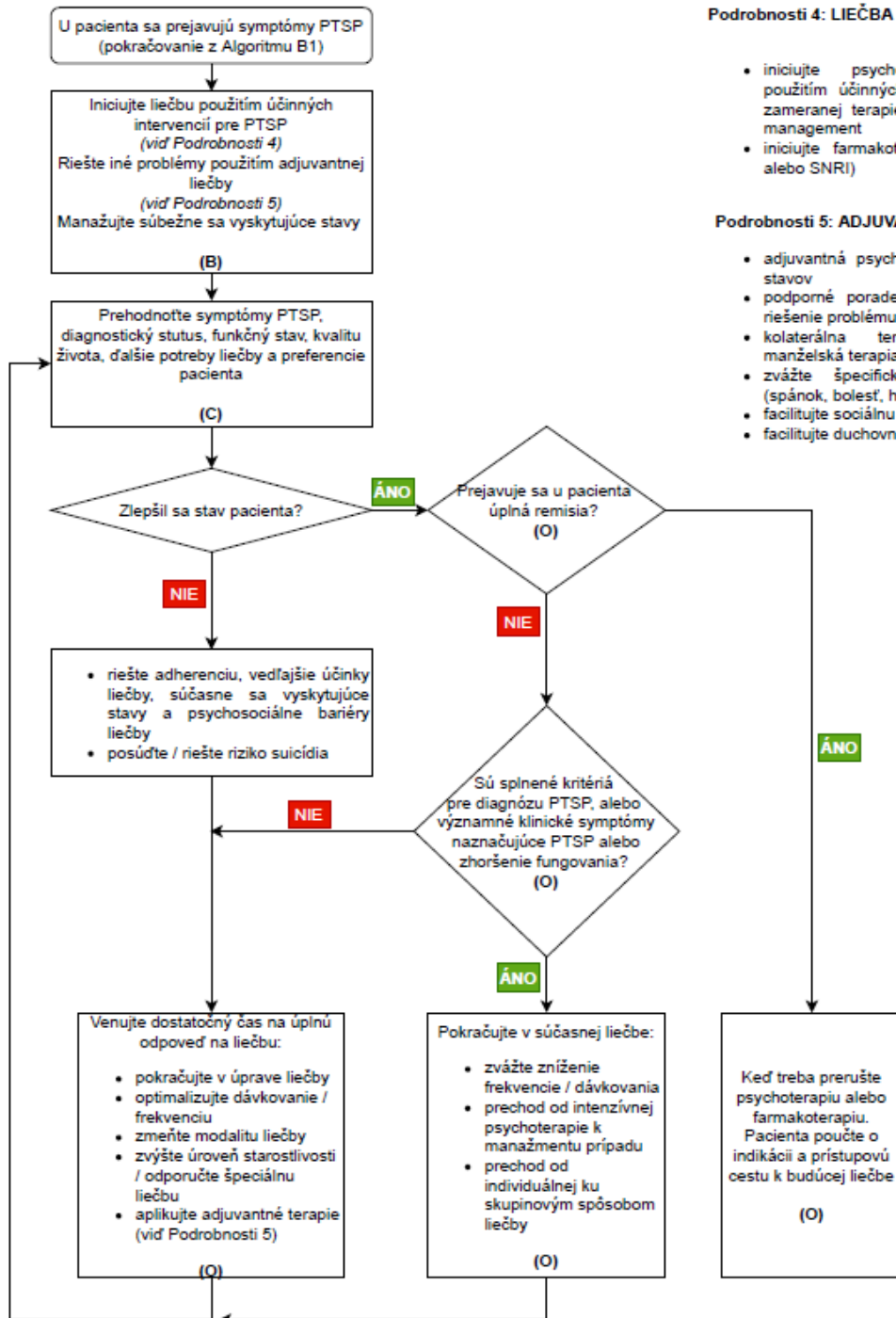
Podrobnosti 3: INDIKÁCIA NA ODOSLANIE NA ŠPECIALIZOVANÚ STAROSTLIVOSŤ

- závažné alebo súbežne sa objavujúce stavy
- závažná alebo nestabilná PTSP
- pacient preferuje odporúčenie k špecialistovi

(J)

Lekári primárnej starostlivosti môžu kedykoľvek rozhodnúť a odkázať na špecializovanú starostlivosť, v závislosti od ich stoty a skúsenosti s liečbou PTSP

Algoritmus B2: Liečba PTSP



Podrobnosti 4: LIEČBA PRVEJ LÍNIE

- iniciujte psychoterapeutickú intervenciu použitím účinných modalít KBT na traumazameranej terapie alebo EMDR alebo stres management
- iniciujte farmakoterapiu (monoterapiu SSRI alebo SNRI)

Podrobnosti 5: ADJUVANTNÁ LIEČBA

- adjuvantná psychosociálna terapia súbežných stavov
- podporné poradenstvo, terapia zameraná na riešenie problému a / alebo manažment prípadu
- kolaterálna terapia (doplnková liečba, manželská terapia)
- zvážte špecifický manažment symptómov (spánok, bolesť, hnev)
- facilitujte sociálnu podporu (L)
- facilitujte duchovnú podporu (M)

1. POSÚDENIE

A. Posúdenie symptómov súvisiacich s expozíciou traume

1. Pacienti, u ktorých sa predpokladá, že majú symptómy PTSP, alebo ktorí sú pri prvom skríningu pozitívni na PTSP, by mali podstúpiť dôkladné posúdenie svojich symptómov, ktoré zahŕňa také detaily, ako je čas nástupu symptómov, frekvencia, priebeh, závažnosť, miera distresu, funkčné poškodenie a ďalšie relevantné informácie, ktoré slúžia ako pomôcka na stanovenie presnej diagnózy a vhodného klinického rozhodovania.
2. Zvážte použitie validizovaného sebaopisujúceho dotazníka na zabezpečenie systematického, štandardizovaného a efektívneho preskúmania symptómov pacienta a anamnézy expozície traume. Rutinné používanie týchto sebaopisujúcich dotazníkov umožňuje aj posúdenie odpovede na liečbu a pokroku liečby u pacienta.
3. Diagnózu PTSP je potrebné stanoviť na základe komplexného klinického rozhovoru, ktorý hodnotí všetky symptómy charakterizujúce PTSP. Môžu sa zvažovať štruktúrované diagnostické rozhovory, ako napr. škála PTSP (CAPS - Clinician-Administered PTSD Scale), a tiež sebaopisovacie škály PCL-5 slovenskú verziu, PHQ – 9 (alebo BDI II), GAD – 7; na meranie efektu terapie je možné použiť dotazník CORE-OM

Tabuľka A-1

Bežné symptómy po expozícii traume			
Fyzické	Kognitívne/mentálne	Emocionálne	Behaviorálne
• zimnica • sťažené dýchanie • závraty • zvýšený tlak krvi • mdloby • únava • škripanie zubami • bolesti hlavy • svalový tremor • nauzea • bolesť • profúzne potenie • rýchly rytmus srdca • záškľby • Slabosť	• obviňovanie niekoho • zmena v ostražitosti • zmätenosť • hypervigilancia • zvýšené alebo znížené uvedomovanie si okolia • intruzívne obrazy • problémy s pamäťou • nočné mory • narušené abstraktné myslenie • narušená pozornosť • narušená koncentrácia • neschopnosť rozhodovať sa • neschopnosť riešiť problémy	• agitovanosť • anxieta • obavy, zlá predtucha • popieranie • depresia • emocionálny šok • strach • pocit ohromenia • smútok • pocit viny • neprimeraná emocionálna reakcia • iritabilita • strata kontroly emócií	• zvýšená konzumácia alkoholu • asociálne činy • zmena v aktivite • zmena v komunikácii • zmena v sexuálnom fungovaní • zmena spôsobu reči • emočné výbuchy • neschopnosť odpočívať • zmena chuti do jedla • motorický nepokoj • zosilnenie úľakového reflexu • podozrievavosť • sociálne stiahnutie sa

B. Posúdenie expozície traume

1. Posúdenie expozície traume by malo obsahovať:
 - a. históriu expozície traumatizujúcim udalostiam
 - b. povahu traumy
 - c. závažnosť traumy

- d. trvanie a frekvenciu traumy
 - e. vek v čase traumy
 - f. reakcie pacienta počas a bezprostredne po traume (napr. pocit bezmocnosti, hrôzy a strachu)
 - g. existenciu viacerých tráum.
2. Ak je expozícia traume nedávna (<1 mesiac), je potrebné venovať osobitnú pozornosť nasledujúcim okolnostiam:
 - a. Expozícia/prostredie traumy
 - b. Priebeh expozície traumatickej udalosti
 - c. Expozícia, prípadne aj pretrvávajúca, toxínom z prostredia
 - d. Priebeh percipovaného ohrozenia.
 3. Pri posudzovaní traumatickej expozície musí lekár/odborník na duševné zdravie brať do úvahy schopnosť pacienta tolerovať popísanie traumatického materiálu, pretože to môže zvýšiť jeho strach a/alebo zhoršiť symptómy PTSP.

C. Posúdenie nebezpečenstva pre seba alebo pre druhých

1. U všetkých pacientov s PTSP by sa mali posúdiť bezpečnosť a nebezpečenstvo, vrátane aktuálneho rizika pre seba alebo pre ostatných, ako aj vzorce rizika v anamnéze:
 - suicidálne alebo homicidálne ideácie, úmysel (plán), prostriedky (napr. zbraň, nadmerné množstvo liekov), anamnéza (napr. násilie alebo suicidálne pokusy), správanie (napr. agresia, impulzivita), komorbidity (zneužívanie návykových látok, zdravotné ťažkosti)
 - rodinné a sociálne prostredie - vrátane rizík pre rodinu
 - pretrvávajúce zdravotné riziká alebo riziko, rizikové správanie
 - zdravotné/psychiatrické komorbidity alebo kolísavé zdravotné ťažkosti
 - potenciál ohroziť úlohu (misiu) v operačnom prostredí.

D. Získanie zdravotnej anamnézy, fyzikálne vyšetrenie a laboratórne testy

1. U každého pacienta by sa mala dôkladne posúdiť zdravotná a psychiatrická anamnéza, pričom by sa mala venovať osobitná pozornosť:
 - a. bazálnemu funkčnému stavu
 - b. bazálnemu duševnému stavu
 - c. zdravotnej anamnéze: zahrnúť akýkoľvek úraz (napr. mierne poranenie mozgu)
 - d. liekom: vrátane alergií na lieky a citlivosti na rôzne látky; lieky na predpis; bylinné alebo výživové doplnky; a voľnopredajné lieky (kofeín, energetické nápoje alebo užívanie iných látok)
 - e. psychiatrickej anamnéze v minulosti: zahrnúť predchádzajúcu liečbu porúch duševného zdravia a užívania návykových látok a minulú hospitalizáciu pre depresiu alebo samovraždu
 - f. aktuálnym životným stresorom.
2. Každý pacient by mal podstúpiť dôkladné fyzické vyšetrenie. Pri fyzickom vyšetrení by sa mala venovať osobitná pozornosť neurologickému vyšetreniu a stigmám fyzického/sexuálneho zneužívania, automutilácie alebo ochorenia.
 - a. Všímajte si úzkosť vyvolanú diagnostickými testami/vyšetrovacími postupmi alebo vyhýbavé reakcie pri nich.

3. Každý pacient, najmä staršia osoba, by mal podstúpiť vyšetrenie psychického stavu, ktoré by malo zahŕňať posúdenie:
 - a. vzhľadu a správania
 - b. jazyka/rečového prejavu
 - c. myšlienkového procesu (voľné asociácie, ruminácie, obsesie) a obsahom (bludy, ilúzie a halucinácie)
 - d. nálady (subjektívnej)
 - e. emócií (vrátane ich intenzity, miery a adekvátnosti situácii a ideáciám)
 - f. úrovni vedomia
 - g. kognitívnym funkciami
 - h. každý pacient by mal podstúpiť rutinné laboratórne testy podľa klinickej indikácie, ako sú TSH, komplexné biochemické vyšetrenie, hepatitída, HIV a HCG (u žien). Zvážiť tiež vyšetrenie krvného obrazu, hladiny kyseliny močovej, toxikologické vyšetrenie, vyšetrenie hladiny alkoholu v krvi a i.
 - i. zvážiť ďalšie vyšetrenia (rádiologické, EKG a EEG), pokiaľ sú klinicky indikované
 - j. každý pacient by mal mať naratívne zhrnuté psychosociálne posúdenie, ktoré podľa klinického hľadiska zahŕňa prácu/školu, rodinu, vzťahy, bývanie, právu, finančnú angažovanosť, angažovanosť vo svojej komunite/jednotke a odpočinok.

E. Posúdenie funkčných/pracovných povinností a kondície pacienta

1. Funkčné posúdenie by sa malo získať prostredníctvom komplexného naratívneho hodnotenia a použitia štandardizovaných, cielených a validizovaných nástrojov určených na posúdenie rodiny/ vzťahov, práce/školy a/alebo sociálneho fungovania.
2. Pri určovaní doby návratu do práce/k povinnosti, by sa mala brať do úvahy komplexnosť a dôležitosť roly pacienta v jeho zamestnaní a jeho funkčné schopnosti.
3. Kontinuálna prítomnosť symptómov PTSP by sa sama o sebe nemala považovať za dostatočné odôvodnenie ako prekážky návratu do práce/k povinnosti.

F. Posúdenie rizikových/protektívnych faktorov

1. U pacienta by sa mali posúdiť rizikové faktory vzniku PTSP. Osobitná pozornosť by sa mala venovať post-traumatickým faktorom (t. j. sociálnej podpore, pretrvávajúcim stresovým faktorom a funkčnej neschopnosti), ktoré je možné intervenciou upraviť.
2. Pri posudzovaní rizikových faktorov pre PTSP by klinický lekár/odborník na duševné zdravie mal pamätať na to, že PTSP je definovaná ako stav, ktorý sa vyskytuje až po uplynutí najmenej 4 týždňov od traumatizujúcej udalosti.
3. Symptómy PTSP sa však môžu prejaviť aj po uplynutí značnej doby - niekedy sa objavajú až po rokoch.

Rizikové / protektívne faktory pre vývoj PTSP

Pre-traumatické faktory

- a. prebiehajúci životný stres alebo demografické faktory
- b. nedostatočná sociálna podpora
- c. mladý vek v čase traumy
- d. predchádzajúce psychiatrická porucha
- e. ženské pohlavie

- f. nízky socio-ekonomický status, nižšia úroveň vzdelania, nižšia úroveň inteligencie, rasa
- g. predchádzajúca expozícia traume (udávané zneužívanie v detstve, údaj o iných predchádzajúcich traumatizáciách, údaje o ďalších nepriaznivých faktoroch v detstve)
- h. rodinná anamnéza psychiatrických porúch (genetika).

Peri-traumatické faktory alebo faktory súvisiace s traumou

- a. závažná trauma
- b. typ traumy (interpersonálne traumy, ako napr. mučenie, znásilnenie alebo napadnutie, predstavujú vysoké riziko PTSP)
- c. percipované vysoké ohrozenie života
- d. komunitná (masová) trauma
- e. peri-traumatická disociácia.

Post-traumatické faktory

- a. pretrvávajúci životný stres
- b. nedostatok pozitívnej sociálnej podpory
- c. negatívna sociálna podpora (napr. negatívne reakcie od iných)
- d. smútok
- e. veľká strata zdrojov
- f. ďalšie post-traumatické faktory, vrátane detí doma a nešťastného partnera.

3. TRIÁŽ

G. Diagnóza PTSP alebo klinicky významné symptómy naznačujúce prítomnosť PTSP

1. Pred začatím liečby by mala byť stanovená diagnóza poruchy súvisiacej so stresom v súlade s kritériami pre PTSP.
2. Diagnóza PTSP by sa mala stanoviť na základe komplexného klinického rozhovoru, ktorý hodnotí všetky symptómy charakterizujúce PTSP. Môže sa zväžiť použitie štruktúrovaného diagnostického rozhovoru, ako napr. škála PTSP (CAPS), ktorú administruje lekár/odborník na duševné zdravie.
3. Ak diagnostiku nie je možné dokončiť, tak by poskytovatelia primárnej starostlivosti mali zväžiť iniciáciu liečby alebo ju odporučiť na základe pracovnej diagnózy poruchy súvisiacej so stresom.
4. Pacientom s ťažkou alebo komplikovanou prezentáciou psychiatrických symptómov by mali byť odporučení do špecializovanej starostlivosti pre diagnostiku a liečbu PTSP.
5. Pacienti s čiastočnou alebo podprahovou PTSP majú byť starostlivo monitorovaní kvôli riziku zhoršenia symptómov.

H. Posúďte súbežne sa vyskytujúce poruchy

1. Poskytovatelia by si mali uvedomiť, že je potrebné počas posudzovania a liečby tiež vyšetriť somatické poruchy/symptómy, psychické poruchy a psycho-sociálne problémy bežne sa vyskytujúce s PTSP.

2. Z dôvodu vysokej prevalencie psychiatrických komorbidít s PTSP v populácii je oprávnený skrining depresie a iných psychiatrických porúch (pozri tiež ŠDTP pri liečbe závažnej depresívnej poruchy a pri bipolárnej poruche).
3. U osôb s anamnézou traumy alebo PTSP by sa mali rutinne posudzovať vzorce súčasného a minulého užívania návykových látok, aby sa zistilo ich zneužívanie alebo závislosť od alkoholu (alkohol, nikotín, predpísané lieky a nelegálne drogy) (pozri tiež ŠDTP pre látkové závislosti).
4. U všetkých pacientov s PTSP by sa mali posúdiť bolesť (akútna a chronická) a poruchy spánku.
5. U pacientov s PTSP a súčasne sa vyskytujúcou diagnózou mierneho poranenia mozgu/otrasu mozgu by sa mali posúdiť a manažovať generalizované telesné a kognitívne symptómy.
6. U pacientov s PTSP by sa malo posúdiť súvisiace vysoko rizikové správanie (napr. fajčenie, zneužívanie alkoholu/drog, nebezpečné zhromažďovanie zbraní, nebezpečné vedenie motorového vozidla a riziká HIV a hepatitídy).
7. Pri rozhodovaní, či liečiť pacientov v prostredí primárnej starostlivosti, alebo ich odporučiť do špecializovanej starostlivosti o duševné zdravie, by mali poskytovatelia zdravotnej starostlivosti brať do úvahy existenciu komorbídnych stavov (pozri odsek J).
8. Pacienti s komplikovanou komorbiditou môžu byť na posúdenie a diagnostiku odporučení do špecializovanej starostlivosti o duševné zdravie (pozri odsek J)

I. Edukujte pacienta a rodinu

1. Tie osoby, ktoré prežili traumy, a ich rodiny je potrebné edukovať o symptómoch PTSP, o ďalších možných následkoch expozície traumatickému stresu, o praktických spôsoboch zvládania symptómov traumatického stresu, komorbidite s ďalšími zdravotnými problémami, procesoch zotavenia z PTSP a o povahe liečby. [C]
2. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by mali všetkým pacientom s PTSP vysvetliť škálu dostupných a efektívnych možností liečby PTSP.
3. Preferencie pacientov spolu s odporúčaniami poskytovateľa zdravotnej starostlivosti by mali viesť k spoločnému a informovanému procesu rozhodovania pri výbere liečebných intervencií

J. Určte optimálne nastavenie liečby PTSP a porúch vyskytujúcich sa v komorbidite

J-1 Manažment PTSP s komorbiditou

Konzultácia / odporúčanie

1. PTSP a komorbidné psychické stavy by sa mali liečiť súčasne pri všetkých stavoch prostredníctvom integrovaného liečebného prístupu, ktorý zohľadňuje preferencie pacientov, skúsenosti poskytovateľa, závažnosť stavov a dostupnosť zdrojov.
2. Pacienti s PTSP a závažnými komorbidnými psychickými stavmi by mali byť liečení buď na základe odporúčaní, alebo po konzultácii s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý má skúsenosti s liečením komorbídnych stavov.
3. Kvôli závažnému zhoršeniu v sociálnom fungovaní pri PTSP (spôsobenému napr. hnevom a prejavmi vyhýbavého správania sa u pacienta) by mali byť blízke osoby a rodinní príslušníci v bezprostrednom každodennom prostredí pacienta poučení (napr.

rodičia, partneri alebo deti) a malo by sa im odporučiť, aby zvážili aj špecializovanú odbornú pomoc, a to aj individuálne, aj v párovej/ rodinnej terapii.

4. Faktory, ktoré treba brať do úvahy pri optimálnom nastavovaní liečby, zahŕňajú:
 - a. závažnosť PTSP alebo súbežne sa vyskytujúce poruchy
 - b. miestnu dostupnosť možných služieb (špecializované programy PTSP, liečba založená na dôkazoch, špecializovaná odborná behaviorálna zdravotná starostlivosť, primárna starostlivosť, integrovaná starostlivosť o súbežne sa vyskytujúce poruchy, a i.)
 - c. úroveň komfortu poskytovateľa a skúseností s liečením psychiatrických komorbidít
 - d. preferencie pacientov
 - e. potreba zachovať koordinovanú kontinuálnu starostlivosť o chronické komorbidity
 - f. dostupnosť zdrojov a čas na ponúknutú liečbu.
5. Úvahy týkajúce sa možného odporúčania:

Komplikovaná závažná PTSP: Niektorí pacienti s PTSP majú komplikované a náročné prejavy. Títo pacienti si vyžadujú odporúčenie špeciálnej odbornej starostlivosti o PTSP, ktorá zahŕňa prístup kognitívno-behaviorálnej terapie založenej na dôkazoch (pozri Časť I-2: Liečba PTSP).

Súbežne sa vyskytujúca veľká depresívna porucha pri absencii významnej suicidality, paniky alebo generalizovanej úzkosti pri liečbe PTSP často vykazuje zníženie svojej intenzity. Depresia miernej závažnosti si nemusí vyžadovať odporúčanie špecializovanej odbornej starostlivosti alebo ďalšej liečby mimo tých, ktoré sú zamerané na PTSP. Pacienti by mali byť starostlivo sledovaní kvôli zmenám symptómov. Redukcia symptómov PTSP, ktorá nie je sprevádzaná redukciou symptómov depresie alebo úzkosti, by odôvodňovala formálnejšie zameranú liečbu (pozri ŠDTP pre závažnú depresívnu poruchu).

Súbežne sa vyskytujúce mierne až stredne závažné poruchy, ako sú užívanie návykových látok, poruchy súvisiace s bolesťou a problémy so spánkom, je možné často účinne liečiť v rámci liečby PTSP a nevyžadujú si odporúčanie špecializovanej starostlivosti. Môže sa zvážiť konzultácia s cieľom integrovať doplnkové intervencie (pozri príslušné ŠDTP).

Súbežne sa vyskytujúce závažné psychiatrické poruchy, hoci nevylučujú súbežnú liečbu PTSP, zvyčajne dostatočne odôvodňujú odporúčanie špecializovanej starostlivosti a liečby. Tieto poruchy môžu zahŕňať: *závažnú veľkú depresiu alebo veľkú depresiu so suiciditou, nestabilnú bipolárnu poruchu, závažné poruchy osobnosti, psychotické poruchy, významné traumatické poškodenie mozgu a závažnú poruchu užívania návykových látok alebo zneužívanie návykových látok* v takej intenzite, že je pravdepodobné, že bude ťažké implementovať komponenty liečby PTSP.

Pretrvávajúce symptómy po otrase mozgu u pacientov, ktorí majú PTSP a majú v anamnéze otras mozgu/mierne traumatické poškodenie mozgu, je možné najlepšie zvládnuť v prostredí primárnej starostlivosti alebo rehabilitácie bez odporúčenia špecialistu, za predpokladu, že poskytovateľ má s touto témou primeranú mieru komfortu. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by si mali uvedomiť, že mierne poškodenie mozgu/otras mozgu je jednou z mnohých možných etiológií komorbidných symptómov po nasadení do služby, ktoré sa

vyskytujú napr. u členov zásahovej služby s PTSP, a je často ťažké presne priradiť symptómy katastrofickým udalostiam, ktoré sa vyskytli mesiace alebo roky predtým. Z hľadiska liečby možno fyzické alebo kognitívne symptómy, ako sú bolesti hlavy alebo problémy s pamäťou, liečiť symptomaticky bez ohľadu na to, či je ich základnou príčinou PTSP, otras mozgu/mierne traumatické poškodenie mozgu alebo iný stav. Lekári by sa nemali nechať vtiahnuť do debaty o príčinných súvislostiach, ale mali by sa naďalej zameriavať na identifikáciu a liečbu symptómov, ktoré spôsobujú najväčšie poškodenie, bez ohľadu na ich príčinu.

J-2 Manažment súbežného výskytu PTSP a poruchy užívania návykových látok

1. Všetci pacienti s diagnostikovanou PTSP by mali byť komplexné vyšetrení na poruchu užívania návykových látok, vrátane závislosti od nikotínu.
2. Pacientom so závislosťou od nikotínu je vhodné odporučiť a ponúknuť odvykaciu liečbu. [A]
3. Pacienti so poruchou užívania návykových látok a PTSP by mali byť poučení o vzťahu medzi PTSP a zneužívaním návykových látok. Mali by sa brať do úvahy skúsenosti a preferencie pacienta z predchádzajúcej liečby, pretože zatiaľ sa pre komorbiditu ako liečba voľby neobjavil žiadny jednotný intervenčný prístup.
4. Liečte iné súbežné poruchy užívania návykových látok v súlade s odporúčaniami, vrátane súbežnej farmakoterapie.
5. Poskytujte viac služieb na podporu zapojenia a koordinácie starostlivosti o obe podmienky v čo najdostupnejšom prostredí. [I]
6. Prehodnocujte reakciu na liečbu porúch užívania návykových látok pravidelne a systematicky pomocou štandardizovaného a validného sebaopisujúceho nástroja (nástrojov) a laboratórnych testov. Indikátory reakcie na liečbu porúch užívania návykových látok zahŕňajú pretrvávajúce užívanie návykových látok, craving, vedľajšie účinky liekov, nové symptómy atď.
7. Neexistujú dostatočné dôkazy, ktoré by odporúčali pre alebo proti konkrétnemu psychosociálnemu prístupu k riešeniu PTSP, ktorý je komorbídny s poruchou užívania návykových látok. [I]

J-3 Úloha všeobecného lekára:

1. Poskytovatelia primárnej zdravotnej starostlivosti by mali bežne poskytovať nasledujúce služby všetkým pacientom s poruchami súvisiacimi s traumou, najmä tým, ktorí sa zdráhajú vyhľadať odbornú starostlivosť o duševné zdravie:
 - ak je to potrebné, poučiť o poruchách a o význame prekonávania stigmy a bariér starostlivosti, ktoré interferujú s odbornou liečbou
 - poskytovanie liečby založenej na dôkazoch v prostredí primárnej starostlivosti alebo prostredníctvom odporúčania
 - pravidelné sledovanie a monitorovanie symptómov
 - pravidelné sledovanie a monitorovanie komorbídnych zdravotných problémov.
2. Poskytovatelia primárnej starostlivosti by mali zvážiť konzultáciu s poskytovateľmi starostlivosti o duševné zdravie pre pacientov s PTSP, ktorým síce bolo poskytnuté odporúčanie odbornej starostlivosti, ale ho odmietajú alebo sa zdráhajú hovoriť s poskytovateľom starostlivosti o duševné zdravie hovoriť.

3. Poskytovatelia primárnej starostlivosti by sa mali ujať vedenia v prístupe multidisciplinárnej liečby založenom na spolupráci.

Členmi tímu môžu byť poskytovatelia primárnej starostlivosti, špecialisti na duševné zdravie, ďalší zdravotnícki špecialisti (napr. z odboru neurológia, algeziológia), duchovní, sociálni pracovníci, profesionálni alebo laickí terapeuti, pracovníci centier podpory rodiny, programy pre členov rodiny, špecialisti na odbornú rehabilitáciu, peer poradcovia a iní.

4. Ak je dostupný integrovaný klinický odborník pre oblasť behaviorálnej medicíny (napr. model kolaboratívnej starostlivosti), mala by sa poskytnúť liečba založená na dôkazoch.

5. Poskytovatelia primárnej zdravotnej starostlivosti by mali byť naďalej zapojení do liečby pacientov s akútnymi alebo chronickými stresovými poruchami. Všetci pacienti s PTSP by mali mať prideleného konkrétneho poskytovateľa primárnej starostlivosti, ktorý koordinuje ich celkovú zdravotnú starostlivosť.

3. LIEČBA

K. Iniciujte liečbu pomocou účinných intervencií pre PTSP

Sú viaceré liečebné stratégie na liečbu porúch súvisiacich so stresom a na zmiernenie utrpenia pacientov s PTSP. Možnosti zahŕňajú farmakoterapiu, psychoterapiu a somatické a alternatívne intervencie. Liečbu môžu poskytovať poskytovatelia primárnej starostlivosti alebo v kombinácii s konzultáciami a odporúčaním špecifickej odbornej liečby, ktorá v primárnej starostlivosti nie je k dispozícii. Niektorí pacienti budú za účelom liečby odporúčení na špecifický manažment PTSP alebo odborný behaviorálny zdravotnícky manažment.

1. U pacientov s PTSP by sa mal vytvoriť a udržiavať podporujúci a kolaboratívny terapeutický vzťah alebo terapeutické aliancia.
2. Ako možnosti liečby prvej voľby sa odporúčajú psychoterapia založená na dôkazoch a/alebo farmakoterapia založená na dôkazoch.
3. Špecifické psychoterapie PTSP sa môžu rozšíriť o ďalšie metódy/služby a farmakoterapiu špecifické pre daný problém.
4. Zvážte odporúčanie týkajúce sa alternatívnych spôsobov starostlivosti (doplnková alternatívna medicína) pre symptómy pacienta, v súlade s dostupnými zdrojmi a rezonujúce so systémom presvedčení pacienta. [Pozri Časť I-2]
5. Pacienti s PTSP, u ktorých sa vyskytujú klinicky významné symptómy, vrátane chronickej bolesti, insomnie, úzkosti, by mali dostať intervencie špecifické pre jednotlivé symptómy. [Pozri Časť I-3]
6. Manažment PTSP alebo súvisiacich symptómov sa môže začať na základe predpokladanej diagnózy PTSP. Potreba dlhodobej farmakoterapie bude koordinovaná s ďalšími intervenciami.

Podrobnosti o modalitách špecifickej liečby pozri Časť I-2 Terapeutické intervencie pre PTSP.

Psychoterapia

Farmakoterapia

Adjuvantná terapia

Somatická terapia

Doplnková alternatívna liečba

L. Umožnite duchovnú podporu

1. Ak je to potrebné, zabezpečte pacientovi dostupnú duchovnú starostlivosť.
2. Posúďte duchovné/spirituálne potreby.
3. Poskytnite možnosť smútiť za stratami (poskytnúť priestor a príležitosti na modlitby, mantry, obrady, rituály a starostlivosť o život o umierajúceho, ako je to pre pacienta dôležité).

M. Umožnite sociálnu podporu

1. Posúdiť dopad PTSP na sociálne fungovanie.
2. Uľahčiť dostupnosť sociálnej podpory a poskytnúť pomoc pri zlepšovaní sociálneho fungovania.

4. PREHODNOTENIE / OPÄTOVNÉ POSÚDENIE

N. Posúdiť odpoveď na liečbu

1. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by mali vykonať krátke posúdenie symptómov PTSP pri každej návšteve v ambulancii.

Malo by sa zväžiť použitie validizovaného nástroja na hodnotenie symptómov PTSP, ako je napr. **Dotazník LEC-5-SK**, PHQ-9, GAD-7 - uvedené v ŠDTP pre PTSP.

2. Komplexné opätovné hodnotenie a hodnotenie progresu v liečbe by sa malo uskutočňovať najmenej každých 90 dní, možno s vyššou frekvenciou u tých, ktorí sú v aktívnej liečbe, a malo by zahŕňať mieru symptomatiky PTSP a dôrazne zväžiť mieru symptomatiky depresie (napr. PHQ-9).

3. Ostatné špecifické oblasti zamerania liečby (napr. abúzus návykových látok) by sa mali tiež posúdiť a merať štandardizovanými nástrojmi.

4. Posúdenie funkčného zhoršenia by sa malo vykonať minimálne tým, že pacient je požiadaný, aby posúdil, do akej miery mu jeho symptómy sťažujú vykonávanie odborných, rodičovských, manželských, partnerských, rodinných alebo iných rolí.

5. Zvážte ďalšie posúdenie:

- preferencií pacienta
- adherencie k liečbe
- nežiaducich účinkov liečby.

O. Následné kroky

1. Ak sa stav pacienta nezlepší alebo sa jeho stav zhorší, zvážte jednu z nasledujúcich možností úpravy liečby:

- a. pokračujte v aplikácii rovnakej modality pri zvýšenej dávke a/alebo frekvencii
- b. zmena spôsobu liečby
- c. aplikujte doplnkové terapie
- d. zvážte odporúčanie k doplnkovým službám na liečbu komorbídnych porúch alebo behaviorálnych abnormalít (napr. bezdomovectvo, domáce násilie alebo agresívne správanie).
- e. u pacientov so závažnými symptómami alebo psychiatrickými problémami, ktoré sa vyskytujú súčasne, zvážte odporúčenie:
 - špecializovaných programov pre PTSP
 - špecializovaných programov pre komorbídne existujúce problémy a stavy
 - parciálnej psychiatrickej hospitalizácie alebo programy „dennej liečby“ (denný psychiatrický stacionár)
 - psychiatrickej hospitalizácie.

2. Ak pacient preukazuje parciálnu (insuficientnú) remisiu, zvážte jednu z nasledujúcich možností úpravy liečby:

- a. Pred vykonaním akejkoľvek zmeny terapie sa uistite, že „nereagovanie na liečbu“ nie je spôsobené niektorým z nasledujúcich stavov: nedodržiavanie termínov psychoterapie, neplnenie predpísaných domácich úloh, neužívanie predpísaných liekov, konzumácia alkoholu alebo ilegálnych látok, pretrvávajúca insomnia alebo chronická bolesť, zažívanie nových psychosociálnych stresorov alebo prehliadanie komorbídnych zdravotných alebo psychiatrických stavov
- b. Pokračujte v súčasnom spôsobe liečby, aby ste mali dostatočný čas na úplnú odpoveď/reakciu pacienta
- c. Pokračujte v aplikácii rovnakej modality liečby pri zvýšenej dávke a/alebo frekvencii
- d. Zmeňte spôsob liečby
- e. Aplikujte doplnkové terapie
- f. Zvýšte úroveň starostlivosti (napr. odporúčané zariadenie, parciálna hospitalizácia, hospitalizácia v ústavnom zdravotníckom zariadení, pobytová starostlivosť)
- g. Zvážte odporúčanie k doplnkovým službám na liečbu komorbídnych porúch alebo behaviorálnych abnormalít (napr. bezdomovectvo alebo domáce násilie).

3. Ak pacient preukáže zlepšenie symptómov a fungovania, ale vyžaduje si udržiavaciu liečbu:

- a. Pokračujte v súčasnej liečbe
- b. Zvážte postupné znižovanie typu, frekvencie alebo dávky liečby
- c. Zvážte napr.
 - Prechod od intenzívnej psychoterapie ku kontaktom na manažment prípadov
 - Prechod z individuálnych liečebných postupov na skupinové
 - Prechod na liečbu podľa potreby
- d. Diskutujte o stave pacienta a potrebe monitorovania poskytovateľom primárnej starostlivosti
- e. Zvážte odporúčanie k doplnkovým službám na liečbu komorbídnych porúch alebo behaviorálnych abnormalít (napr. bezdomovectvo alebo domáce násilie).

4. Ak sa u pacienta vykazuje remisia symptómov a nie je žiadne indikácia ďalšej terapie:
 - a. Prerušte liečbu
 - b. Pacienta poučte o indikáciách na intervenciu a ceste k odbornej starostlivosti v budúcnosti
 - c. V primárnej starostlivosti monitorujte pacienta vo vzťahu k relapsu/exacerbácii symptómov.

5. Zhodnoťte psychosociálne fungovanie, a ak je to potrebné, odporučte psychosociálnu rehabilitáciu. Dostupné zdroje môžu zahŕňať: kaplánov, farárov, centrá na podporu rodiny, výnimočné mimoriadne programy pre rodinných príslušníkov, poradcov v oblasti benefitov pre veteránov, profesionálnych alebo rekreačných terapeutov, podporné skupiny a p. (pozri Časť I-2 Intervencie D1: Psychosociálna rehabilitácia).

6. Poskytnite manažment prípadov, ako je uvedené, na riešenie nadmerného využívania lekárskeho zdrojov.

ČASŤ I: INTERVENCIE

1. VČASNÉ INTERVENCIE NA PREVENCIU PTSP

Tabuľka I – 1.1

 Včasné intervencie po expozícii traume (<4 dni po expozícii)				
Efekt = rovnováha medzi benefitom a poškodením				
SR	Významný benefit	Nejaký benefit	Neznámy benefit	Žiadny benefit Potenciálne poškodenie
I	--	- psychologická prvá pomoc - psychoedukácia a normalizácia - sociálna podpora	- duchovná podpora	--
D	--	--	--	- psychologický debriefing

SR = sila odporúčania (pozri Úvod)

Tabuľka I – 1.2

 Včasná intervencie po expozícii traume (4 až 30 dní po vystavení)				
Efekt = rovnováha medzi benefitom a poškodením				
SR	Významný benefit	Nejaký benefit	Neznámy benefit	Žiadny benefit Potenciálne poškodenie
A	- rýchla kognitívno-behaviorálna terapia (4-5 sedení)	--	--	--
B	--	--	--	--
C	--	- sociálna podpora	--	--
D	--	--	--	- individuálny psychologický debriefing* - formálna psychotherapia pre asymptomatické osoby* - benzodiazepíny* - typické antipsychotiká*
I	--	- psychoedukácia a normalizácia	- niektoré psychofarmaká - duchovná podpora - psychologická prvá pomoc	- Skupinový psychologický debriefing

SR = sila odporúčania (pozri Úvod); * Potenciálne škodlivé

2. TERAPEUTICKÉ INTERVENCIE PRE PTSP

A. Výber terapie pre PTSP

1. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by mali všetkým pacientom s PTSP vysvetliť škálu dostupných a účinných terapeutických možností PTSP.
2. Edukácia pacientov sa odporúča ako súčasť liečby PTSP u všetkých pacientov a členov rodiny. [C]
3. Pri výbere psychotherapie založenej na dôkazoch a/alebo farmakoterapie založenej na dôkazoch by prvá línia liečby mala byť vedená preferenciami pacienta a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.
4. Psychotherapiu by mali poskytovať odborníci, ktorí boli vyškolení v konkrétnej metóde liečby.
5. Môže sa uvažovať o prístupe kolaboratívnej starostlivosti pri liečbe spolu s manažmentom prípadu.

B. Psychoterapeutické intervencie pre PTSP

Psychoterapeutické intervencie sú zamerané na redukcii závažnosti symptómov, zlepšenie celkového fungovania a zlepšenie kvality života a fungovania v sociálnej a pracovnej oblasti. Psychoterapia pre PTSP môže mať tiež výhody pri zlepšovaní komorbídneho fyzického zdravotného stavu, avšak to nie je špecifickým zameraním liečby.

Tabuľka I – 2.1

Psychoterapeutické intervencie na liečbu PTSP				
Efekt = rovnováha medzi benefitom a poškodením				
SR	Významný benefit	Nejaký benefit	Neznámy benefit	Žiadny benefit
A	- na traumy zameraná psychoterapia, ktorá zahŕňa také zložky, ako expozícia a/alebo kognitívna reštruktutácia; alebo - tréning 'očkovanie stresom'	--	--	--
C	--	- edukácia pacienta - terapia precvičovaním v predstavách - psychodynamická terapia - hypnóza - relaxačné techniky - skupinová terapia	--	--
I	--	- rodinná terapia	- KPT založená na WEB - Terapia prijatia a odhodlania (ACT) - dialektická behaviorálna terapia (DBT)	--

SR = sila odporúčania (pozri Úvod)

Efektívne psychoterapie pre PTSP

Pri kategorizácii rôznych EBM psychoterapií, ktoré sa ukázali ako najúčinnnejšie pre PTSP, existujú značné ťažkosti. Existuje pre to niekoľko dôvodov, vrátane rozmanitosti dostupných liečebných postupov, chýbajúcej spoločnej terminológie na opis rovnakých komponentov liečby, špecifických spôsobov, v ktorých sú manualizované alebo obsiahnuté podobné komponenty, a chýbajúceho konsenzu medzi navrhovateľmi konkrétnych postupov liečby.

Psychoterapeutické intervencie založené na dôkazoch pre PTSP, ktoré sú najviac podporované RCT, sú psychoterapie zamerané na traumy alebo na tréning očkovania proti stresu (stresovej inokulácie). Psychoterapie zamerané na traumy pre PTSP sa týkajú širokej škály psychologických intervencií založených na teórii učenia, kognitívnej teórii, teórii emocionálneho spracovania, modeloch strachu a ďalších. Zahŕňajú rôzne techniky, ktoré obsahujú najčastejšie expozíciu a/alebo kognitívnu reštrukturalizáciu (napr. predĺžená expozícia (PE), terapia kognitívnym spracovaním (CPT - cognitive-processing therapy) a EMDR. Často sa kombinujú s nácvikom zručností manažmentu úzkosti/redukcie stresu zameranými špecificky na zmiernenie symptómov PTSP. Ďalšou významnou súčasťou všetkých intervencií je psychoedukácia. Menej efektívne sú iné intervencie KBT, ktoré nie sú zamerané na traumy.

Aj keď sa **Tréning očkovania proti stresu (stresovej inokulácie)** (SIT - stress inoculation training) nevyhnutne nezameriava tak výslovne na skúmanie traumatických spomienok, je zahrnutý ako alternatíva prvej línie k psychoterapiám traumy pri liečbe PTSP. SIT, ktorý bol pôvodne vyvinutý pre úzkostné poruchy, a následne bol upravený pre obeť znásilnenia, neskôr pre PTSP. Pri liečbe PTSP bol intenzívne skúmaný. Tiež sa porovnával so psychoterapiou zameranou na traumy, a ukázalo sa, že je efektívny pri redukcii vyhýbavého správania, úzkosti a kognícií súvisiacich s traumou. Existujú dôkazy, že efektivita je rovnocenná so psychoterapiami zameranými na traumy.

Združovanie manualizovaných terapeutických prístupov

Napriek rôznym perspektívam, ako kategorizovať najefektívnejšie spôsoby psychoterapie PTSP, všetky **spôsoby podporované dôkazmi úrovne A pravdepodobne majú prekrývajúce sa mechanizmy pôsobenia**. K psychoterapiám zameraným na traumy patria expozičné techniky, ktoré zahŕňajú opakované prehodnocovanie traumatických spomienok a situácií súvisiacich s traumou, kognitívne techniky zamerané na identifikáciu a modifikáciu presvedčení a významov súvisiacich s traumou a/alebo techniky na redukcii stresu určené na zmiernenie symptómov PTSP a na pomoc pacientom pri získavaní kontroly a ovládania fyziologickej reaktivity.

Prístupy, ktoré sa skúmali najrozsiahlejšie, je možné všeobecne rozdeliť do štyroch hlavných kategórií na základe terapeutických zložiek, na ktoré sa kladie najväčší dôraz, aj keď sa tieto skupiny navzájom prekrývajú:

- **Terapie založené na expozícii (ET)** zdôrazňujú expozíciu in vivo, imaginatívnu a naratívnu (orálnu a/alebo písomnú) expozíciu, ale všeobecne tiež zahŕňajú prvky kognitívnej reštrukturalizácie (napr. hodnotenie presnosti presvedčení o nebezpečenstve), ako aj relaxačné techniky a procedúry a monitoring vlastnej úzkosti. Príklady týchto expozičných spôsobov, zahŕňajú terapiu predĺženou expozíciou, krátku eklektickú psychoterapiu, naratívnu terapiu, písomné expozičné terapie a mnoho balíkov kognitívnej terapie, ktoré tiež zahŕňajú in vivo a imaginatívnu/naratívnu expozíciu.
- **Kognitívne terapie (CT)** kladú dôraz na kognitívnu reštrukturalizáciu (automatické alebo získané presvedčenia spojené s traumatizujúcou udalosťou, ako sú presvedčenia o bezpečnosti alebo dôvere), ale zahŕňajú aj relaxačné techniky a diskusiu/rozprávanie o

traumatizujúcej udalosti buď ústne alebo prostredníctvom písania. Príkladom je terapia kognitívnym spracovaním (CPT a rôzne balíčky kognitívnej terapie testované v RCT).

- **Tréning očkovania proti stresu** - Stress Inoculation Training (SIT) (špecifický postup na zvládanie úzkosti, ktorý je najviac skúmaný v literatúre o PTSP), kladie väčší dôraz na tréning dýchania a svalovú relaxáciu, ale zahŕňa aj kognitívne prvky (sebadialóg, zastavenie myšlienky, hranie rolí) a často expozičné techniky (expozičia in vivo, rozprávanie o traumatických udalostiach).
- **Desenzitizácia a opätovné spracovanie pomocou očných pohybov (EMDR)** (podrobne skúmané u veľkého počtu RCT) sa veľmi podobá iným modalitám KBT v tom, že je tam prítomná expozičia (napr. rozprávanie o traumatizujúcej udalosti a/alebo uchovávanie znepokojujúcich traumatických spomienok bez ich verbalizácie) v kombinácii s kognitívnou zložkou (napr. identifikácia negatívneho poznania, alternatívne pozitívne poznanie a hodnotenie platnosti poznania) a relaxačnými/sebakontrolnými technikami (napr. dýchanie, „skenovanie tela“). Striedavé pohyby očí sú súčasťou klasickej techniky EMDR (a názvu tohto typu liečby); porovnateľná veľkosť efektu sa však dosiahla s pohybmi očí alebo bez nich alebo inými formami rozptýlenia alebo kinestetickej stimulácie. Aj keď mechanizmy účinku EMDR nie sú úplne známe, je pravdepodobné, že sú podobné ako iné expoziície zamerané na traumy a kognitívne terapie.

Možnosti liečby:

1. dôrazne sa odporúča, aby sa pacientom, u ktorých je diagnostikovaná PTSP, ponúkla jedna z na dôkazoch založených psychoterapeutických intervencií zameraných na traumy, ktoré zahŕňajú komponenty expoziície a/alebo kognitívnu reštrukturalizáciu; alebo nácvik stresovej inokulácie (očkovanie proti stresu). [A]

Výber konkrétneho prístupu by mal byť založený na závažnosti symptómov, odbornosti terapeuta v jednej alebo viacerých z týchto liečebných metód a preferenciách pacienta, a môže zahŕňať terapiu založenú na expoziícii (napr. prolongovanú expoziáciu), kognitívnu terapiu (napr. terapia kognitívneho spracovania), terapia na zvládanie stresu (napr. terapia stresovej inokulácie) alebo EMDR.

2. Relaxačné techniky by sa mali považovať za súčasť liečebných prístupov k ASP alebo PTSP pri zmierňovaní symptómov spojených s fyziologickou hyper-reaktivitou. [C]

3. Na liečbu nočných mór a porúch spánku je možné zvážiť terapiu precvičovaním v predstavách. [C]

4. U pacientov s PTSP možno zvážiť krátku psychodynamickú terapiu. [C]

5. Môžu sa zvážiť hypnotické techniky, najmä pri symptómoch spojených s PTSP, ako sú bolesť, úzkosť, disociácia a nočné mory, pri ktorých sa hypnóza úspešne používa. [C]

6. Nie sú dostatočné dôkazy na odporúčanie pre alebo proti dialektickej behaviorálnej terapii (DBT) ako terapie prvej línie pri PTSP [I];

- dialektickú behaviorálnu terapiu je možné zvážiť u pacientov s hraničnou poruchou osobnosti typickou pre parasuicídne správanie [B]

7. Neexistujú dostatočné dôkazy na odporúčanie pre alebo proti rodinnej alebo párovej terapii ako prvej línie liečby PTSP.

Pri zvládaní narušenia alebo konfliktu rodiny súvisiaceho s PTSP, zvyšovaní podpory alebo zlepšovaní komunikácie možno uvažovať o rodinnej alebo párovej terapii. [Ja]

8. Na liečbu PTSP možno zvážiť skupinovú terapiu. [C]

- Nie je dostatok dôkazov na to, aby sa uprednostnil akýkoľvek konkrétny typ skupinovej terapie pred inými typmi.
- Pacienti, u ktorých sa zvažuje skupinová terapia, by mali prejsť akceptáciu zdôvodnenia práce s traumou a vôľu odkryť sa v skupine.

9. Zvážte rozšírenie terapie o ďalšie účinné intervencie založené na dôkazoch u pacientov, ktorí nereagujú na jeden prístup.

10. Suportívna psychoterapia sa nepovažuje za efektívnu pri liečbe PTSP. Viaceré štúdie však preukázali, že podporné intervencie sú podstatne účinnejšie ako žiadna liečba, a môžu pomôcť pri prevencii relapsu u pacientov, ktorí majú primeranú kontrolu nad svojimi symptómami a nie sú v závažnom a akútnom distrese.

Poznámka:

Prístupy môžu byť prospešné aj ako súčasť efektívne integrovaného prístupu. Najskúsenejší terapeuti integrujú rôzne terapie, ktoré sa navzájom nevylučujú, spôsobom, ktorý je navrhnutý tak, aby bol pre daného pacienta zvlášť prínosný.

Spôsob poskytnutia starostlivosti:

1. Zdá sa, že intervencie telemedicíny, ktoré zahŕňajú individuálne terapeutické stretnutia pomocou technických prostriedkov, majú klinicky podobný efekt ako priama osobná interakcia, aj keď údaje sú oveľa limitovanejšie ako dáta vo vzťahu k priamym osobným stretnutiam. [C]

- a. Intervencie prostredníctvom telemedicíny sa odporúčajú, ak nie sú možné priame intervencie tvárou v tvár kvôli geografickej vzdialenosti medzi pacientom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo kvôli iným bariéram dostupnosti zo strany pacienta (napr. agorafóbia, fyzické postihnutie); keď by pacientovi prospel častejší kontakt, ako je to možné pri osobných stretnutiach; alebo keď pacient odmietne viac tradičné intervencie.
- b. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, ktorí využívajú intervencie prostredníctvom telemedicíny, by sa mali usilovať udržiavať a posilňovať terapeutický vzťah, budovať rapport s pacientom, precvičovať zvládanie stresu a dokončovať zadania a zabezpečiť adekvátnosť bezpečnostných protokolov pomocou podobných techník, aké používajú pri osobnom sedení.
- c. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, ktorí využívajú intervencie podporované technológiou by mali podniknúť kroky na zabezpečenie toho, aby ich práca bola v súlade s predpismi a postupmi organizácie, v ktorej sú zamestnaní, právnymi normami a

etickými normami svojho povolania. Dôsledne by sa mala monitorovať dôvernosť a bezpečnosť pacientov.

2. Nie je dostatok dôkazov na to, aby sa odporučili, alebo neodporúčili samostatné webové intervencie ako alternatíva k štandardnej liečbe PTSP. [I]

Ak sa používajú webové intervencie:

- a. Pred ich odporúčaním pacientovi by mali klinickí odborníci starostlivo preskúmať obsah všetkých webových materiálov, aby zabezpečili ich presnosť a etické použitie.
- b. Webový prístup sa môže použiť tam, kde nie sú uskutočniteľné priame intervencie (napr. geografické faktory limitujú dostupnosť iných foriem terapie), alebo keď pacient odmietne viac tradičné intervencie v oblasti duševného zdravia. Tiež sa naznačuje, že webové intervencie môžu poskytovať väčšiu dôvernosť ako tradičnejšie prístupy.
- d. Poskytovatelia by mali pravidelne povzbudzovať pacientov, aby dokončili intervenciu, a mali by sa snažiť udržiavať a posilňovať terapeutický vzťah, budovať raport s pacientom, precvičovať zvládanie stresu a dokončenie úlohy a zabezpečiť adekvátnosť bezpečnostných protokolov. Mala by sa zvážiť telefonická dostupnosť za účelom iniciálneho posúdenia, ale aj z iných dôvodov (napr. mimoriadne situácie, suicidalita/homisidalita alebo následné kroky v prípade špecifických problémov).
- e. Poskytovatelia využívajúci intervencie podporované technológiou by mali podniknúť kroky na zabezpečenie toho, aby ich práca bola v súlade s predpismi a postupmi organizácie, v ktorej sú zamestnaní, právnymi normami a etickými normami ich povolání. Dôvernosť a bezpečnosť pacientov by sa mali dôsledne monitorovať.

C. Farmakoterapia PTSP

Farmakoterapia PTSP je podľa závažnosti v kompetencii psychiatra, všeobecného lekára alebo iného lekára - špecialistu.

D. Doplnkové služby

D-1 Psychosociálna rehabilitácia:

1. Zvážte techniky psychosociálnej rehabilitácie, keď klient a klinický odborník identifikujú nasledujúce druhy problémov spojených s diagnostikovaním PTSP: pretrvávajúce vysoko rizikové správanie, nedostatočná schopnosť starostlivosti o seba/samostatného, nezávislého života, bezdomovectvo, interakcia s rodinou, ktorá PTSP nerozumie, sociálne neaktívne, nezamestnané osoby a stretávanie sa s bariérami rôznych foriem liečebno-rehabilitačných služieb.
2. Pacient a klinický odborník by mali určiť, či sú tieto problémy spojené so základnými symptómami PTSP, a ak áno, zabezpečiť, aby sa ako kontextový prostriedok na zmiernenie symptómov PTSP používali rehabilitačné techniky.
3. Psychosociálna rehabilitácia by mala prebiehať súčasne alebo krátko po liečbe PTSP, pretože psychosociálna rehabilitácia nie je zameraná na traumy.

Medzi modely služieb psychosociálnej rehabilitácie patria:

- služby poskytujúce edukáciu pacientov
- techniky starostlivosti o seba a na vedenie samostatného/nezávislého života
- podporované/chránené bývanie

- nácvik manželských/partnerských/rodinných zručností
- nácvik sociálnych zručností
- pracovná rehabilitácia
- manažment prípadov
- fyzické zdravie a pohoda a self-manažment na báze PC.

D-2 Duchovná podpora

1. Ak je to potrebné, zabezpečte pacientovi dostupnosť duchovnej starostlivosti.
2. Posúďte duchovné potreby.
3. Poskytnite príležitosti/možnosť na smútok za stratami (poskytnúť priestor a príležitosť na modlitby, mantry, obrady, rituály a starostlivosť o umierajúceho, ako je to pre pacienta dôležité).

Tabuľka I – 2.2

 Doplnkové na problém zamerané metódy / služby pre PTSP		
Ak klient a klinický odborník spoločne dospejú k záveru, že pacient s PTSP:		Služba / nácvik
1	Nie je úplne informovaný o aspektoch zdravotných potrieb a nevyhýba sa rizikovému správaniu (napr. PTSP, užívanie návykových látok)	Pacienta poučte
2	Nemá dostatočnú schopnosť postarať sa o seba a nezávislého života	Obráťte sa na služby odbornej prípravy zamerané na starostlivosť o seba/ nezávislý život
3	Nemá bezpečné, slušné, cenovo dostupné a stabilné bývanie, ktoré je v súlade s cieľmi liečby	Využite služby podporovaného bývania alebo sa na ne obráťte
4	Nemá rodinu, ktorá by aktívne podporovala, a/alebo nemá vedomosti o liečbe PTSP	Implementujte nácvik rodinných zručností
5	Nie je sociálne aktívny	Implementujte nácvik sociálnych zručností
6	Nemá prácu, ktorá poskytuje adekvátny príjem a/alebo plne nevyužíva svoje vyškolenie a schopnosti	Implementujte príslušnú odbornú rehabilitačnú prípravu
7	Nie je schopný nájsť a koordinovať prístup k službám, ako sú tie, ktoré sú uvedené vyššie	Ak je to možné, využite služby manažmentu prípadov
8	Vyžaduje duchovnú podporu	Umožnite dostupnosť náboženským/ duchovným poradcom a/alebo k iným zdrojom
Iné stavy		
9	Má hraničnú poruchu osobnosti charakterizovanú parasuicídálnym správaním	Zvážte dialektickú behaviorálnu terapiu, alebo schématerapiu
10	Má problém so súbežným užívaním návykových látok	Integrovaná liečba zneužívania návykových látok a PTSP (napr. vyhľadávanie bezpečia)

E. Somatická liečba

Biomedicínska somatická terapia E-1:

1. Nie sú k dispozícii dostatočné dôkazy na to, aby sa dalo odporučiť použitie niektorej z biomedicínskych somatických terapií na liečbu PTSP ako terapiu prvej voľby. [D]
2. ECT a rTMS sa môžu považovať ako alternatíva liečby pri PTSP, ktorá je chronická, závažná, rezistentná na farmakoterapiu a psychoterapiu. [B]

Akupunktúra E-2

1. Akupunktúru možno považovať za liečbu pacientov s PTSP. [B]

F. Doplnková a alternatívna medicína (DAM)

1. Nie je dostatok dôkazov na to, aby sa odporúčali DAM prístupy ako liečba prvej línie pre PTSP. [Ja]
2. Na doplnkovú liečbu symptómov hyperarousal je možné zvážiť prístupy DAM, ktoré uľahčujú relaxačnú reakciu (napr. mindfulness, jóga, akupunktúra, masáže a ďalšie), aj keď nie sú dôkazy o tom, že sú efektívnejšie ako štandardné techniky očkovania proti stresu (stresovej inokulácie). [I]
3. DAM prístupy je možné považovať za doplnkové prístupy k riešeniu niektorých komorbídnych stavov (napr. akupunktúra proti bolesti). [C]
4. DAM môže facilitovať využívanie lekárskej starostlivosti a môže sa o nej uvažovať u niektorých pacientov, ktorí odmietajú liečbu založenú na dôkazoch.

3. ŠPECIFICKÝ MANAŽMENT SYMPTÓMOV

Táto časť obsahuje terapeutické odporúčania pre vybraný zoznam fyzických symptómov, ktoré sú u pacientov so symptómami posttraumatického stresu bežné.

Tie osoby, ktoré prežili traumy, sa nemusia priamo sťažovať na symptómy PTSP, ako sú opätovné prežívanie situácie alebo vyhýbavé správanie. Namiesto toho sa môžu sťažovať na problémy so spánkom. Je preto nevyhnutné, aby sa využili všetky možnosti na identifikáciu PTSP. Dopytovanie sa jednotlivcov i členov rodiny, spolupracovníkov alebo priateľov tiež zlepši rozpoznávanie PTSP.

Pri pátraní po PTSP by mal tím primárnej starostlivosti zvážiť kladenie konkrétnych otázok o problémoch so spánkom (vrátane flashbackov a nočných mór) alebo o hyperarousal (vrátane prehnanej reakcie prekvapenia alebo porúch spánku). Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by mali aktívne vyhľadávať symptómy suicidálnych ideácií a zvýšenej úzkosti a agitácie.

Pacienti s chronickou bolesťou, najmä s bolesťami hlavy a fibromyalgiou (FM), ktoré sú spojené so psychickou traumou, potrebujú osobitnú stratégiu liečby. Diagnostika bolesti hlavy a FM u traumatizovaných pacientov a získanie klinickej anamnézy traumatizujúcej udalosti alebo diagnostika PTSP u pacientov s chronickou bolesťou je veľmi dôležitá a je uvedená v ŠDTP odboru klinická psychológia dospelých Fibromyalgia a Chronická bolesť.

A. Poruchy spánku

Porucha spánku A-1:

1. Podporujte pacientov v dodržiavaní správnej hygieny spánku, vrátane:

- vymedzenia trvania nočného spánku na približne osem hodín
- prebúdzenia sa v pravidelnom čase
- vstávania z postele v pravidelnom čase
- vyhýbania sa príliš skorému spánku
- vyhýbania sa alkoholu
- vyhýbania sa stimulantom, kofeínovým nápojom, energetickým nápojom, nikotínu a voľnopredajným liekom
- vyhýbania sa stimulujúcim aktivitám, extrémom svetla, hluku a teploty pred spaním (napr. cvičenie, videohry, TV) alebo v oblasti, kde sa spí
- zníženia (na menej ako 30 minút) alebo zrušenia denného spánku
- cvičenia relaxačných techník
- venovania sa miernemu cvičeniu, ale nie bezprostredne pred spaním.

2. Ponúknite KBT pre insomniu, ktorá môže zahŕňať:

- edukáciu o správnych návykoch a potrebách spánku
- korekciu klamných a nereálnych presvedčení/obáv týkajúcich sa spánku
- identifikáciu a riešenie úzkostných, automatických myšlienok, ktoré narúšajú spánok.

3. Akákoľvek významná zmena spánkových vzorcov by mala podnietiť klinické prehodnotenie stavu, aby sa vylúčilo zhoršenie alebo nový výskyt komorbídnych stavov.

A-2 Insomnia:

1. Monitorujte symptómy, aby ste posúdili zlepšenie alebo zhoršenie, a podľa toho prehodnoťte stav.
2. Preskúmajte príčiny insomnie, vrátane komorbídnych stavov.
3. Začnite terapiu insomnie nefarmakologickými postupmi, vrátane hygieny spánku a KBT (pozri odporúčanie týkajúce sa porúch spánku v príslušnom ŠDTP Insomnia).
4. Posúdenie potreby farmakoterapie je v kompetencii lekárov primárnej starostlivosti (všeobecný lekár, psychiater), alebo iného lekára - špecialistu.

B. Bolesť

1. Posúďte bolesť pomocou škály „0 až 10“.
2. Získajte dôkladnú biopsychosociálnu anamnézu a posúďte ďalšie zdravotné a psychiatrické problémy, vrátane posúdenia rizika suicídálnych a homicídálnych ideácií a abúzu návykových látok, ako sú drogy, alkohol, voľnopredajné lieky, aj lieky na predpis alebo omamné látky.
3. Posúdenie by malo obsahovať otázky týkajúce sa povahy bolesti a pravdepodobnej etiológie (t.j. muskuloskeletálnej a neuropatickej), lokalizácie, kvality, kvantity, spúšťacích faktorov, intenzity a trvania bolesti, ako aj prítiažujúcich a zmierňujúcich faktorov.
4. Posúdenie bolesti by malo zahŕňať hodnotenie vplyvu bolesti na funkčnosť a aktivity, zdravotné postihnutie súvisiace s bolesťou alebo interferenciu s každodennými činnosťami.
5. Posúdenie by malo zahŕňať identifikáciu vyhýbavého správania, ktoré prispieva k emocionálnemu distresu a/alebo k zhoršeniu fungovania.

6. Manažment bolesti by mal byť multidisciplinárny a mal by sa zaoberať fyzickými, sociálnymi, psychologickými a spirituálnymi zložkami bolesti v individualizovanom terapeutickom pláne, ktorý je prispôbený typu bolesti. [C]
7. Výber terapeutických možností by mal vyvažovať výhody tlmenia bolesti s možnými nepriaznivými účinkami (najmä sedatív) na schopnosť jednotlivca participovať na liečbe PTSP a mať z nej úžitok. [I]
8. Syndrómy muskuloskeletálnej bolesti môžu reagovať na príslušné farmaká, ktorých ordinácia je v kompetencii lekára.
9. Ak je to vhodné, odporučte použitie nefarmakologických spôsobov liečby bolesti, ako sú biofeedback, masáže, imaginatívne terapie, fyzikálne terapie a doplnkové alternatívne spôsoby liečby (jóga, meditácia, akupunktúra). [C]
10. U pacientov s PTSP by sa centrálne pôsobiace lieky mali používať opatrne, pretože môžu vyvolať zmätenosť a zhoršenie kognitívnych schopností a narušiť proces zotavovania.
11. Zvážte ponuku KBT, ktorá môže zahŕňať:
 - a. Podporu zvyšovania aktivity stanovením cieľov
 - b. korekciu klamných a nereálnych presvedčení/obáv o bolesti
 - c. edukáciu kognitívnych a behaviorálnych schopností zvládania (napr. stimulácia aktivitou)
 - d. precvičovanie a upevňovanie schopností zvládania a posilnenie používania.

C. Iritabilita, závažná agitácia alebo hnev

1. Posúďte povahu symptómov, ich závažnosť a nebezpečnosť.
2. Zvážte použitie štandardizovaných škál na kvantifikáciu hnevu
3. Preskúmajte príčinu symptómov a sledujte zmeny.
4. Zvážte odporúčanie odborného poradenstva alebo manželské/partnerské alebo rodinné poradenstvo, ak je to indikované. Odporučte:
 - a. Terapiu - manažment hnevu
 - b. nácvik relaxačných a cvičebných techník.
5. Podporujte účasť na príjemných aktivitách - najmä s rodinou/so svojimi blízkymi.
6. Podporujte spánok a relaxáciu.
7. Odporučte vyhýbanie sa stimulantom a iným látkam (kofeín, alkohol).
8. Venujte pozornosť bolesti (pozri Manažment bolesti).
9. Vyhýbať sa benzodiazepínom - v kompetencii lekára
10. Zvážiť odporúčenie SSRI/SNRI - v kompetencii lekára

Literatúra

1. Akútna stresová reakcia. 2021. Schválené štandardné postupy. Štandardy klinická psychológia pre dospelých. MZ SR, 2021, <https://www.standardnepostupy.sk/standarty-klinicka-psychologia-pre-dospelych/>
2. Post-traumatická stresová porucha. 2021. Schválené štandardné postupy. Štandardy klinická psychológia pre dospelých. MZ SR, 2021, <https://www.standardnepostupy.sk/standarty-klinicka-psychologia-pre-dospelych/>
3. MKCH-10. 1992. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha : Psychiatrické centrum. 1992, ISBN 80-85121-37-9.
4. Americká psychiatrická asociácia. 2015. DSM-5. Diagnostický a statistický manuál duševných poruch. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. 1032 p. ISBN 978-80-86471-52-5.
5. The Management of Post-Traumatic Stress Guideline Summary (2010), The Management of Post-Traumatic Stress Working Group, <http://www.healthquality.va.gov/>
6. VA/DOD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic stress Disorder an Acute Stress Disorder. Clinician Summary. 2017. Version 3.0. Department of Veteran Affairs. Department of Defence. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>

7. ICD-11. 2018. International classification of diseases. [cit. 2019/05/08]. Dostupné na internete: < <https://icd.who.int/browse11/1-m/en> >
8. Haravuori H., Marttunen M.: Something old, something new: disorders specifically associated with stress in the ICD 11th revision, Psychiatria Fennica 2016;47:9-16.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. októbra 2021.

Vladimír Lengvanský
minister zdravotníctva