



Názov:  
**Posttraumatická stresová porucha**

Autori:  
**doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.**  
**prof. MUDr. Jan Praško Pavlov CSc.**  
**PhDr. Katarína Jandová, PhD.**  
**PhDr. Erika Jurišová, PhD.**

Špecializovaný 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:*

## **Posttraumatická stresová porucha**

<b>Číslo ŠP</b>	<b>Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP</b>	<b>Status</b>	<b>Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR</b>
0173	15. jún 2021	Schválené	1. júl 2021

## **Autori štandardného postupu**

### **Autorský kolektív:**

doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; prof. MUDr. Jan Praško Pavlov CSc.; PhDr. Katarína Jandová, PhD.; PhDr. Erika Jurišová, PhD.

### **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 pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

**Odborní koordinátori:** 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; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; 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; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; 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; Mgr. Tomáš Horváth; 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)

## **Kľúčové slová**

Posttraumatická stresová porucha, diagnostika, liečba, manažment

## **Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov**

<b>APA</b>	American Psychological Association
<b>CPČ</b>	certifikovaná pracovná činnosť
<b>DSM-5</b>	the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch)
<b>EBM</b>	evidence based medicine, (medicína založená na dôkazoch)
<b>EMDR</b>	Desenzitizácia a spracovanie traumy pomocou očných pohybov (Eye movement desensitization and reprocessing)
<b>IKBT</b>	Internetová KBT (IKBT)
<b>KBT</b>	kognitívno-behaviorálna terapia
<b>MKCH-10</b>	Medzinárodná klasifikácia chorôb
<b>NICE</b>	The National Institute for Health and Care Excellence (Národný ústav pre excelenciu v zdraví a starostlivosti)
<b>PTSP</b>	posttraumatická stresová porucha
<b>RTC</b>	random controlled trial (náhodná kontrolovaná štúdia)
<b>ŠOP</b>	štandardný operačný postup
<b>ŠPI</b>	špecifické psychoterapeutické intervencie (liečba v druhom stupni starostlivosti)
<b>ŠTDP</b>	štandardné diagnostické a terapeutické postupy
<b>ÚD I</b>	úroveň dôkazov I (systematický prehľad štúdií z úrovne I)
<b>ÚD II</b>	úroveň dôkazov na základe CT (cohort trial)

## **Kompetenci**

**Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater)** - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť - supervízia, psychoterapia. Podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PTSP - špecifická psychoterapia, supervízia.

**Lekár so špecializáciou v odbore neurológia** - diferenciálna diagnostika. Podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PTSP - špecifická psychoterapia, supervízia.

**Lekár so špecializáciou v odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých alebo všeobecný lekár pre deti a dorast** – prvotné posúdenie, prevencia; pri suspektnej poruche prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. v iniciálnej) fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/psychológom. Podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom

v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PTSP - špecifická psychoterapia, supervízia.

**Lekár bez špecializácie** - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Lekár s certifikátom pre špecifickú psychoterapiu vychádzajúcej z EBM pre PTSP** - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, tak lekár so špecializáciou v psychiatrii + certifikátom v psychoterapii.

**Lekár RZP** – zabezpečenie starostlivosti o pacienta pri akútnom stave.

**Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ)** - psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. Po absolvovaní vzdelávania v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. PTSP - špecifická psychoterapia, supervízia.

Po absolvovaní vzdelávania v CPČ inej ako v špecifickej psychoterapii pre dg. PTSP v prípade zdôvodneného individuálneho prístupu, alebo ak nie je psychoterapeut s certifikátom v špecifickej psychoterapii, vychádzajúcej z EBM pre dg. PTSP k dispozícii, psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikátom v psychoterapii - psychoterapia.

**Psychológ bez špecializácie** - psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Podporná psychoterapia pod supervíziou psychológa v zdravotníctve špecialistu. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Sestra** - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychoedukácia, podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Sestra so špecializáciou** - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PTSP - špecifická psychoterapia, supervízia.

**Sociálny pracovník** - prvotné posúdenie, prevencia; psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Liečebný pedagóg** - prvotné posúdenie, prevencia; liečebno-pedagogická diagnostika a terapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Liečebný pedagóg špecialista** - prvotné posúdenie, prevencia; liečebnopedagogická diagnostika a terapia vrátane, využitia rôznych druhov art-terapií. Po získaní certifikátu CPČ

v ŠPI poskytovanie ŠPI; terapia s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PTSP, supervízia

**Logopéd** - prvotné posúdenie, prevencia; po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI;

**Logopéd v zdravotníctve špecialista** - prvotné posúdenie, prevencia; po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI; terapia s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PTSP, supervízia

## Úvod

Termín posttraumatická stresová porucha sa používa pre úzkostnú poruchu, ktorá sa typicky rozvíja po emočne ťažkej, stresujúcej udalosti, ktorá svojou závažnosťou presahuje zvyčajnú ľudskú skúsenosť a býva traumatickou pre väčšinu ľudí. Takouto traumatickou udalosťou je napr. výbuch bomby, vojenské udalosti, prírodné katastrofy (zemetrasenie, záplavy, výbuch sopky, víchríca), traumy spôsobené ľuďmi (prepadnutie, znásilnenie), ale i autohavárie, požiar apod.

Typická je:

- dlhodobá reakcia na traumatickú udalosť,
- rozpomínanie sa na traumu vo forme myšlienok, imaginácií a snov,
- strata pozitívnych emócií a pocit emočného otupenia,
- vyhýbanie sa podnetom, situáciám a činnostiam pripomínajúcim traumu,
- zvýšenie vzrušivosti (arousal) vo fyziologických reakciách i psychike.

Účelom tohto štandardného preventívneho, diagnostického a liečebného postupu je zlepšiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti o pacientov trpiacich PTSP. Je určený predovšetkým klinickým a poradenským psychológom, psychiatrom a iným odborníkom v oblasti duševného zdravia, ale môže byť užitočný všeobecným lekárom pre dospelých alebo všeobecným lekárom pre deti a dorast. Jeho cieľom je pomôcť v prevencii, diagnostike a liečbe tejto poruchy podľa EBM, zlepšiť kvalitu života postihnutých tým, že zredukuje ich úzkosť, problémy so spánkom a sústredením. Má tiež zvýšiť povedomie o tejto poruche u zdravotníckych pracovníkov a zlepšiť koordináciu liečby.

Podľa Bražinovej (2017) sa v súčasnosti väčšina osôb trpiacich úzkostnými poruchami nelieči. I keď pri PTSP sú podľa EBM jasne definované liečebné postupy, tieto sa dostatočne nevyužívajú a porucha sa lieči menej efektívnymi, až neefektívnymi psychoterapeutickými a farmakoterapeutickými postupmi. ŠDTP liečby PTSP umožňuje spresniť diagnostiku a odporúča, ako postupovať v prípade, keď sa porucha ešte nerozvinula, odporúča postupy sekundárnej prevencie, zavádzajú nové liečebné postupy tzv. špecifických psychoterapeutických intervencií, ako je napr. IKBT, a odporúča postupy vychádzajúce s EBM, ktoré majú vyššiu účinnosť ako dosiaľ používané psychoterapeutické prístupy. Zavádzajú efektívne preventívne a monitorovacie postupy a definuje EBM psychoterapeutické postupy, ich intenzitu a trvanie podľa stupňa ochorenia. Definuje špecifická liečebných postupov u dospelých osôb. Spresňuje siet poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a ich kompetencie.

Je kombináciou štandardných postupov pre PTSP v odbore psychiatria a podrobnejšie ho dopĺňajú o psychologické preventívne, diagnostické a psychoterapeutické postupy. Predstavuje tiež postup, ktorý môžu použiť v odbore psychiatria aj iné odbornosti, ako je liečebná pedagogika a zdravotná sestra.

Pre jasnejšie uvedomenie si časových súvislosti na tento ŠDTP nadväzuje spoločný štandardný operačný postup (ŠOP) pre liečbu akútnej stresovej reakcie, akútnej stresovej poruchy (podľa DSM-5) a PTSP.

## **Prevencia**

Podľa Evansa et al. (2012) preventívne programy môžeme rozdeliť na:

- (1) indikované programy prevencie, ktoré sa zameriavajú na rizikových jedincov, ktorí už majú symptómy a/alebo biologické markery, ale nespĺňajú v plnej mieri diagnostické kritériá pre poruchu,
- (2) programy selektívnej prevencie, ktoré sa zameriavajú na osoby, o ktorých sa predpokladá, že predstavujú vysoké riziko rozvoja poruchy (napr. boli svedkami násilia,)
- (3) univerzálne preventívne programy, ktoré sú zacielené na celé populačné vzorky bez ohľadu na rizikové faktory (napr. určitý stupeň školskej dochádzky).

V rámci prevencie PTSP sa vo viacerých štúdiách skúmali psychologické a farmakologické intervenčné postupy poskytované následne po traume.

Z aspektu psychológie a psychoterapie u ľudí, ktorí aj napriek expozícii traumatickej udalosti nemajú psychické tŕňnosti, **sa neodporúča v prevencii PTSP využívať debrífing**, na čo poukazujú metaanalýzy, ktoré nepodporujú účinnosť v praxi často používaného jedného (Rose et. al., 2002; van Emmerik et al., 2002) alebo viacerých sedení psychologického debrífingu v prevencii, alebo redukovaní intenzity PTSP u ľudí, ktorí boli súčasťou traumatickej udalosti, ale sa u nich nezistili žiadne psychické tŕňnosti (Roberts, 2009). Tieto postupy mali dokonca u niektorých jedincov negatívny efekt (Rose et. al., 2002; van Emmerik et al., 2002) a nemali by sa používať.

Naopak, metaanalýzy dokázali pozitívny efekt viacerých sedení na traumu zameranej KBT u pacientov s akútnou stresovou reakciou alebo s PTSP (Kornor et al., 2008; Roberts, 2010). Z týchto dôvodov sa po traume odporúča skríning a následná liečba vhodných jednotlivcov (Kornor et al., 2008). Krátka, na traumu zameraná KBT, bola v prevencii chronickej PTSP účinnejšia, ako zoznam čakateľov (waiting list) a podporný poradenský rozhovor (Roberts et al., 2010).

Posúdenie vhodnosti a použitie farmakoterapie v prevencii PTSP je najmä v kompetencii psychiatra.

## **Prevencia u dospelých pacientov**

Podľa NICE (2018e) je vhodné poskytnúť individuálnu na traumu zameranú KBT intervenciu dospelým osobám so symptómami akútnej stresovej reakcie alebo klinicky významnými

symptómami PTSP, ktorí boli vystavení v priebehu posledného mesiaca jednej alebo viacerým traumatickým udalostiam.

Liečebné postupy sa môžu zakladať na:

- Kognitívnej terapii na spracovanie PTSP,
- Kognitívnej terapii pre PTSP,
- Naratívnej expozičnej terapii,
- Predĺženej (opakovanej) expozičnej terapii.

## Epidemiológia

USA a EU udávajú celoživotnú prevalenciu PTSP medzi 6,4 - 6,8 %, 12 mesačnú prevalenciu od 1,1 - 3,5 % (Kessler et al., 2005; Pietrzak, 2011; Darves-Bornoz, 2008). Traumu najčastejšie ústiacu do PTSP vyvolá neočakávaná smrť niekoho blízkeho, sexuálne napadnutie, vážne ochorenie alebo zranenie niekoho blízkeho, vážna ochorenie vlastného dieťaťa, alebo napadnutie partnerom alebo opatrovníkom (Van Ameringen, 2008; Pietrzak et al., 2011; Darves-Bornoz, 2008). Porucha začína obvykle vo veku 25-30 rokov (Kessler et al., 2005) a prevalencia je dvojnásobne vyššia u žien, ako u mužov (Pietrzak et al., 2011; Stein et al., 1997). PTSP sa spája s výrazným znížením kvality života (Bravo-Mehmedbasic, 2010) a s narušením bežného fungovania (Van Ameringen, 2008; Pietrzak et al., 2009; Westphal et al., 2011), čo ďalej zhoršuje jej symptómy (Rona et al., 2009). PTSP sa ďalej spája so zvýšeným výskytom chronickej bolesti (Asmundson et al., 2004; Villano et al., 2007; Lowe et al., 2011), s problémami so spánkom (Babson et al., 2011), so sexuálnymi dysfunkciami (Hirsch, 2009), ako aj s kognitívnym narušením (Lagarde, Doyon, Brunet, 2010; Reinhard, Wolf, Cozolino, 2010) a s alexitýmiou (Frewen et. al., 2008). PTSP dvojnásobne až trojnásobne zvyšuje riziko suicidálnych pokusov (Nepon, 2010; Pietrzak et al., 2011; Sareen, 2005).

## Patofyziológia

PTSP je vyvolaná tým, že postihnutý bol vystavený traumatickej udalosti. Trauma je podstatný faktor, ale sám o sebe nestačí. Na rozvoji sa zrejme podielajú taktiež faktory prostredia v čase okolo traumatickej udalosti a predisponujúce faktory, ktoré môžu spočívať v premorbídnej osobnosti a v jej biologickej výbave.

## Genetické faktory

True a spol. (1993) skúmali 2224 jednovaječných a 1818 dvojvaječných mužských dvojčiat, ktoré slúžili vo vojne vo Vietname. Genetickou dispozíciou bolo možné vysvetliť asi 1/3 rozptylu zodpovedného za rozvoj PTSP.

## Biologické faktory

Zdá sa, že na rozvoji a udržiavaní PTSP sa podielajú viaceré neurobiologické systémy. Zatiaľ nie je jasné, či sú tieto zmeny výsledkom zážitku samotnej traumy, alebo či ide len o odkrytie biologických abnormalít u disponovaných osôb. Nálezy u postihnutých osôb s PTSP podporujú hypotézu o hyperaktivite noradrenergného, opiátového systému a osi hypotalamus - hypofýza - nadobličky (Charney et al., 1993).

## **Behaviorálny model PTSP**

Tento model predpokladá dve fázy rozvoja poruchy.

*V prvej fáze* trauma (ako nepodmienený podnet) a jej okolnosti (ako podmienený podnet) sa mechanizmom klasického podmieňovania spoja s úzkostnou reakciou. Vzhľadom na silnú stresovú reakciu, ktorú nepodmienený podnet (trauma) vyvolal, sú potom i neškodné okolnosti pripomínajúce traumu spojené so stresovou reakciou.

*V druhej fáze* rozvoja poruchy dochádza k udržiavaniu úzkostných reakcií pomocou operačného podmieňovania (Solomon et al., 1992). Pri objavení sa prejavov úzkosti sa aktivuje vyhýbavé správanie, po ktorom nasleduje úľava (odmena), čo upevňuje úzkostné správanie na podmienené i nepodmienené podnety a bráni jeho vyhasnutiu.

## **Kognitívny model PTSP**

Kognitívny model predpokladá, že postihnuté osoby nie sú schopné traumu, ktorá predchádzala rozvoju poruchy na kognitívnej úrovni prijať a emocionálne spracovať (Foa et al., 1991). Traumatické prežívanie stresu sa neukončí, ale pokračuje formou automatických spomienok, ktorým sa postihnutý snaží vyhnúť rôznymi formami vyhýbavého správania. Postupne sa pomocou selektívneho zamerania pozornosti na zúskostnúce podnety rozširuje počet podnetov, ktoré úzkostnú reakciu ďalej spúšťajú. Snaha zablokovať spomienky na traumu vedie ku kognitívному vyhýbaniu. Následná úľava po kognitívnom vyhýbaní vedie k upevňovaniu tohto reťazca a k častejšiemu výskytu intruzívnych a traumatických spomienok. Z pohľadu kognitívnej psychológie je mozog počas traumatickej udalosti zahltený masívnym množstvom informácií, ktoré nie je schopný v krátkej dobe spracovať (Litz, Keane, 1989). Spracovanie potom prebieha postupne tak, ako sa informácie vynárajú z pamäti.

## **Kognitívno - behaviorálny model PTSP**

Podľa kognitívne-behaviorálneho modelu viedie traumatická udalosť spojená so silnými emóciami k rýchlemu vytváraniu podmieneného spojenia medzi podnetmi, ktoré boli pôvodne emocionálne neutrálne, ale náhodne sa objavili počas traumy. Vzhľadom na vysoké nabudenie (arousal) prebieha podmieňovanie veľmi rýchlo a pevne. Tieto stimuly potom vedú k opakoványm reakciám úzkosti.

Druhotne sa rozvíja selektívna pozornosť - vysoké nabudenie (arousal) viedie k zvýšenej psychickej ostražitosti a k výberu tých informácií z prostredia, ktoré by mohli pripomínať ohrozenie. Postihnutý sa začne vyhýbať traumu pripomínajúcim podnetom či situáciám, alebo prestane vykonávať činnosti, ktoré vedú k znova-vybavovaniu si traumy a úzkosti. Tým si však nemôže overiť, že tieto stimuly ho neohrozujú. Uzatvára sa bludný kruh, ktorý je ďalej udržiavaný typickými automatickými myšlienkami a kognitívnymi omylmi. Toto všetko viedie k zmene postojov k sebe, k druhým a k pohľadu do budúcnosti.

## **Zvýšené nabudenie (arousal)**

Prejavy úzkosti sú spojené s vysokou mierou nabudenia (arousal) a zníženou variabilitou srdcovnej frekvencie, čo naznačuje dysfunkciu autonómneho nervového systému, vyvolaného zvýšenou sympatikovou a redukovanou vagovou kontrolou (Friedman, 2007). Znížená variabilita srdcovnej frekvencie, ktorá je prítomná pri úzkostných poruchách, môže prispievať k horšej emocionálnej a kognitívnej sebaregulácii, k nedostatočnej behaviorálnej inhibícii a prítomnosti kognitívnych perseverácií v podobe obáv (Friedman, 2007; Blechert et al., 2007).

Tieto zistenia podporuje tiež zrýchlenie činnosti srdca, čo tak môže byť dôsledkom zvýšenia aktivity sympatiku, zníženia aktivity parasympatiku, alebo obidvoch týchto zmien (Pole, 2007). Chalmers et al. (2014) vo svojej metaanalýze zistili zníženie variability srdcovej činnosti pri úzkostných poruchách, vrátane PTSP.

## Klasifikácia

Diagnostické kritériá pre PTSP vychádzajú z MKCH-10, avšak v novej verzii MKCH-11 sa pridáva kategória komplexná postraumatická stresová porucha a bude patriť medzi poruchy špecificky spojené so stresom.

(WHO; [https://istss.org/ISTSS\\_Main/media/Webinar\\_Recordings/RECFREE04/slides.pdf](https://istss.org/ISTSS_Main/media/Webinar_Recordings/RECFREE04/slides.pdf)).

**Tabuľka č. 1**

<b>Diagnostické kritériá pre posttraumatickú stresovú poruchu (MKCH-10, 1996)</b>	
	
A.	Postihnutý musel byť vystavený stresovej udalosti alebo situácii krátkeho alebo dlhého trvania, výnimco nebezpečného alebo katastrofického charakteru, ktorá by pravdepodobne spôsobila hlboké rozrušenie takmer u kohokoľvek.
B.	Je prítomné neodbytné znovuvybavovanie alebo „znovuprežívavanie“ stresu v podobe rušivých „flashbackov“, živých spomienok, či opakujúcich sa snov, alebo prežívavanie úzkosti pri expozícii okolnostiam pripomínajúcim alebo spojeným so stresorom.
C.	Postihnutý sa musí vyhýbať alebo dávať prednosť vyhýbaniu sa okolnostiam, ktoré pripomínajú alebo sú spojené so stresorom, pričom toto vyhýbanie nebolo prítomné pred expozíciou stresoru.
D.	Musí byť prítomné niektoré z nasledujúcich kritérií: (1) neschopnosť vybaviť si bud' čiastočne alebo kompletne niektoré dôležité momenty z obdobia traumy, (2) sú prítomné ktorékoľvek dva z nasledujúcich príznakov zvýšenej psychickej citlivosti a vzrušivosti, ktoré neboli prítomné pred expozíciou stresoru: (a) problémy so zaspávaním alebo udržaním spánku, (b) podráždenosť alebo návaly hnevú, (c) problémy s koncentráciou, (d) hypervigilita, (e) prehnane úľakové reakcie
E.	Kritériá B, C a D musia byť splnené v priebehu 6 mesiacov od stresovej udalosti alebo od konca obdobia stresu. Niekedy môže byť účelné diagnostikovať ich aj po období dlhšom ako 6 mesiacov, ale dôvody musia byť zreteľne špecifikované.

## Klinický obraz

### Pri PTSP sú najtypickejšie

- tzv. symptómy znovuprežívania traumy - flasfbecky, nočné mory a opakujúce sa vtieravé obrazy či iné zmyslové vnemy spájajúce sa s udalosťou,
- intenzívna nepohoda a fyziologické reakcie pri podnetoch súvisiacich s traumou,
- vyhýbanie sa podnetom, ktoré pripomínajú traumu,

- často symptómy extrémneho nabudenia (arousal) - hypervigilitu voči hrozbám, prehnané úľakové reakcie, iritabilita, problémy so sústredením a problémy so spánkom,
- často symptómy emocionálneho znecitlivenia - až neschopnosť prežívať pocity, pocit sociálnej izolácie, zúženie záujmov a amnézia na podstatnú časť udalosti.

PTSP sa vyvíja ako odpoveď na stresujúcu udalosť alebo situáciu výnimočne ohrozujúcej či katastrofickej povahy, pri ktorej sa dá očakávať, že spôsobí prenikavé utrpenie skoro každému človeku. PTSP sa teda nevyvíja ako následok takých nepríjemných udalostí, ktoré sa v bežnej reči označujú „traumatické“, ako sú napr. rozvod, strata zamestnania, zlyhanie na skúške. March (1990, 1993) zistil zjavný vzťah medzi závažnosťou stresovej expozície a rizikom rozvoja PTSD. Porucha sa objavila trikrát častejšie u zranených veteránov než u vojakov, ktorí zranení v boji neboli (Heltzer et al., 1987). Podobne sa PTSP častejšie objavuje u žien, ktoré boli pri znásilnení poranené, ako u tých, ktoré poranené neboli (Winfield et al., 1990). Na druhej strane však nie je potrebné, aby udalosť priamo postihla jedinca ako obet. Často stačí, aby bol daný jedinec svedkom traumatizujúcej udalosti. U približne 25 -30 % ľudí, ktorí zažili traumatickú udalosť, sa PTSP môže rozvinúť. Avšak väčšina ľudí sa po prechodnom období psychickej nestability dokáže veľmi dobre kompenzovať.

Klinicky je potrebné vziať do úvahy individuálne biologické faktory, predchádzajúce psychosociálne faktory a udalosti, ktoré sa stali po traumatickej udalosti. Napr. spoločný skupinový zážitok traumatickej udalosti (napr. požiar alebo povodeň) pomáha jedincovi sa s traumou vysporiadať lepšie, pretože udalosť môže zdieľať s ostatnými. Nemusí to však platiť v prípade, keď sa za udalosť cíti byť vinný. March (1993) vo svojom prehľade zhruňa, že okrem objektívnych charakteristik udalosti, ako je miera ohrozenia života, prítomnosť či neprítomnosť telesného zranenia, hrá v reakcii na traumu veľkú rolu kognitívna a afektívna reakcia. Pravdepodobnosť rozvoja PTSP výrazne zvyšuje prežívanie intenzívneho strachu, bezmocnosti alebo desu.

Podľa NICE (2018) sú pri PTSP najtypickejšie tzv. symptómy znovuprežívania traumy. Postihnutí nedobrovoľne znova prežívajú prvky traumatickej udalosti veľmi živým a nepríjemným spôsobom. Sem patria hlavne opäťovné záblesky (tzv. flashbacky), kedy sa osoba správa alebo cíti, akoby sa udalosť znova diala, nočné mory a opakujúce sa vtieravé obrazy či iné zmyslové vnemy spájajúce sa s udalosťou. Podnety pripomínajúce traumatickú udalosť vzbudzujú intenzívnu nepohodu a fyziologické reakcie.

Ďalším z hlavných symptómov PTSP je vyhýbanie sa podnetom, ktoré pripomínajú traumu. To zahrňa ľudí, situácie či okolnosti pripomínajúce či spojené s udalosťou. Ľudia trpiaci PTSP sa často snažia vypudit' spomienky na udalosť zo svojej mysele a vyhýbajú sa myslaniu či rozprávaniu sa o jej podrobnostiach. Na druhej strane, mnohí postihnutí nadmerne uvažujú o rôznych otázkach s udalosťou spojených, čo im bráni sa s ňou zmieriť (napr. prečo sa im to stalo, ako sa udalosti dalo vyhnúť alebo ako by sa mohli pomstiť).

Postihnutí často zažívajú aj symptómy extrémneho nabudenia (arousal) zahŕňajúce hypervigilitu voči hrozbám, prehnané úľakové reakcie, iritabilitu, problémy so sústredením

a so spánkom. Niektorí postihnutí tiež popisujú symptómy emocionálneho znecitlivenia. Tieto zahŕňajú nedostatok schopnosti prežívať pocity, pocity odtiažitosti od ostatných ľudí, vzdanie sa predošlých záujmových aktivít a amnéziu na podstatnú časť udalosti.

Symptómy PTSP sa často objavia okamžite po traumatickej udalosti, a v niektorých prípadoch (menej než 15 % prípadov všetkých postihnutých) sa môžu symptómy objaviť neskôr. Pacienti trpiaci symptómami PTSP nemusia vyhľadať liečbu ani celé mesiace, či roky po nástupe symptómov, napriek tomu, že zažívajú výraznú nepohodu. PTSP je však liečiteľná porucha, aj keď sa problémy prejavili aj veľa rokov po traumatickej udalosti. Stanovenie diagnózy PTSP však môže byť náročné, keďže veľa ľudí sa vyhýba rozprávaniu o svojich tăžkostiah, hoci sa často stážujú na problémy s nimi spojené.

Osoby s PTSP mávajú často aj iné symptómy, napr. trpia depresiou. Ak postihnutí prežili traumy opakovane, alebo prešli mnohopočetnými traumami, alebo majú výrazné psychické problémy, ich uvádzanie symptómov PSTP z ich strany môže byť komplikované, a potrebujú dostatočný čas, aby sa prispôsobili typu liečby, ktorej sa podrobia.

## **Diagnostika / Postup určenia diagnózy**

Efektívna liečba PTSP sa môže uskutočniť iba ak je porucha správne diagnostikovaná. V niektorých prípadoch, napr. následne po závažnejších katastrofách, je potrebné zvážiť špecifické opatrenia na podchytenie ľudí, ktorí by mohli byť ohrození.

U prevažnej väčšiny ľudí s PTSP sa porucha môže diagnostikovať popri iných liečebných postupoch, napr. následne po napadnutí či nehode, po ktorých je potrebná nejaká forma zdravotnej starostlivosti, alebo tiež v prípadoch, keď osoba prejavuje známky domáceho násilia, či potom ako predchádzajúce záznamy uvádzajú sexuálne zneužívanie v detstve.

## **Diagnostika v primárnej starostlivosti**

PTSP sa podľa NICE (2018) môže prejavovať rôznymi symptómami. U dospelých osôb sú to najčastejšie živé, nepríjemné spomienky na traumatickú udalosť, alebo spätné záblesky, tzv. „flashbacky“ (ktoré tiež zaraďujeme medzi vtieravé symptómy a symptómy znovuprežívania traumatickej udalosti). Výraznejším prejavom môže tiež byť vyhýbanie sa situáciám spojených s traumou, alebo vyhýbanie sa sociálnym kontaktom vo všeobecnosti.

Je dôležité, aby zdravotnícki pracovníci v primárnom kontakte predpokladali prítomnosť tejto poruchy a pri jej diagnostike sa pýtali základné otázky citlivým spôsobom, a to tak na symptómy, ako aj na samotnú traumatickú udalosť (otázky sú uvedené v časti špecifické otázky). Viaceré problémy, ako napr. depresia, sú často dôsledkom PTSP a zmiernia sa v priebehu jej liečby. Pokiaľ sa tak nestane, alebo komorbídne poruchy bránia efektívnej liečbe PTSP, je vhodné zvážiť špecifickú liečbu týchto ďalších porúch.

PTSP sa môže prejavovať rôznorodou škálou symptómov (vrátane znovuprežívania, vyhýbavého správania, hypervigilancie, extrémneho nabudenia, depresie, emocionálneho znecitlivenia, abúzu drog a alkoholu, či hnevú). Pracovníci v primárnej zdravotnej starostlivosti by sa mali citlivovo spýtať pacientov s prejavmi pripomínajúcimi PSTP, či nezažili nejaký traumatický zážitok (ktorý sa mohol stať aj pred viacerými mesiacmi alebo rokmi), a uviesť im konkrétnie príklady takýchto udalostí (napr. napadnutia, dopravné nehody,

znásilnenia, pohlavné zneužívanie v detstve, či komplikovaný pôrod). Na prítomnosť traumatických udalostí je potrebné pýtať sa taktiež pacientov s nevysvetlenými symptómami, ktorí opakovane navštevujú ambulancie všeobecných lekárov pre dospelých (NICE 2018).

### **Identifikácia PTSP v nemocničnom prostredí**

Aj niektorí ľudia, ktorí vyhľadajú zdravotnú starostlivosť v nemocnici, mohli prežiť traumatické udalosti. Stretnúť sa s nimi možno hlavne na akútnych oddeleniach, ortopédii, alebo na oddelení plastickej chirurgie. Pre niektorých ľudí s PTSP je toto ich hlavný kontakt so systémom zdravotnej starostlivosti, a je ho potrebné využiť na prípadné rozpoznanie a diagnostiku PTSP.

### **Skrínинг osôb, ktorí prežili hromadné nešťastia, utečencov a žiadateľov o azyl**

U mnohých účastníkov hromadných nešťastí sa prejavujú jednak krátkodobé, a jednak dlhodobé dôsledky týchto udalostí. Štátne orgány zodpovedné za vypracovanie zásahového plánu pri hromadných nešťastiach by mali zvážiť skrínинг všetkých zúčastnených. Takýto postup je tiež potrebný u utečencov z vojnových oblastí, ktorí mohli prežiť závažné traumatické udalosti. Počas jedného mesiaca by mali prejst' krátkym skríniningovým postupom. Pri utečencoch a žiadateľoch o azyl s vysokým rizikom rozvinutia PTSP by sa mal stručný skrínining na PTSP použiť ako súčasť úvodného vyšetrenia zdravotného stavu, a následne pri každom komplexnom vyšetrení telesného a duševného stavu.

Pre komplexnosť prístupu je vhodné uviesť, že podľa klasifikačného systému DSM-V môže byť PTSP

- **akútna** - symptómy trvajú 1 až 3 mesiace
- **chronická** - trvá dlhšie

Klasifikačný systém MKCH-10 túto diferenciáciu neuvádza.

Pokiaľ sa symptómy neobjavia do 6 mesiacov po traumatickej udalosti, ale neskôr, hovoríme o odloženom začiatku (podľa MKCH-10 na rozdiel od DSM-V), avšak už nesplňa tieto kritériá.

Prvým krokom v diagnostike je vytvorenie „zoznamu traumatických udalostí“, ktoré spôsobili, že pacienti prežívajú väčšinu symptómov PTSP. U väčšiny postihnutých sú prítomné viacnásobné traumy. Klíúcom k nim sú konkrétné obsahy vnucujúcich sa spomienok, negatívne kognície týkajúce sa traumy a ľudia, miesta, alebo udalosti, ktorým sa pacienti vyhýbajú (Resic, Monson, Chard, 2016).

### **Podrobne posúdenie symptómov**

- rozhovor,
- posudzovacia škála - napr. PCL-5, slovenská verzia (Banik et al., 2014) - na zistenie, či pacient splňa dg kritériá MKCH-10 (resp. MKCH-11),
- prítomnosť depresie - dotazník PHQ-9 Sk (Patient Health Questionnaire 9 - inventár 9 symptómov), prípadne BDI II (Beck Depression Inventory II),
- prítomnosť úzkosti - dotazník GAD-7 Sk (General Anxiety Disorder 7; 7-položková škála generalizovanej úzkosti).

Dotazníky PHQ-9 Sk a GAD-7 je možné administrovať pri každom sedení, aby terapeut a pacient videli, ako sa vyvíja priebeh poruchy.

**Meranie efektu terapie** - dotazník CORE-OM na začiatku a konci liečby (Bieščad, 2009).

V prípade podozrenia na poruchy intelektu, kognitívnych schopností, pozornosti, osobnostných charakteristík a prítomnosti psychopatologických fenoménov je potrebné vykonať komplexné psychologické vyšetrenie, s použitím zodpovedajúcich psychologických aj projektívnych metodík.

### Diferenciálna diagnóza

Podľa Praška (2008) sa niektoré symptómy PTSP môžu prekrývať so symptómami inej psychickej poruchy, napr. depresie, panickej poruchy, organickej psychickej poruchy, či poruchy osobnosti (napr. anhedónia, nadmerné nabudenie (hyperarousal), panické záchvaty, interpersonálne konflikty). Pri týchto poruchách však typicky chýba neželané spomínanie si na traumu.

Naopak, pacienti s PTSP sú často nesprávne vedení pod diagnózou inej psychickej poruchy. To vedie k nesprávnej liečbe a chronifikácii poruchy. Odborný zdravotnícky pracovník by mal o možnosti PTSP uvažovať vždy, keď vyšetruje pacienta s inou úzkostnou poruchou, závislosťou od návykových látok, chronickou bolestou a depresívnou poruchou.

Pozornosť pri diagnóze PTSP je potrebné venovať prípadnému **úrazu**, hlavne **hlavy**. Je potrebné uvažovať aj o ďalších **organických príčinách**, ako je **epilepsia, závislosť od alkoholu či iných návykových látok**. Akútnej intoxikácii i abstinencné príznaky mávajú totiž obraz podobný PTSP.

Niekedy sa PTSP chybne diagnostikuje ako **akútna reakcia na stres**. Pri nej však začínajú psychické problémy spravidla bezprostredne po strese, a porucha skôr odznieva. V klinickom obraze nie je spravidla dostaťok symptómov, ktoré by oprávňovali stanoviť diagnózu PTSP.

Niekedy po traumatickej udalosti dochádza k rozvoju **špecifickej fóbie**. Napr. po autohavárii môže dôjsť k rozvoju strachu šoférovať alebo jazdiť verejnou dopravou. Chýba však intruzívne spomínanie si na udalosť a zvýšené nabudenie (arousal).

**Generalizovaná úzkostná porucha** má niektoré symptómy, ktoré pripomínajú PTSP, a niekedy je jej spôsobom traumatická udalosť. Medzi tieto symptómy patria pocity „na hranici svojich síl“, zlá koncentrácia, podráždenosť, poruchy spánku. PTSP má však ešte iné odlišné symptómy spomenuté vyššie. Typické obavy a starosti pri generalizovanej úzkostnej poruche sú iného pôvodu, a týkajú sa spravidla každodenných povinností, zdravia, finančnej situácie. Avšak obe poruchy sa môžu vyskytnúť súčasne.

U ľudí trpiacich **obsedantno-kompulzívou poruchou** sa tiež objavujú intruzívne myšlienky, avšak pacient si uvedomuje, že väčšina z nich sa netýka žiadnej traumatickej udalosti. PSTP

však obsedantno-kompulzívnu poruchu môže vyvolať, je to však skôr výnimkočné (napr. generalizácia kompulzívneho umývania sa po znásilnení kvôli zamedzeniu kontaminácie).

**Panická porucha** je charakterizovaná panickými záchvatmi a často zvýšeným nabudénom (arousal) v čase záchvatov i počas anticipačnej úzkosti. Rozdiel je v kogníciách, ktoré sa panického záchvatu týkajú. Pri PTSP sú kognitívne aspekty úzkosti späté s traumaticou udalosťou a spomienkami na ňu, zatiaľ čo pri panickej poruche s náhlym pocitom ohrozenia zdravia. Komorbidita medzi týmito dvoma poruchami je však častá.

Rovnako aj niektoré symptómy **depresívnej poruchy** môžu pripomínať PTSP a naopak. Ide hlavne o stratu záujmov, zhoršenú koncentráciu, znížené emocionálne reagovanie voči druhým, anhedóniu, hypobúliu, zhoršený spánok, negatívny pohľad do budúcnosti. Depresívna porucha sa niekedy tiež rozvíja s určitou latenciou po traumatickej udalosti. Pri depresívnej poruche však chýba intruzívne spomínanie si na traumatickú udalosť. U niektorých ľudí však môže PTSP postupne prerásť do hlbokej depresie, a táto depresia sa môže potom opakovat. Komorbidita je veľmi častá.

**Disociatívne poruchy** môžu taktiež pripomínať PTSP. Tesne po traumatickej udalosti sa disociatívne stavy vyskytujú často. Disociatívna porucha sa však spravidla líši tým, že symptómy sa rozvinú hned po traumatickej udalosti, netrvajú dlhšie ako 4 týždne a chýbajú aj iné symptómy PTSP. Niekedy je ľahké odlišiť pacienta trpiaceho PTSP od pacienta s **hraničnou poruchou osobnosti**. Obe poruchy navyše často koexistujú. Reminiscencia spomienok a vyhýbavé správanie býva však pre PTSP typické.

Podobne to môže byť pri **histriónskej poruche osobnosti**. Ak nejde o komorbiditu oboch porúch, pri histriónskej poruche osobnosti chýba typické vyhýbavé správanie a kognitívne vyhýbanie (naopak, pacient sa v rozprávaní o všetkých možných traumách doslova vyžíva). Chýba zvýšené nabudenie (arousal) s vegetatívnou hyperaktivitou.

Vzhľadom na popularizáciu PTSP v médiach je potrebné tiež uvažovať o **simulácii a pseudológií**. Prežívanie traumatickej udalosti môže tiež exacerbovať inú, už preexistujúcu psychickú poruchu (Smith et al., 1990).

## Dôsledky a komorbidita

Každá katastrofická udalosť, ak nebola spracovaná, môže viest' k nasledujúcim chronickým poruchám:

- psychosomatické poruchy,
- panická porucha,
- depresia,
- sociálna fobia,
- agorafóbia,
- sexuálne dysfunkcie,
- abúzus návykových látok,
- partnerský nesúlad,
- psychogénna paranoidná psychóza

**Komorbidita** je pri PTSP vysoká. Podľa National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1995) 79 - 88 % osôb trpiacich PTSP splňa kritériá pre najmenej jednu ďalšiu poruchu. Následne často vznikajú iné úzkostné poruchy, depresívna porucha, závislosť od návykových látok, pomerne časté sú suicidálne pokusy. Shore et al. (1989) zistili, že 28 % postihnutých trpí zároveň generalizovanou úzkostnou poruchou, 12 % fóbiami, 10 % abúzom alkoholu a menej ako 4 % abúzom drog, panickou poruchou, obsedantno-kompulzívou poruchou alebo antisociálnou poruchou osobnosti.

### **Diagnostický postup, vyšetrenie a hodnotenie**

K diagnostickému postupu, vyšetreniu a hodnoteniu pacienta s PTSP patrí psychiatrické vyšetrenie, ktoré je v kompetencii psychiatra.

**Klinický psychológ**, po vyšetrení somatického stavu pacienta, ktoré má vylúčiť somatické ochorenie, s negatívnym výsledkom, na základe výpovede pacienta, anamnestických údajov, informácií od blízkych osôb, komplexného psychodiagnostického vyšetrenia a prípadne psychofyziologického vyšetrenia (kvôli zvýšenej úrovni nabudenia (arousal) potvrzuje symptomatiku alebo stanovuje diagnózu PSTP podľa MKCH-10 (resp. MKCH-11).

Hodnotenie pacienta s PTSP by malo zachytiť povahu, intenzitu a trvanie jednotlivých symptómov, premorbídnu osobnosť a predchorobie. Ak bolo súčasťou traumy zranenie, je potrebné podrobnejšie neurologické a somatické vyšetrenie.

### **Liečba**

Liečba PTSP je zameraná na dve hlavné kategórie symptomov (Davidson et al., 1997; Crockett a Davidson, 2002):

- 1) **základné symptómy PTSP**
  - a) intruzívne znovuspomínanie si na traumu (nočné mory, flashbacky),
  - b) vyhýbanie sa stimulom pripomínajúcim traumu,
  - c) anhedónia, strata pozitívnych emócií, depersonalizácia,
  - d) extrémne nabudenie (hyperarousal)
- 2) **druhotné symptómy** - narušené fungovanie v práci, v rodine, vo voľnom čase, zhoršená tolerancia stresu, vzťahové problémy a komorbídne poruchy (depresia, závislosti, iné úzkostné poruchy).

V liečbe PTSP sa odporúčajú psychologické (psychoterapeutické) a farmakologické postupy podľa EBM. Farmakologické postupy sú v kompetencii psychiatra.

Posledný analytický prehľad odporúčaných liečebných psychoterapeutických a iných nefarmakologických terapeutických postupov pri liečbe PTSP uvádzajú Hamblen et al. (2019). Základné odporúčania sú uvedené v Tabuľke č. 2, Tabuľke č. 3, Tabuľka č. 4.

**Tabuľka č. 2:**

 <p style="text-align: center;"><b>Prioritizácia odporúčanej liečby pre individuálnu psychoterapiu PTSP</b></p>					
Odporúčanie	APA, 2017	ISTSS, 2018	NICE, 2018	Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013	VA/DoD, 2017
<b>Silné odporúčanie</b>			Prednostne <b>sa odporúča</b> individuálna, manualizovaná na traumu zameraná KBT alebo EMDR (posledné iba pre traumu nesúvisiacu s bojom) pred inými psychologickými alebo farmakologickými intervenciami pri primárnej liečbe stanovenej PTSD.		Na primárnu liečbu stanovenej PTSD sa odporúča individuálna, manualizovaná na traumu zameraná psychoterapia pred inými farmakologickými a nefarmakologickými intervenciami. Ak individualizovaná na traumu zameraná psychoterapia nie je ľahko dostupná alebo nie je preferovaná, odporúča sa farmakoterapia alebo individuálna non-traumatologická psychoterapia. Pokial' ide o farmakoterapiu a non-traumatologickú psychoterapiu, nie sú dostatočné dôkazy na uprednostnenie jednej pred druhou
<b>Stredné odporúčanie</b>			Zvážiť KBT intervencie cielené na špecifické symptómy ako poruchy spánku alebo hnev len ak osoba nie je schopná alebo ochotná podstúpiť na traumu zameranú intervenciu, alebo má reziduálne symptómy po intervencii zameranej na traumu medikáciu zväžte, iba ak osoba preferuje skôr medikamentóznu liečbu alebo ako sekundárnu augmentačnú liečbu na potlačenie symptómov a nežiaduceho správania	Medikamentózna liečba by sa pri PTSP u dospelých nemala rutiňne používať ako primárna liečba pred na traumu zameranou KPT alebo EMDR.	

*Poznámka:* APA= American Psychological Association; ISTSS = International Society for Traumatic Stress Studies; NICE = National Institute for Health and Care Excellence; VA/DoD = Department of Veterans Affairs and Department of Defense; PTSP = posttraumatická stresová porucha

**Tabuľka č. 3:**

 <h3>Odporúčania pre individuálnu psychoterapiu PTSP</h3>					
Odporúčanie	APA, 2017	ISTSS, 2018	NICE, 2018	Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013	VA/DoD, 2017
<b>Silné odporúčanie</b>	KBT Prolongovaná expozícia CPT (Cog. Processing Th.) KT	Na traumu zameraná KBT (nediferencujúca) Prolongovaná expozícia CPT EMDR	Na traumu zamerané kognitívno-behaviorálne intervencie vrátane: CPT KT pre PTSP Naratívna expozičná terapia Prolongovaná expozícia EMDR (viac ako 3 mesiace po traume nesúvisiacej s bojom)	Na traumu zamerané kognitívno-behaviorálne intervencie EMDR	Na traumu zameraná terapia Prolongovaná expozícia CPT EMDR Špecifická KBT pre PTSP Krátka eklektická psychoterapia Naratívna expozičná terapia Písomná naratívna expozícia
<b>Stredné odporúčanie</b>	Krátka eklektická psychoterapia EMDR Naratívna expozičná terapia	KBT bez traumatického zamerania Naratívna expozičná terapia Terapia zameraná na súčasnosť (PCT)	EMDR (1-3 mesiace po traume nesúvisiacej s bojom)		Interpersonálna psychoterapia Terapia zameraná na súčasnosť (PCT) Tréning na očkovanie stresom
<b>Veľmi nízke odporúčanie</b>	neuvedené	neuvedené	neuvedené	Ak symptómy nereagovali na celý rad intervencií zameraných na traumy, mali by sa zvážiť psychologické intervencie založené na dôkazoch, ktoré nie sú zamerané na traumu (napr. Tréning na očkovanie stresom)	neuvedené
<b>Nedostatočne podporené odporúčanie</b>	Relaxácia Vyhľadanie bezpečia	Krátka eklektická psychoterapia Dialogická expozičná terapia Techniky emocionálnej slobody (EFT) Interpersonálna psychoterapia Pozorovaná a experimentálna integrácia (OEI) Psychodynamická psychoterapia Relaxačný tréning REM desenzitizácia Podporné poradenstvo	neuvedené	neuvedené	Terapia pomocou prijatia a záväzku (ACT) Dialektická behaviorálna terapia (DBT) Vyhľadanie bezpečia Tréning zručností v afektívnej a interpersonálnej regulácii Podporné poradenstvo
<b>Nové odporúčania</b>	neuvedené	Jedno sedenie KBT Rekonsolidácia traumatických spomienok Terapia virtuálnou realitou Písomná expozičná terapia	neuvedené	neuvedené	neuvedené

Poznámka: APA = American Psychological Association; ISTSS = International Society for Traumatic Stress Studies; NICE = National Institute for Health and Care Excellence; VA/DoD = Department of Veterans Affairs and Department of Defense; PTSP = posttraumatická stresová porucha

Terapia „očkovanie stresom“ (SIT - stress inoculation therapy) je psychoterapeutická metóda, ktorá má pacientovi pomôcť vopred sa pripraviť na úspešné zvládanie stresových udalostí a pri minimálnom rozrušení.

**Tabuľka č. 4**

 <b>Ďalšie odporúčania pre PTSP</b>					
Formát terapie	APA, 2017	ISTSS, 2018	NICE, 2018	Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013	VA/DoD, 2017
skupinová	neuvádzajúca	<b>Stredné odporúčanie:</b> skupinová na traumu zameraná KBT Nové/vynárajúce sa odporúčanie: Kombinovaná skupinová + individuálna zameraná na traumu Insuficientné odporúčanie: Skupinová interpersonálna terapia, skupinové podporné poradenstvo		<b>Nízke odporúčanie:</b> skupinová KBT (zameraná na traumu alebo nezameriavajúca sa na traumu) môže byť poskytnutá ako doplnok k individuálnej terapii zameranej na traumu, ale nemožno ich ju považovať za alternatívu	<b>Stredné odporúčanie:</b> Skupinová terapia bez liečby Insuficientné odporúčanie: Nie je dostatok dôkazov na odporúčanie použitia jedného typu skupinovej terapie pred inými
párová	neuvádzajúca	<b>Nové odporúčanie:</b> párová na traumu zameraná KBT	<b>Nedostatočne podporené odporúčanie:</b> kombinovaná KBT	neuvádzajúca	<b>Nedostatočne podporené odporúčanie:</b> párová terapia zameraná na traumu alebo nezameriavajúca sa na traumu
založená na Internete	neuvádzajúca	<b>Stredné odporúčanie:</b> riadená na traumu zameraná KBT založená na Internete	<b>Stredné odporúčanie:</b> riadená na traumu zameraná KBT založená na Internete	<b>Nízke odporúčanie:</b> na traumu zameraná KBT založená na Internete ako alternatíva k liečbe	<b>Stredné odporúčanie:</b> riadená na traumu zameraná KBT založená na Internete ako alternatíva k žiadnej liečbe
doplňková a integrujúca zdravie	neuvádzajúca	<b>Nové odporúčanie:</b> Akupunktúra, neurofeedback, somatické prežívanie, Suikoishikankyo, somatické prežívanie a joga Insuficientné odporúčanie: modifikácia zameranosti pozornosti, elektroakupunktúra, hypnoterapia, mantra opakovanie, skupinová redukcia stresu založená na mindfulness, skupinová muzikoterapia, prírodná dobrodružná terapia a fyzické cvičenie	<b>Nedostatočne podporené odporúčanie:</b> Akupunktúra, artterapie, biofeedback, cvičenie, meditácia, redukcia stresu založená na mindfulness, neurofeedback a joga	<b>Veľmi nízke odporúčanie:</b> akupunktúra pre ľudí, ktorí nereagujú na psychologickú liečbu zameranú na traumu alebo na farmakoterapiu	<b>Nedostatočne podporené odporúčanie:</b> Akupunktúra alebo iné doplnkové postupy a postupy integrujúce zdravie, ako meditácia (vrátane mindfulness), joga, mantra meditácia
Nefarmakologická biologická	neuvádzajúca	<b>Nové odporúčanie:</b> transkraňálna	<b>Nedostatočne podporené</b>	neuvádzajúca	<b>Nedostatočne podporené</b>

	magnetická stimulácia (TMS)	<b>odporúčanie:</b> repetitívna transkraniálna magnetická stimulácia		<b>odporúčanie:</b> repetitívna transkraniálna magnetická stimulácia, elektrokonvulzívna terapia, hyperbarická oxygenoterapia, blokáda ganglion stellatum, stimulácia n. vagus
--	-----------------------------	---	--	---

Poznámka: APA = American Psychological Association; ISTSS = International Society for Traumatic Stress Studies; NICE = National Institute for Health and Care Excellence; VA/DoD = Department of Veterans Affairs and Department of Defense; PTSP = posttraumatická stresová porucha

### Dlhodobý efekt psychologickej liečby

Efekt liečby pretrváva 6 - 18 mesiacov po liečbe (Cougle, 2009; Van Etten, Taylor, 1998; Edmond, Rubin, 2004; Wilson, Becker, Tinker, 1997; Knaevelsrud, Maercker, 2010). Dlhodobé sledovanie pacientov liečených pomocou EMDR zistili, že jej efekt pretrváva u väčšiny pacientov s plnou pracovnou kapacitou 3 roky (Hogberg et al., 2008). Veľmi dlhodobé sledovania preukázali, že zlepšenia v PTSP a v príbuzných symptónoch po kognitívnej na spracovanie PTSP zameranej terapii a po predĺženej expozičnej terapii pretrvávali 5 - 10 rokov (Resick et al., 2012).

Pre liečbu PTSP je KBT účinnou voľbou prvej línie. Jej efektívnymi formami sú na traumu zameraná KBT, EMDR, predĺžená expozičná terapia a terapia zameraná na zvládanie stresu. IKBT a expozícia virtuálnej realítou sú účinné taktiež. Efekt terapie sa udržal v dlhodobom sledovaní viac ako 10 rokov po liečbe (Katzman, 2014).

Podľa NICE (2018) PTSP reaguje na rôzne efektívne spôsoby liečby. Akákoľvek liečba by mala byť podporená vhodným informovaním pacienta o pravdepodobnom priebehu poruchy. Výskumne dôkazy sú zhrnuté v NICE (2018e) pre liečbu dospelých na ÚD I.

Pri vytváraní a schvaľovaní liečebného plánu s pacientmi s PTSP by sa zdravotníčki pracovníci mali uistíť, že pacient bol informovaný o obvyklých reakciách na traumatickú udalosť, vrátane symptómov PTSP, jej priebehu a spôsoboch liečby. Informácie je potrebné pacientovi a jeho rodinným príslušníkom, alebo opatrovníkom poskytnúť tak ústne, ako aj písomne.

V prípade, že sú k dispozícii podporné skupiny rovnako postihnutých ľudí, je potrebné ich pacientovi odporučiť. Tieto skupiny by však mali byť vedené osobou vyškolenou v postupoch liečby psychických porúch a vedené spôsobom, ktorý nevedie k riziku zhoršenia symptómov. Mali by tiež poskytovať informácie o tom, kde je možné sa liečiť.

Liečba sa má uskutočňovať v bezpečnom prostredí. Preto by si mali terapeuti uvedomovať všetky rizikové podnety, ktoré by mohli traumu u pacienta vyvolať. Nemali by vystavovať pacientov s PTSP podnetom, ktoré môžu zhoršovať ich symptómy, alebo ich odradiť od liečby (hluché, obmedzujúce prostredie).

Podľa NICE (2018) je potrebné do liečby zapojiť rodinu a blízkych ľudí postihnutého PTSP. Je potrebné im poskytnúť informácie o liečbe a zvládaní psychických problémov a problémov v správaní, vrátane nebezpečenstva, ktoré hrozí pacientovi aj iným ľuďom. Je potrebné prebrať s nimi, ako ich ovplyvňuje správanie pacienta, a informovať ich, ako majú pacienta viest' k tomu, aby sa liečil, čo majú robiť, keď sa nechce liečiť, alebo keď prestane navštevovať terapiu. V prípade potreby je vhodné poskytnúť rodinným príslušníkom a blízkym ľuďom emocionálnu podporu a radu, prípadne ich odoslať za vhodným odborným pracovníkom, alebo odporučiť podpornú skupinu. Je potrebné zvážiť tiež ďalšie posúdenie, sledovanie podpory a intervenciu pre rodinných príslušníkov s podozrením na PTSP. Ak bola celá rodina postihnutá traumatickou udalosťou, mali by terapeuti zvážiť, ktoré liečebné postupy je možné popri individuálnej liečbe poskytovať spoločne (napr. psychoedukáciu).

V prípade jazykových problémov, alebo v prípadoch kultúrnej odlišnosti, je potrebné využiť služby prekladateľov, alebo odporučiť postihnutého k inému odborníkovi.

V rámci informovaného súhlasu o liečbe PTSP s postihnutým (a jeho rodinou alebo opatrovníkmi, ak je to vhodné) je potrebné poskytnúť informácie o akýchkoľvek navrhovaných liečebných postupoch, vrátane ich cieľa, na čom sa budú zakladat', koľko budú trvať a ako budú prebiehať. Je potrebné pacienta informovať o pravdepodobnosti zlepšenia alebo uzdravenia a o tom, že symptómy sa môžu dočasne zhoršiť. Terapeut má brať do úvahy to, čomu dáva pacient prednosť, akú liečbu absolvoval doteraz, aké je narušenie fungovania pacienta v bežnom živote, čo z toho je spojené s poruchou a aké sú súčasné životné okolnosti pacienta. Do úvahy je potrebné brať všetky sociálne a osobnostné faktory, ktoré by mohli hrať rolu v rozvoji a udržiavaní poruchy, napr. zneužívanie v detstve, alebo mnohopočetné traumatické skúsenosti.

Je potrebné, aby zdravotnícki pracovníci brali do úvahy, že ľudia s PTSP môžu reagovať odlišne, ako sa vo všeobecnosti očakáva, môžu mať strach, môžu byť úzkostní alebo zahanbení. Môžu sa liečbe vyhýbať, pretože si myslia, že PTSP je neliečiteľná, alebo je pre nich ľažké terapeutovi dôverovať. Terapeut má zabezpečiť kontakt s pacientmi a ich aktívne sledovanie ak pacienti vynechávajú sedenia a umožniť im čo najväčšiu pružnosť v poskytovaní terapie (NICE 2018).

U pacientov s vysokým rizikom, že by mohli ublížiť sebe alebo iným, je potrebne vypracovať plán na zvládnutie tohto rizika (ak je to vhodné, tak so zapojením pacientovi blízkych ľudí) ako súčasť úvodného liečebného plánu.

Mnohí pacienti s PTSP sa môžu uzdraviť aj pri obmedzenej alebo žiadnej terapeutickej intervencii. Bez efektívnej liečby sa však u mnohých ľudí môžu v priebehu rokov vyvinúť chronické problémy. Závažnosť prvotnej traumatickej reakcie je primeraným indikátorom potreby včasnej intervencie, a v takýchto prípadoch by mala byť poskytnutá zodpovedajúca liečba (NICE 2018).

## Aktívne sledovanie

Ak sú symptómy mierne a sú prítomné menej ako štyri týždne od traumatickej udalosti, je potrebné aktívne sledovanie. Takýto kontakt by mal byť v priebehu prvého mesiaca po traumatickej udalosti.

## Psychologické poskytovanie debríngu v rámci prevencie a liečby PTSP sa neodporúča (NICE 2018).

Okamžitá psychologická intervencia pre všetkých účastníkov má mať formu praktickej, sociálnej a emocionálnej podpory podanej empatickým spôsobom. Pri jej poskytovaní by si zdravotníčki, sociálni pracovníci a iní poskytovatelia mali byť vedomí psychického dopadu traumatických udalostí na postihnutých a sociálne okolie. Nie je však reálne očakávať, že jedno sedenie bude dostatočné.

Podľa NICE (2018) by sa mala individuálna na traumu zameraná KBT liečba poskytovať podľa validizovaného manuálu, obvykle má trvať 6-12 sedení, avšak v zložitejších prípadoch, ako sú napr. mnohopočetné traumy, aj viac. Terapeut by mal byť v metóde vyškolený a byť pod supervíziou. Liečba by mala byť prispôsobená veku a stupňu vývinu dieťaťa. Ak je to potrebné, tak by do liečby mali byť zapojení rodičia, alebo opatrovníci dieťaťa.

## Súčasťou liečby má byť

- psychoedukácia týkajúca sa traumy, stratégie na zvládanie nabudenia (arousal), (riadené dýchanie, biofeedback a pod.), intenzívnych krátkych spomienok na traumu (flashbackov) a plánovanie bezpečia,
- má obsahovať preberanie a spracovanie traumatických spomienok,
- má obsahovať spracovanie emócií spojených s traumou, vrátane hanby, viny a hnevu,
- má obsahovať reštrukturáciu významu, ktorý má trauma pre postihnutého,
- má poskytnúť pomoc pri prekonávaní vyhýbavého správania,
- má pripraviť postihnutého na ukončenie liečby,
- naplánovať, ak je to potrebné, dodatočné sedenia, zvlášť pri významných výročiach týkajúcich sa traumy.

## Na traumu zameraná KBT liečebný postup má byť:

- poskytovaný podľa validizovaného manuálu, obvykle má trvať 8 - 12 sedení, avšak ak je to indikované klinicky, aj viac sedení (napr. pri mnohopočetných traumách). Terapeut by mal byť v metóde vyškolený a byť pod supervíziou,
- súčasťou liečby má byť psychoedukácia týkajúca sa reakcií na traumu, stratégie na zvládanie nabudenia (arousal) (riadené dýchanie, biofeedback a pod.), intenzívnych krátkych spomienok na traumu (flashbackov) a plánovania bezpečia,
- má obsahovať preberanie a spracovanie traumatických spomienok,
- má obsahovať spracovanie emócií spojených s traumou vrátane hanby, viny a hnevu.
- má obsahovať reštrukturáciu významu, ktorý má trauma pre postihnutého,
- má poskytnúť pomoc pri prekonávaní vyhýbavého správania,
- má sa zameráť na návrat adaptívneho fungovania, napr. v práci, alebo v sociálnych vzťahoch,

- pripraviť postihnutého na ukončenie liečby,
- naplánovať, ak je to potrebné, dodatočné sedenia, zvlášť pri významných výročiach týkajúcich sa traumy.

Terapeut môže zvážiť použitie EMDR u dospelých osôb s diagnózou PTSP alebo s významnými prejavmi PTSP, ktoré sa objavili 1 až 3 mesiace po traume, ktorá nebola spojená s bojovou situáciou, ak tomuto postupu postihnutý dáva prednosť.

### **EMDR u dospelých by mala byť založená na:**

- overenom manualizovanom postepe,
- obyčajne spočíva 8 - 12 sedeniach, niekedy aj viac, ak je to klinicky indikované, napr. ak pacient prežil viačnásobné traumy,
- majú ju poskytovať terapeuti vzdelaní v tejto metóde so stálou supervíziou,
- má byť vedená fázovitým spôsobom a má zahŕňať psychoedukáciu o reakciách na traumu, má viesť pacienta k tomu, aby vedel zvládať stres vyvolávajúce spomienky a situácie, má identifikovať a liečiť cieľové spomienky (často vizuálne predstavy) a vytvárať alternatívne pozitívne postoje pacienta voči sebe samému,
- počas sedení má terapeut používať opakovanie bilaterálnej stimulácie (obvykle pomocou očných pohybov) zameranú na konkrétné spomienky, kym tieto nestratia schopnosť vyvolávať nepohodu,
- zameriava sa na to, aby sa pacient naučil techniky, ktorými sa dokáže upokojiť, a techniky na zvládanie flashbackov, ktoré bude používať počas a medzi sedeniami.

### **Komputerizovaná KBT**

Je potrebné zvážiť podpornú na traumu zameranú komputerizovanú KBT pre dospelé osoby s diagnózou PTSP alebo s klinicky významnými symptómami PTSP viac ako 3 mesiace po traumatickom zážitku, ak jej dávajú prednosť pred osobnou, na traumu zameranou KBT alebo EMDR, v prípade že nemajú vážne symptómy PTSP, zvlášť disociatívne symptómy a nehrozí riziko im osobne alebo druhým ľuďom.

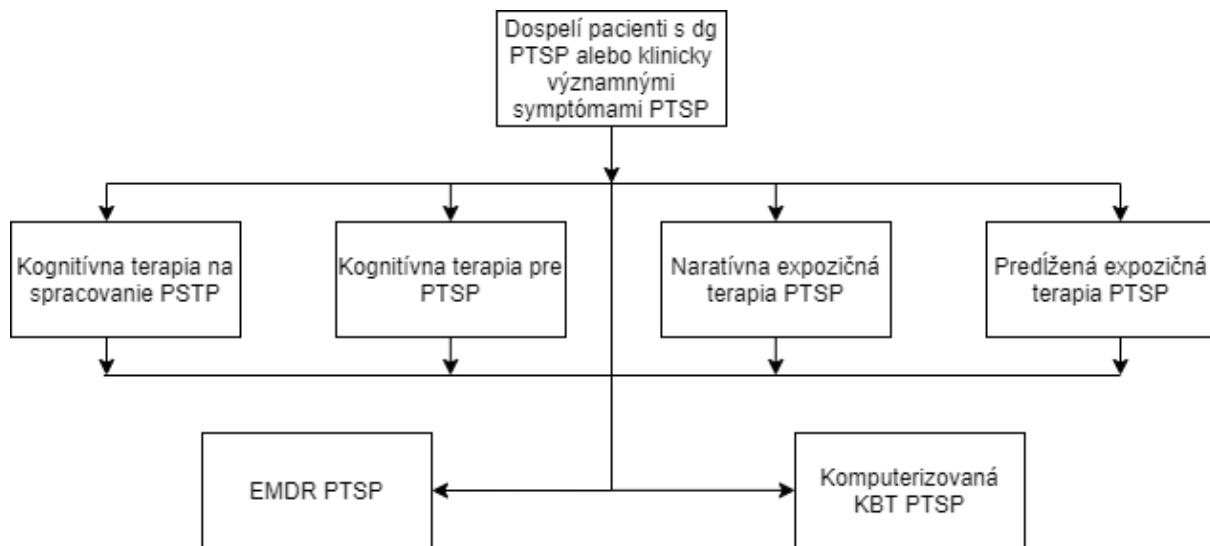
Podporné na traumu zamerané komputerizované KBT postupy by mali byť založené na overenom programe, a obvykle by mali trvať 8 až 10 sedení. Ich podstatou je preberanie a spracovanie traumatických spomienok, prepracovanie s traumou spojených spomienok, spracovanie emócií spojených s traumou, reštrukturácia významu, ktorý má trauma pre postihnutého, pomoc pri prekonávaní vyhýbavého správania, a návrat adaptívneho fungovania.

Spočíva v sprevádzaní a podpore od vyškoleného terapeuta, ktorý povzbudzuje pacientov, aby ukončovali terapeutické intervencie, dáva im spätnú väzbu na domáce úlohy a kontroluje postup a výsledky (NICE 2018).

U dospelých osôb s PTSP alebo u ľudí s klinicky významnými symptómami PTSP prítomnými viac ako 3 mesiace je potrebné zvážiť KBT intervencie zamerané na špecifické symptómy, ako sú poruchy spánku alebo hnev, len keď sa pacient nedokáže, alebo nie je

ochotný sa zapojiť do intervencií zameraných na traumu, alebo stále prejavuje reziduálne symptómy po intervenciách zameraných na traumu (NICE 2018).

**Tabuľka č. 5** Liečba dospelých



## Prognóza

Podľa Praška (2008) sa PTSP vyvíja niekedy hned' po traumatickej udalosti a môže sa zhoršovať v priebehu rokov - čas v tomto prípade nelieči. Inokedy sa symptómy objavia až po období latencie, ktoré môže trvať od niekoľkých týždňov až do niekoľkých mesiacov, výnimocne i rokov. Výrazne viac sú ohrození ľudia, ktorí v čase traumatickej udalosti už nejakou stratou trpeli, a ktorým chýbala podpora. Napr. vážnejšie následky znásilnenia prežívajú ženy, ktoré predtým stratili partnera.

PTSP môže vzniknúť v ktoromkoľvek veku. Častejšie sa však objavuje v mladšom veku, kedy je človek viac vystavený traumatickým udalostiam.

Najtypickejšími traumami u mužov sú vojnové/bojové zážitky a autonehody, u žien znásilnenie. Porucha častejšie postihuje slobodných, rozvedených, ovdovených, ekonomicky hendikepovaných alebo sociálne izolovaných ľudí (Kaplan a Sadock, 1996).

Latencia rozvoja symptómov od traumatickej udalosti môže trvať týždne až mesiace. Priebeh poruchy býva premenlivý. Davidson et al. (1991) a Heltzer et al. (1987) udávajú, že 47 %, resp. 33 % pacientov má diagnózu PTSP dlhšie ako rok. Black (1993) udáva, že okolo 30 % pacientov sa spontánne v priebehu času uzdraví, u 40 % pretrvávajú mierne symptómy, asi u 20 % dôjde súčasťne k zlepšeniu, ale pretrvávajú stredne závažné symptómy, a asi u 10 % zlepšenie vôbec nenastane. Lepšia prognóza býva u pacientov bez latencie alebo s krátkou latenciou objavenia sa symptómov, u pacientov s dobrým premorbídnym fungovaním a s dobrou sociálnou podporou.

Veľmi mladí a veľmi starí ľudia mávajú vo všeobecnosti horšiu prognózu ako ľudia v strednom veku. Napr. okolo 80 % detí trpí PTSP po roku a po dvoch rokoch po traumatických popáleninách, kým u dospelých je to len 30% po jednom roku (Kaplan a Sadock, 1996). Podobne častejšie sa PTSP rozvinie u starých ľudí - tu je to na základe rigidnejších a pomalších spôsobov adaptácie, tiažej životnej situácie a častej komorbidite so somatickými ochoreniami.

Prognózu výrazne zhoršuje premorbídna psychická porucha, či už ide o poruchu osobnosti, organickú psychickú poruchu, afektívnu poruchu alebo inú úzkostnú poruchu, abúzus alkoholu alebo užívanie drog. Naopak, dostupnosť sociálnej podpory môže pozitívne ovplyvniť rozvoj, závažnosť i trvanie PTSP (Praško, 1993).

### **Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)**

PTSP, zvlášť jej chronická forma, môže byť u časti pacientov rezistentná na psychologickú a farmakologickú liečbu. Takéto tiažké formy PTSP môžu viesť až k invalidizácii pacienta, a to zvlášť v komorbidite s inými psychickými poruchami.

### **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**

Za prvotné vyšetrenie a prvotnú koordináciu starostlivosti pacientov s PTSP sú zodpovední všeobecní lekári, ktorí podľa potreby odporúčajú ďalšie somatické, psychiatricke a psychologické vyšetrenie a liečbu.

Pomôckou pri orientačnom vyšetrení v primárnej starostlivosti môžu byť nasledovné otázky:

**Tabuľka č. 6:** Otázky vhodné na orientačnú detekciu symptómov PTSP v primárnej starostlivosti

 PTSD - MACSCREEN
Zažili ste alebo videli ste život ohrozujúcu traumatickú udalosť, ako napr. znásilnenie, nehodu, niekoho tiažko zraneného, účastníka nehody, vojnu, týranie?
Ak áno, potom pokračujte.
Zažívate danú udalosť stále znova a znova v rušivých (ubíjajúcich) snoch, v dotieravých momentoch, vo flashbackoch (vracajúcich sa spomienkach), alebo v telesných reakciach na situácie, ktoré vám pripomínajú danú udalosť?

Poznámka: Mancini et al., 2003; van Ameringen et al., 2010

Vyšetrenie pacientov trpiacich PTSP by mal uskutočniť zdravotnícky pracovník v rámci kompetencií podľa tohto štandardu a štandardu psychiatria. Vyšetrenie by malo byť komplexné, vrátane somatického vyšetrenia posúdenia psychického stavu, psychodiagnostického vyšetrenia, posúdenia sociálnej situácie pacienta a zhodnotenie rizika suicídia, sebapoškodenia a agresívnych prejavov.

Výber liečby má byť podľa preferencií pacienta, ktorému sú zdravotníčki pracovníci v rámci informovaného súhlasu povinní poskytnúť dostatočné informácie o podstate a priebehu liečebných postupov, aby sa mohol kvalifikované rozhodnúť.

Primárna a sekundárna starostlivosť o pacienta s PTSP má byť koordinovaná s určenou zodpovednosťou za monitorovanie pacientov s PTSP.

### **Podpora pre rodiny a opatrovateľov**

Rodina a opatrovatelia zohrávajú hlavnú úlohu pri podpore osôb s PTSP. Avšak v závislosti od povahy traumy a jej dôsledkov, mnohé rodiny samy o sebe potrebujú odbornú pomoc, a zdravotníčki pracovníci by si mali byť vedomí dôsledkov PTSP na všetkých členov rodiny, a ak je to potrebné, prešetriť tento dopad, a zvážiť primeranú starostlivosť.

Zdravotníčki pracovníci by sa mali uistiť, pokial' je to vhodné a s ohľadom na pacienta, či je rodina pacienta s PTSP plne informovaná, a či vedia, aké najčastejšie reakcie sa objavujú po traumatických udalostiach, vrátane symptómov PTSP, a či vedia o priebehu a spôsobe liečby ochorenia. Pokial' je rodina ovplyvnená traumatickou udalosťou, môže PTSP trpieť aj viac než jeden člen rodiny. V takomto prípade by sa zdravotníčky personál mal uistit', že liečba všetkých členov rodiny je efektívne koordinovaná.

Po poskytnutí informácií by mali byť členovia rodiny, opatrovatelia informovaní o svojpomocných skupinách a podporných skupinách, a zdravotníčky pracovník by im mal v nich odporučiť účasť, ak sú tieto skupiny k dispozícii.

Podpora v riešení praktických záležitostí a sociálna podpora môžu hrať dôležitú rolu pri prevencii a uľahčení uzdravenia osoby s PTSP, obzvlášť ihneď po traume. Zdravotníci by si mali byť vedomí tejto skutočnosti, a takúto podporu osobe s PTSP odporučiť.

### **Jazyk a kultúra**

Ľudia s PTSP liečení v systéme zdravotnej starostlivosti môžu pochádzať z rôzneho kultúrneho a etnického prostredia a ich znalosť úradného jazyka býva často obmedzená, alebo po slovensky nehovoria vôbec. To však nesmie brániť účinnej psychologickej liečbe. Riešením je využitie služieb tlmočníkov a bikulturálnych a bilingválnych terapeutov. Vo všetkých prípadoch sa musia zdravotníčki oboznámiť s kultúrnym pozadím trpiaceho. Rozdiely v jazyku, či kultúre medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom trpiacim PTSP by nemali byť prekážkou pri poskytovaní efektívnej psychologickej intervencie zameranej na traumu.

V prípade pretrvávajúcich symptómov vyžadujúcich si intenzívnejšiu liečbu, než akú je možné poskytnúť v ambulantnej starostlivosti, alebo v prípade väznejších komorbidít, je vhodné zvážiť liečbu v dennom psychiatrickom sanatóriu.

O ústavnej liečbe je potrebné uvažovať pri nedostatočnej odpovedi na ambulantnú liečbu, pri výrazných komorbiditách, pri vysokom riziku suicídálneho a sebapoškodzujúceho správania a agresívnych prejavov. Rozhodnutie o potrebe hospitalizácie je v kompetencii psychiatra.

## **Ďalšie odporúčania**

PTSP je väčšinou poddiagnostikovanou psychickou poruchou, a je potrebné klášť väčší dôraz v primárnej, ambulantnej a ústavnej starostlivosti na jej diagnostiku. Pre zvýšenie dostupnosti odbornej zdravotnej starostlivosti postihnutým PTSP je vhodné zrušenie výmenných lístkov pre liečbu u klinického psychológov, tak ako je to v odbore psychiatria. Väčšina pacientov s PTSP je v dlhodobej starostlivosti ambulantných psychiatrov a klinických psychológov. Vzhľadom na špecifickú poruchu je potrebné počas terapie vytvoriť atmosféru bezpečia a mať s pacientom dobrý terapeutický vzťah. Okrem liečby základnej poruchy pacientov je potrebné tiež riešiť ich vzťahové, či pracovné problémy a sociálnu situáciu, pretože tie tiež modifikujú a ovplyvňujú celkový výsledok liečby.

Podľa tohto ŠDTP je potrebné doplnenie vzdelávacích programov tak v pregraduálnom, ako aj v postgraduálnom vzdelávaní a vzdelávaní v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia. Je potrebné vytvoriť vzdelávací program pre druhý stupeň liečby PTSP, t.j. pre špecifické psychoterapeutické intervencie.

## **Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán**

Je potrebné vytvoriť efektívnu siet poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v liečbe PTSP s určením kompetencií každého poskytovateľa.

Úlohou všeobecných lekárov pre dospelých by malo byť zachytenie a diagnostický skríning PTSP, a v prípade vážnejšieho stavu odoslanie na špecializované pracovisko poskytujúce liečbu podľa tohto štandardu (pracovisko klinickej psychológie alebo psychiatrickej ambulancia) a kompetencií uvedených v časti kompetencie.

Pri liečbe PTSP sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke [www.udzs-sk.sk](http://www.udzs-sk.sk)).

## **Špeciálny doplnok štandardu**

### **Dotazník LEC-5-SK**

V tabuľke nižšie je uvedených niekoľko náročných alebo stresujúcich udalostí, ktoré sa ľuďom niekedy môžu stať. Ku každej z udalostí označte krížikom jednu alebo viac odpovedí, ktoré poukazujú na to, či: (a) ste *to zažili osobne*; (b) ste *boli svedkom toho, ako sa to stalo* niekomu inému; (c) ste *sa o tom dozvedeli*, že sa to stalo blízkemu členovi rodiny alebo blízkemu priateľovi; (d) zažívanie týchto udalostí je *súčasťou Vašej práce* (napr. záchranárstvo, polícia, vojsko, alebo iné zamestnanie prvej pomoci); alebo (e) *nie ste si istý/á*, či je to presne to, čo ste zažili, (f) *sa to na Vás nevztahuje*.

Pri čítaní zoznamu udalostí sa uistite, že zvažujete *celý svoj život* (od detstva až po dospelosť).



### Dotazník LEC-5-SK

Udalosť	Zažil/a som to	Bol/a som toho svedkom	Dozvedel/a som sa o tom	Súčasť mojej práce	Nie som si istý/istá	Nevzťahuje sa to na mňa
1. Prírodná katastrofa (napr. povodeň, víchrica, veľmi silná búrka, pri ktorej ste mali pocit ohrozenia vlastného života, zemetrasenie)						
2. Požiar alebo explózia						
3. Dopravná nehoda (napr. autom, autobusom, vlakom, loďou, lietadlom)						
4. Vážne zranenie v práci, dome, alebo počas voľnočasových aktivít						
5. Vystavenie toxickým látkam (napr. nebezpečné chemikálie, radiácia)						
6. Fyzický útok (napr. napadnutie, bitka)						
7. Útok so zbraňou (napr. postrelenie, poranenie nožom alebo iným predmetom, ohrozovanie nožom, zbraňou, bombou alebo iným predmetom)						
8. sexuálny útok (znásilnenie alebo pokus o znásilnenie alebo iná sexuálna aktivity vykonávaní prostredníctvom sily alebo vyhrážok z ublíženia)						
9. Iný neželaný alebo neprijemný sexuálny zážitok						
10. Účasť vo vojnovom útoku alebo prítomnosť vo vojnovej zóne (ako príslušník armády alebo aj ako civilista)						
11. Zajatie (držanie niekde násilu, proti svojej vôle, únos alebo väzenie)						
12. Život ohrozujúce ochorenie alebo zranenie						
13. Čažké ľudské utrpenie						
14. Náhla násilná smrť (napr. vražda alebo samovražda)						
15. Náhla smrteľná nehoda						
16. Vážne zranenie, bolest alebo smrť, ktoré ste vy niekomu spôsobili						
17. Iná, veľmi stresujúca udalosť alebo zážitok						

**PROSÍM VYPLŇTE ČASŤ 2 na nasledujúcej strane**

**ČASŤ 2:**

A: Ak ste označili udalosť č. 17 v ČASTI 1, prosím stručne uvedťe, akú udalosť ste mali na mysli:

---

B: Ak ste prežili viac ako jednu z uvedených udalostí v ČASTI 1, pouvažujte nad tým, ktorú z prežitých udalostí považujte za najhoršiu, čo v tomto dotazníku znamená, ktorá udalosť Vás najviac trápila. Ak ste zažili len jednu z udalostí uvedených v ČASTI 1, použite ju ako najhoršiu udalosť.

Prosím, odpovedzte na nasledujúce otázky o najhoršej udalosti (*skontrolujte všetky odpovede, ktoré sú uvedené*):

**1. Stručne opíšte najhoršiu udalosť (napr. čo sa stalo, kto bol pri tom prítomný, a pod.).**

---

**2. Ako dávno sa to stalo? \_\_\_\_\_** (v prípade, že si nie ste istý/á, prosím uveďte odhad)

**3. Ako ste to prežili?**

\_\_\_\_\_ zažil/a som to priamo

\_\_\_\_\_ bol/a som toho svedkom

\_\_\_\_\_ dozvedel/a som sa o tom, že sa to stalo blízkemu členovi rodiny alebo blízkemu priateľovi

\_\_\_\_\_ bol/a som tomu opakovane vystavený/á, pretože to je súčasť mojej práce (napr. záchranárstvo, polícia, vojsko, alebo iné zamestnanie prvej pomoci)

\_\_\_\_\_ inak, prosím stručne opíšte ako:

**4. Bol ohrozený niekoho život?**

\_\_\_\_\_ áno, môj život

\_\_\_\_\_ áno, život niekoho iného

\_\_\_\_\_ nie

**5. Bol niekto vážne zranený alebo usmrtený?**

\_\_\_\_\_ áno, ja som bol vážne zranený

\_\_\_\_\_ áno, niekto iný bol vážne zranený alebo usmrtený

\_\_\_\_\_ nie

**6. Bolo prítomné sexuálne násilie?**

\_\_\_\_\_ áno      \_\_\_\_\_ nie

**7. Ak udalosť spôsobila smrť člena blízkej rodiny alebo blízkeho priateľa, bolo to spôsobené nejakou nehodou alebo násilím, alebo to bolo spôsobené prirodzenými príčinami?**

nehoda alebo násilie

prirodzené príčiny

udalosť nespôsobila smrť člena blízkej rodiny alebo blízkeho priateľa

**8. Ako často ste dovedna zažili podobne stresujúcu udalosť ako je táto najhoršia udalosť?**

len raz

viac ako raz (prosim, uveďte bližšie alebo uveďte aspoň odhad, ako často ste niečo podobné zažili \_\_\_\_\_)

PROSÍM VYPLŇTE ČASŤ 3 NA NASLEDUJÚCEJ STRANE

ČASŤ 3:

Nižšie je uvedený zoznam problémov, ktoré sa môžu vyskytnúť u ľudí, ktorí prežili veľmi stresujúcu udalosť. Prosím, majte na myсли Vašu najhoršiu udalosť, ktorú ste zažili, pozorne si prečítajte každý z nasledujúcich problémov, a zakrúžkujte alebo označte číslo, ktoré vyjadruje, do akej miery Vás daný problém obťažoval počas posledného mesiaca.

Dotazník LEC-5-SK (časť 3.)					
Nakol'ko Vás počas posledného mesiaca obťažovalo nasledovné:	Vôbec nie	Trochu	Stredne	Dost'	Veľmi
1. Opakovane, znepokojujúce a neželané spomienky na stresujúci zážitok					
2. Opakovane, znepokojujúce sny o stresujúcom zážitku					
3. Z ničoho nič ste mali pocit, alebo ste konali tak, akoby stresujúci zážitok práve znova prebiehal (akoby ste boli späť v minulosti a znova ho prežívali)					
4. Boli ste veľmi rozrušený/á, keď Vám niečo pripomenulo stresujúci zážitok					
5. Pociťovali ste silné telesné príznaky, keď Vám niečo pripomenulo stresujúci zážitok (napr. búšenie srdca, ťažkosti s dýchaním, potenie)					
6. Vyhýbanie sa spomienkam, myšlienkam alebo pocitom, ktoré sú spojené so stresujúcim zážitkom					
7. Vyhýbanie sa podnetom z Vášho okolia, ktoré by Vám stresujúci zážitok pripomínali (napr. ľudia, miesta, rozhovory, aktivity, veci alebo situácie)					
8. Problém rozpamätať sa na dôležité časti stresujúceho zážitku					
9. Silné negatívne presvedčenia o sebe, o iných ľuďoch alebo o svete ako takom (napr. myšlienky ako: „Som zlý“, „Niečo so mnou vážne nie je v poriadku“, „Nikomu sa nedá veriť“, „Svet je úplne nebezpečný“)					
10. Obviňovanie seba samého/samej alebo niekoho iného za stresujúci zážitok alebo za to, čo sa stalo po ňom					
11. Silné negatívne pocity, ako strach, pocity hrôzy, hnev, pocity viny alebo hanby					
12. Strata záujmu o činnosti, ktoré ste mali radi					

13. Pocit, že ste vzdialený/á alebo úplne odrezaný/á od ostatných ľudí					
14. Ťažkosti s prežívaním pozitívnych pocitov (napr. nie ste schopný/á pocíťovať šťastie alebo lásku k blízkym ľuďom)					
15. Podráždené správanie, výbuchy hnevu alebo agresívne správanie					
16. Nadmerné rískovanie alebo robenie činností, ktoré Vám môžu ublížiť					
17. Pocit, že ste obzvlášť ostražitý/á, alebo v pozore či v strehu					
18. Pocit nervozity, alebo pocity, že sa môžete čohokoľvek ľahko vyl'akat?					
19. Ťažkosti so sústredením					
20. Ťažkosti so zaspávaním alebo so spánkom					

Dotazníky PHQ-9-SK a GAD-7-SK určené na skríningové posúdenie komorbídnej depresie  
PHQ-9-SK

**PHQ-9-SK Zoznam deviatich symptómov** (Kroenke, Spitzer, Williams; 2001)

PHQ-9-SK Zoznam deviatich symptómov					
Ako často Vás v poslednom týždni trápil niektorý z nasledovných problémov?		Vôbec <b>0</b>	Niekol'ko dní <b>1</b>	Viac ako polovicu dní <b>2</b>	Skoro každý deň <b>3</b>
1.	Malý záujem o aktivity alebo radosť z nich.	0	1	2	3
2.	Cítil/a som sa bez nálady, depresívne alebo beznádejne.	0	1	2	3
3.	Problém so zaspávaním, prebúdzanie sa v noci, alebo nadmerná spavosť.	0	1	2	3
4.	Pocit únavy alebo nedostatku energie.	0	1	2	3
5.	Nechutenstvo alebo prejedanie sa.	0	1	2	3
6.	Zlý pocit zo seba, že som zlyhal/a alebo sklamal/a seba, či svoju rodinu.	0	1	2	3
7.	Problém sústredit' sa na rozličné činnosti, ako napr. čítanie novín, alebo pozerať televízio.	0	1	2	3
8.	Spomalenie pohybov alebo reči, ktoré si všimlo aj moje okolie. Alebo naopak, nepokoj a nervozita, ktoré ma nútili pohybovať sa viac ako obvykle.	0	1	2	3
9.	Myšlienky, že by bolo lepšie zomrieť, alebo si nejakovo ublížiť.	0	1	2	3
	<b>Spolu</b>				

Ak ste zaznamenali nejaké problémy v dotazníku PHQ-9-SK, nakoľko tieto problémy narúšali Vašu prácu, domáce povinnosti alebo vzťahy s inými ľuďmi? Prosím vyznačte v tejto tabuľke.

	Vôbec	Niekedy	Veľmi	Extrémne
PHQ-9-SK				

### 7 - položková škála generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD-7 Sk) (Spitze 2006)

Sedem položková škála generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD-7 Sk)					
Ako často vás v poslednom týždni trápil niektorý z nasledovných problémov?		Vôbec 0	Niekol'ko dní 1	Viac ako polovicu dní 2	Skoro každý deň 3
1.	Pocity nervozity, úzkosti alebo pocit pred zrútením.	0	1	2	3
2.	Nemožnosť zastaviť alebo kontrolovať obavy.	0	1	2	3
3.	Prílišné obavy z rôznych vecí.	0	1	2	3
4.	Problém uvoľniť sa .	0	1	2	3
5.	Tak výrazný nepokoj, že bolo ťažké zostať pokojne sedieť.	0	1	2	3
6.	Ľahko ste sa znechutili alebo nahnevali .	0	1	2	3
7.	Pocit strachu, ako keby sa mohlo stať niečo hrozné.	0	1	2	3
	<b>Spolu</b>				

Ak ste zaznamenali nejaké problémy v dotazníku GAD-7, nakoľko tieto problémy narúšali Vašu prácu, domáce povinnosti alebo vzťahy s inými ľuďmi? Prosím vyznačte v tejto tabuľke.

	Vôbec	Niekedy	Veľmi	Extrémne
GAD-7				

## Vyhodnotenie GAD-7 a PHQ-9

### GAD-7

Minimálna úzkosť	0 - 4
Mierna úzkosť	5 - 9
Stredná úzkosť	10 - 14
Vážna úzkosť	15 - 21

0-4 minimálna úzkosť, 5-9 mierna U 10-14 stredná U 15-21 vážna úzkosť

### PHQ-9

Lahká depresia	5 - 9
Mierna depresia, dystýmia	10 - 14
Stredne ťažká depresia	15 - 19
Ťažká depresia	>20

### Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia - 2 roky, následne každých 5 rokov. Audit a revízia odporúčame v prípade vydania slovenskej verzie MKCH-11, kedy odporúčame aj doplnenie diagnostických kritérií.

### Literatúra

1. Alvarez J, McLean C, Harris AH, Rosen CS, Ruzek JI, Kimerling R: The comparative effectiveness of cognitive processing therapy for male veterans treated in a VHA posttraumatic stress disorder residential rehabilitation program. *J Consult Clin Psychol* 2011, 79:590-599.
2. Andrews G, Slade T, Peters L. Classification in psychiatry. ICD 10 versus DSM-IV. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 3-5.
3. Arntz A, Tiesema M, Kindt M: Treatment of PTSD: a comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2007, 38:345-370.
4. APA (American psychological association) 2017, Clinical practic guideline for the treatment of PTSD, <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> ÚD I
5. Asmundson GJ, Wright KD, Stein MB: Pain and PTSD symptoms in female veterans. *Eur J Pain* 2004, 8:345-350.
6. Basoglu M, Salcioglu E, Livanou M: A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related posttraumatic stress disorder using an earthquake simulator. *Psychol Med* 2007, 37:203-213 ÚD II
7. Babson K, Feldner M, Badour C, Trainor C, Blumenthal H, Sachs-Ericsson N, Schmidt N: Posttraumatic stress and sleep: differential relations across types of symptoms and sleep problems. *J Anxiety Disord* 2011, 25:706-713.
8. Beck JG, Coffey SF, Foy DW, Keane TM, Blanchard EB: Group cognitive behavior therapy for chronic posttraumatic stress disorder: an initial randomized pilot study. *Behav Ther* 2009, 40:82-92.

9. Beidel DC, Frueh BC, Uhde TW, Wong N, Mentrikoski JM: Multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* 2011, 25:224-231.
10. Bieščad, Matúš. Slovenská verzia dotazníka CORE-OM: kompletný manuál pre použitie dotazníka v klinickej praxi. Trnava: Trnavská univerzita, 2009.
11. Bisson J, Andrew M: Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007, CD003388. ÚD I
12. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S: Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007, 190:97-104.
13. Blank, A.S.: The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. In: Davidson, J.R.T. a Foa, E.B. (eds): Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and Beyond. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993
14. Blechert, J., Michael, T., Grossman, P., Lajtman, M., & Wilhelm, F. H. (2007). Autonomic and respiratory characteristics of posttraumatic stress disorder and panic disorder. *Psychosomatic Medicine*, 69, 935–943.
15. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D: A multidimensional metaanalysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005, 162:214-227.
16. Bražinová A. (2017) Epidemiológia najčastejších duševných porúch v Slovenskej republike - medzera v liečbe. In Česká a Slovenská psychiatrie. 17. česko-slovenský psychiatrický zjazd. Spoločne za zmenami v psychiatrii. Bratislava, 19. až 21. 10. 2017, Roč. 113, č. 6, s 253
17. Bravo-Mehmedbasic A, Kucukalic A, Kulenovic AD, Suljic E: Impact of chronic posttraumatic stress disorder on the quality of life of war survivors. *Psychiatr Danub* 2010, 22:430-435.
18. Brunet A, Ashbaugh A, Hebert P: Internet use in the aftermath of trauma. Amsterdam: NATO Books, IOS Press; 2010.
19. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Dang ST, Nixon RD: Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 2003, 71:706-712.
20. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JA, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trial. *Depress Anxiety*. 2018 Jun;35(6) PMID: 29451967 ÚD I
21. Chalmers JA, Quintana DS, Abbott MJ-A, Kemp AH (2014) Anxiet disorders are associated with reduced heart rate variability: ametaanalysis. *Front. Psychiatry* 5:80. doi:10.3389/fpsyg.2014.00080 ÚD I
22. Cougle JR, Keough ME, Riccardi CJ, Sachs-Ericsson N: Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *J Psychiatr Res* 2009, 43:825-829.
23. Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V, Lepine JP, Nachbaur G, Negre-Pages L, Vilagut G, Gasquet I: Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *J Trauma Stress* 2008, 21:455-462.
24. Davidson, J. R.T., Hughes, D., Blazer, D.G. a spol. Post traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychol. Med.* 1991: 21: 1-9
25. Difede J, Cukor J, Jayasinghe N, Patt I, Jedel S, Spielman L, Giosan C, Hoffman HG: Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *J Clin Psychiatry* 2007, 68:1639-1647.
26. Edmond T, Rubin A: Assessing the long-term effects of EMDR: results from an 18-month follow-up study with adult female survivors of CSA. *J Child Sex Abus* 2004, 13:69-86.
27. Evans D., L. Foa E., B. Gur R., E. Hendin H. O'Brien Ch., P. Seligman M., E., P. Walsh. Treating and Prevention Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know. A research Agenda for Improving the mental Health of Our Youth. Oxford University Press, published online 2012, DOI: 10.1093/9780195173642.001.0001
28. Frewen PA, Dozois DJ, Neufeld RW, Lanius RA: Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2008, 21:243-246.
29. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SA, Riggs DS, Feeny NC, Yadin E: Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol* 2005, 73:953-964 ÚD II

30. Forbes D, Lloyd D, Nixon RD, Elliott P, Varker T, Perry D, Bryant RA, Creamer M: A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord* 2012, 26:442-452. ÚD II
31. Friedman, B. H. (2007). An autonomic flexibility-neurovisceral integration model of anxiety and cardiac vagal tone. *Biological Psychology*, Vol.74, No.2, (February 2007), pp. 185- 199, ISSN 0301-0511
32. Galovski TE, Monson C, Bruce SE, Resick PA: Does cognitive-behavioral therapy for PTSD improve perceived health and sleep impairment? *J Trauma Stress* 2009, 22:197-204.
33. Germain V, Marchand A, Bouchard S, Drouin MS, Guay S: Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cogn Behav Ther* 2009, 38:42-53.
34. Gros DF, Yoder M, Tuerk PW, Lozano BE, Acierno R: Exposure therapy for PTSD delivered to veterans via telehealth: predictors of treatment completion and outcome and comparison to treatment delivered in person. *Behav Ther* 2011, 42:276-283.
35. Grunert BK, Weis JM, Smucker MR, Christianson HF: Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for posttraumatic stress disorder following industrial injury. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2007, 38:317-328.
36. Hamblen, J. L., Norman, S. B., Sonis, J. H., Phelps, A. J., Bisson, J. I., Nunes, V. D., Megnin-Viggars, O., Forbes, D., Riggs, D. S., & Schnurr, P. P. (2019). A guide to guidelines for the treatment of posttraumatic stress disorder in adults: An update. *Psychotherapy*, 56(3), 359–373. <https://doi.org/10.1037/pst0000231>
37. Harned MS, Jackson SC, Comtois KA, Linehan MM: Dialectical behavior therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or selfinjuring women with borderline personality disorder. *J Trauma Stress* 2010, 23:421-429.
38. Harned MS, Korslund KE, Foa EB, Linehan MM: Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behav Res Ther* 2012, 50:381-386.
39. Heltzer JE, Robins LN, McEvoy L: Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. *N Engl J Med*. 1987; 317: 1630-1634
40. Hirsch KA: Sexual dysfunction in male Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom patients with severe post-traumatic stress disorder. *Mil Med* 2009, 174:520-52
41. Charney, D.S., Dutch, A.Y., Krystal, J.J. a spol.: Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1993; 50: 294-306
42. Hogberg G, Pagani M, Sundin O, Soares J, Aberg-Wistedt A, Tarnell B, Hallstrom T: Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: outcome is stable in 35-month follow-up. *Psychiatry Res* 2008, 159:101-108.
43. Kaplan, H.I. a Sadock, B.J: Concise textbook of clinical psychiatry. Williams and Wilkins,Baltimore. 1996, 669 s.
44. Kar N: Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2011, 7:167-181.
45. Katzman M, A., Bleau P., Blier P., Chokka P., Kjernisted K., Van Ameringen M., Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive compulsive disorders, *BMC Psychiatry* 2014, 14(Suppl 1):S1 ÚD I
46. Kessler R, Sonnega A, Bromet E a spol. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-1060.
47. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:593-602.
48. Klein B, Mitchell J, Abbott J, Shandley K, Austin D, Gilson K, Kiropoulos L, Cannard G, Redman T: A therapist-assisted cognitive behavior therapy internet intervention for posttraumatic stress disorder: pre-, post- and 3-month follow-up results from an open trial. *J Anxiety Disord* 2010, 24:635-644.

49. Knaevelsrud C, Maercker A: Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry* 2007, 7:13.
50. Knaevelsrud C, Liedl A, Maercker A: Posttraumatic growth, optimism and openness as outcomes of a cognitive-behavioural intervention for posttraumatic stress reactions. *J Health Psychol* 2010, 15:1030-1038.
51. Knaevelsrud C, Maercker A: Long-term effects of an internet-based treatment for posttraumatic stress. *Cogn Behav Ther* 2010, 39:72-77.
52. Kornor H, Winje D, Ekeberg O, Weisaeth L, Kirkehei I, Johansen K, Steiro A: Early trauma focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2008, 8:81.
53. Lagarde G, Doyon J, Brunet A: Memory and executive dysfunctions associated with acute posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res* 2010, 177:144-149.
54. Lange A, Rietdijk D, Hudcovicova M, van de Ven JP, Schrieken B, Emmelkamp PM: Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *J Consult Clin Psychol* 2003, 71:901-909. ÚD II
55. Litz BT, Engel CC, Bryant RA, Papa A: A randomized, controlled proof-ofconcept trial of an internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2007, 164:1676-1683. ÚD II
56. Lowe B, Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Rose M, Wingenfeld K, Sauer N, Spitzer C: Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in primary care patients: cross sectional criterion standard study. *J Clin Psychiatry* 2011, 72:304-312.
57. Litz B. T., Keane L. M.: Clinical Psychology Review, Volume 9, Issue 2, 1989, Pages 243-257
58. Mancini C, Van Ameringen M, Pipe B, Oakman J: Development and validation of self-report psychiatric screening tool: MACSCREEN [poster]. Anxiety Disorders Association of America 23rd Annual Conference; March 27-30; Toronto, Canada 2003.
59. Macdonald A, Monson CM, Doron-Lamarca S, Resick PA, Palfai TP: Identifying patterns of symptom change during a randomized controlled trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2011, 24:268-276.
60. March, J.S.: The nosology of posttraumatic stress disorder. *J. Am. Dis.* 1990; 4: 61-82
61. March, J.S.: What constitutes a stressor? The „criterion A“issue. In: Davidson J.R.T. and Foa, E.B. (eds.): Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond. Washington DC: American Psychiatric Press. 1993: 37-54
62. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1996, Zprávy č. 134, 179s.
63. Mills KL, Teesson M, Back SE, Brady KT, Baker AL, Hopwood S, Sannibale C, Barrett EL, Merz S, Rosenfeld J, Ewer PL: Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. *JAMA* 2012, 308:690-699.
64. Moser JS, Cahill SP, Foa EB: Evidence for poorer outcome in patients with severe negative trauma-related cognitions receiving prolonged exposure plus cognitive restructuring: implications for treatment matching in posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 2010, 198:72-75.
65. Najavits LM: Expanding the boundaries of PTSD treatment. *JAMA* 2012, 308:714-716.
66. NICE (2018) Post-traumatic stress disorder (PTSP): the management of PTSP in adults and children in primary and secondary care (Clinical guideline 116). London: National Institute for Health and Clinical Excellence. ÚD I
67. NICE (2018d), Post-traumatic stress disorder, Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in adults, NICE guideline NG116, London: National Institute for Health and Clinical Excellence. ÚD I
68. NICE (2018e) Post-traumatic stress disorder, Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults NICE guideline NG116, London: National Institute for Health and Clinical Excellence. ÚD I

69. NICE (2018f) Post-traumatic stress disorder, Evidence reviews for psychological and psychosocial interventions for family members of people at risk of, or with, PTSD, NICE guideline NG116, London: National Institute for Health and Clinical Excellence. ÚD I
70. NICE (2018g) Post-traumatic stress disorder, Evidence review for principles of care, NICE guideline NG116, London: National Institute for Health and Clinical Excellence. ÚD I
71. Nepon J, Belik SL, Bolton J, Sareen J: The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depress Anxiety* 2010, 27:791-798.
72. Nijdam MJ, Gersons BP, Reitsma JB, de Jongh A, Olff M: Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2012, 200:224-231.
73. Paunovic N, Öst L-G: Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behav Res Ther* 2001, 39:1183-1197.
74. Pietrzak RH, Goldstein MB, Malley JC, Johnson DC, Southwick SM: Subsyndromal posttraumatic stress disorder is associated with health and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depress Anxiety* 2009, 26:739-744.
75. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF: Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Anxiety Disord* 2011, 25:456-465.
76. Pole, N. (2007). The psychophysiology of posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 133, 725-746. ÚD I
77. Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Foa EB: A metaanalytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 2010, 30:635-641. ÚD I
78. Praško J.: Postraumatická stresová porucha. In: Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C., Horáček, J. (eds): Postupy v léčbě psychických poruch. Medical Tribune, Amepra, Praha 2008: 187-211.
79. Rona RJ, Jones M, Iversen A, Hull L, Greenberg N, Fear NT, Hotopf M, Wessely S: The impact of posttraumatic stress disorder on impairment in the UK military at the time of the Iraq war. *J Psychiatr Res* 2009, 43:649-655.
80. Ready DJ, Gerardi RJ, Backscheider AG, Mascaro N, Rothbaum BO: Comparing virtual reality exposure therapy to present-centered therapy with 11 U.S. Vietnam veterans with PTSD. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2010, 13:49-54.
81. Reinhard MJ, Wolf G, Cozolino L: Using the MMPI to assess reported cognitive disturbances and somatization as a core feature of complex PTSD. *J Trauma Dissociation* 2010, 11:57-72.
82. Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA: A comparison of cognitive processing therapy with prolonged exposure and awaiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J Consult Clin Psychol* 2002, 70:867-879.
83. Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2017). Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual. New York, NY, US: Guilford Press. 312p
84. Resick PA, Galovski TE, O'Brien Uhlmansiek M, Scher CD, Clum GA, Young-Xu Y: A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *J Consult Clin Psychol* 2008, 76:243-258. ÚD II
85. Resick PA, Williams LF, Suvak MK, Monson CM, Gradus JL: Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *J Consult Clin Psychol* 2012, 80:201-210
86. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI: Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, CD007944. ÚD I
87. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson J: Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, CD006869 ÚD I
88. Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S: Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2002, CD000560 ÚD I
89. Rothbaum BO, Hodges LF, Ready D, Graap K, Alarcon RD: Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2001, 62:617-622.

90. Sareen J, Houlahan T, Cox BJ, Asmundson GJ: Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis* 2005, 193:450-454.
91. Schneier FR, Neria Y, Pavlicova M, Hembree E, Suh EJ, Amsel L, Marshall RD: Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the World Trade Center attack: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2012, 169:80-88.
92. Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB, Tendick V, Gray SH: Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: review and methodological considerations. *Psychiatry* 2008, 71:134-168.
93. Shore, J.H., Vollmer, W.M., Tatum, E.L.: Community patterns of posttraumatic stress disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1989, 177, 681-685
94. Seidler GH, Wagner FE: Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive behavioral therapy in the treatment of PTSD: a metaanalytic study. *Psychol Med* 2006, 36:1515-1522. ÚD I
95. Solomon Z, Shalev AY, Spiro S a spol. The effectiveness of the Coach Project: Negative psychometric outcome. *J. Traumatic Stress*. 1992; 5: 225-246
96. Spence J, Titov N, Dear BF, Johnston L, Solley K, Lorian C, Wootton B, Zou J, Schwenke G: Randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety* 2011, 28:541-550. ÚD I
97. Steil R, Dyer A, Priebe K, Kleindienst N, Bohus M: Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. *J Trauma Stress* 2011, 24:102-106.
98. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR: Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry* 1997, 154:1114-1119.
99. Stewart CL, Wrobel TA: Evaluation of the efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy in treatment of combat-related post-traumatic stress disorder: a meta-analytic review of outcome studies. *Mil Med* 2009, 174:460-469. ÚD I
100. True WR, Rice J, Eisen SA a spol. A twin study of genetic and environmental contributions to  
101. liability of posttraumatic stress symptoms. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1993; 50: 257
102. Tan, G., Shaffer, F., Lyle, R., and Teo, I. (2016). Evidence-based practice in biofeedback and neurofeedback, 3rd edition. Wheat Ridge, CO: AAPB ÚD II
103. VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group (2017). VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Washington, DC: VA Office of Quality and Performance.
104. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Boyle MH: Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neurosci Ther* 2008, 14:171-181.
105. van Ameringen M, Mancini C, Simpson W, Patterson B: Potential use of Internet-based screening for anxiety disorders: a pilot study. *Depress Anxiety* 2010, 27:1006-1010.
106. van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J: Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 2005, 18:389-399.
107. van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulbosch AM, Emmelkamp PM: Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002, 360:766-771. ÚD I
108. Van Etten M, Taylor S: Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 1998, 5:126-144. ÚD I
109. van Minnen A, Foa EB: The effect of imaginal exposure length on outcome of treatment for PTSD. *J Trauma Stress* 2006, 19:427-438.
110. Villano CL, Rosenblum A, Magura S, Fong C, Cleland C, Betzler TF: Prevalence and correlates of posttraumatic stress disorder and chronic severe pain in psychiatric outpatients. *J Rehabil Res Dev* 2007, 44:167-178.
111. Watkins LE, Sprang KR, Rothbaum BO. Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Front Behav Neurosci*. 2018;12:258. Published 2018 Nov 2. doi:10.3389/fnbeh.2018.00258 ÚD I
112. Westphal M, Olfson M, Gameroff MJ, Wickramaratne P, Pilowsky DJ, Neugebauer R, Lantigua R, Shea S, Neria Y: Functional impairment in adults with past posttraumatic stress disorder: findings from primary care. *Depress Anxiety* 2011, 28:686-695.

113. Winfield I, George LK, Schwartz M a spol. Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. Am. J. Psychiatry 1990; 147: 335-341
114. Wilson SA, Becker LA, Tinker RH: Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. J Consult Clin Psychol 1997, 65:1047-1056.
115. WHO. Trauma and Stress-Related Disorders: Developments for ICD-11. [https://istss.org/ISTSS\\_Main/media/Webinar\\_Recordings/RECFREE04/slides.pdf](https://istss.org/ISTSS_Main/media/Webinar_Recordings/RECFREE04/slides.pdf)
- 116.** Zoellner T, Rabe S, Karl A, Maercker A: Post-traumatic growth as outcome of a cognitive- behavioural therapy trial for motor vehicle accident survivors with PTSD. Psychol Psychother 2011, 84:201-213

**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 konzilia.*

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

**Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. júla 2021.

**Vladimír Lengvarský**  
minister zdravotníctva