



Názov:

Akútna stresová reakcia

Autori:

doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.

Mgr. Matúš Kucbel

PhDr. Katarína Jandová 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:

Akútna stresová reakcia

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0172	15. jún 2021	Schválené	1. júl 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; Mgr. Matúš Kucbel; PhDr. Katarína Jandová 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 patientske 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 Hrubisko, 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. Eudmila 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

akútna stresová porucha, diagnostika, liečba, manažment

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

APA	American Psychological Association
ASP	Akútna stresová porucha
ASR	Akútna stresová reakcia
CPČ	Certifikovaná pracovná činnosť
DSM-5	Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch
EMB	Evidencebasedmedicine, medicína založená na dôkazoch
KBT	Kognitívno-behaviorálna terapia
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Národný ústav pre excelenciu v zdraví a starostlivosti)
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
ŠOP	Štandardný operačný postup
ŠPDTP	Štandardné preventívne diagnostické a terapeutické postupy
ŠPI	Špecifické psychoterapeutické intervencie (vybrané psychologické intervencie, ktoré využívajú špecifické terapeutické techniky podľa EBM uvedené v časti liečba v druhom stupni starostlivosti, menej intenzívne psychologické liečebné postupy)

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom 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 ASR (ASP) - 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 ASR (ASP) - 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 skrining 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 ASR (ASP) - 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 CPC v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár s certifikátom pre špecifické psychoterapeutické intervencie vychádzajúce z EBM pre ASP - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Ak nie je takýto odborník k dispozícii, lekár so špecializáciou v psychiatrii + s 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 CPC v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre ASR (ASP) - špecifická psychoterapia, supervízia.

Po absolvovaní vzdelávania v CPC 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 CPC v certifikovanej pracovnej činnosti pre ŠPI poskytovanie ŠPI.

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

Sestra so špecializáciou - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po získaní certifikátu CPC v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre ASR (ASP) - špecifická psychoterapia, supervízia.

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

Poradenský psychológ - prvotné posúdenie, prevencia. Podporná psychoterapia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre ASR (ASP) - špecifická psychoterapia, supervízia.

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

Liečebný pedagóg špecialista - prvotné posúdenie, prevencia; liečebnopedagogická diagnostika a terapia. Po získaní certifikátu CPC v ŠPI poskytovanie ŠPI; terapia s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PTSP, supervízia

Logopéd - prvotné posúdenie, prevencia; po získaní certifikátu CPC v ŠPI poskytovanie ŠPI;

Logopéd v zdravotníctve špecialista - prvotné posúdenie, prevencia; po získaní certifikátu CPC v ŠPI poskytovanie ŠPI; terapia s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre ASR (ASP), supervízia

Úvod

Účelom tohto štandardného preventívneho, diagnostického a liečebného postupu je zlepšiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti pre pacientov trpiacich akútnou stresovou poruchou (ďalej ASP) v rámci územia Slovenskej republiky. Štandardný preventívny diagnostický a terapeutický postup (ďalej ŠPDTP) je určený všeobecným lekárom pre dospelých, klinickým a poradenským psychológom, psychiatrom a ďalším odborníkom v oblasti duševného zdravia. Obsahuje informácie, ktoré sa týkajú prevencie, diagnostiky a liečby ASP. Zistenia, ktoré sú v rámci štandardného postupu uvádzané, sú v súlade s EBM a majú za účelom zlepšiť kvalitu života pacientov trpiacich akútnou stresovou poruchou. Dôležitou súčasťou tejto práce je tiež zvyšovanie informovanosti o tejto poruche u zdravotníckych pracovníkov a celkové zlepšenie koordinácie a efektivity liečby pacientov.

Podľa Ursana a kol. (2010) môže byť 50-90% populácie vo svojom živote vystavených traumatickej situácii. Je to údaj, ktorý poukazuje na následnú možnosť rozvoja akútnej stresovej poruchy, prípadne posttraumatickej stresovej poruchy.

Aj keď v našich podmienkach platný klasifikačný systém MKCH-10 používa označenie Akútna stresová reakcia (ASR), z aspektu komplexnosti je uvádzané aj označenie platné pre klasifikačný systém DSM-5, a to Akútna stresová porucha (ASP), ktoré v porovnaní s MKCH-10 jasnejšie a širšie definuje traumatickú udalosť, a má prísnejšie kritérium na trvanie symptomatiky, podrobnejšie opisuje symptomatiku, pribudol aj symptóm negatívnej nálady. V odbornej literatúre sa tieto označenia používajú niekedy alternatívne, avšak je mierny rozdiel v časovej charakteristike trvania symptómov.

V predmetnom štandardnom postupe je jasne definovaný EBM liečebný postup, ktorý umožňuje efektívnu liečbu ASR (ASP), na základe výskumne overených postupov. ŠPDTP má pomôcť zlepšiť diagnostiku ASR (ASP), správne indikovať terapeutické postupy, ktoré majú zabezpečiť efektívnosť liečby ASR (ASP). Úlohou ŠPDTP pri ASR (ASP) je tiež poskytnúť efektívne preventívne a monitorovacie postupy prípadného rozvoja ASR (ASP),

definovať EBM psychoterapeutické postupy pri liečbe, intenzitu liečby a jej trvanie. Definuje tiež špecifiká postupov liečby u dospelých osôb.

ASR môže byť odpoveďou na neprijemný životný zážitok, v ktorom človek prežije ohrozenie svojej bezpečnosti alebo fyzickej integrity, prípadne náhla a ohrozujúca zmena v sociálnom postavení, či strata blízkej osoby, či osôb (Šeblová, Knor, 2018).

Na základe už uvedených údajov je dôležité si uvedomiť, že pravdepodobne veľká väčšina populácie je vystavená vzniku ASR (ASP), ktorá sa samozrejme môže a nemusí prejaviť – je to v závislosti od intenzity stresora, trvania jeho pôsobenia, ale taktiež v závislosti od osobnostnej výbavy vo vzťahu k zraniteľnosti jednotlivca.

Pri akútnej stresovej poruche ide o krátkodobú psychickú reakciu na stresor. Stresor, ktorý je spúšťačom, môže byť fyzický alebo psychický. Podstatou akútnej reakcie na stres sú obranné reakcie, ktoré rýchlo mobilizujú rezervy postihnutého človeka. Ak je stresor prechodný alebo je možné sa ho zbaviť, symptómy sa musia zmierniť do 8 hodín. Ak stres pokračuje, symptómy sa musia zmierniť do 48 hodín. Pri dlhodobom pôsobení stresora je riziko rozvoja ASP vyššie. Symptómy sa spravidla objavujú hneď alebo do dvoch až troch dní od tejto situácie. Môžu byť rôzne, od počiatočného stavu ustrnutia, cez zúženie vedomia a pozornosti, zníženie schopnosti koncentrácie, vnímania, výskyt vegetatívnych symptómov a vnútorný nepokoj. Okrem toho sa môže následne objavovať depresia, zlosť a zúfalstvo. Akútna stresová reakcia sa nemusí vyvinúť u každého človeka, ktorý zažil nejakú traumatickú situáciu. Závisí to od charakteru záťažovej situácie, od individuálnej zraniteľnosti a schopnosti zvládať stres (Ocisková, Praško, 2015).

Dôležité je hneď v úvode upozorniť na to, že efekt poskytnutej psychologickej intervencie vo veľkej miere závisí od toho, ako rýchlo bude možné ASR/ASP diagnostikovať.

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

Prevenca

Pozoruhodným zistením je skutočnosť, že v rámci štúdií, ktoré sa zameriavali na psychologickú intervenciu pri pacientoch postihnutých nejakou traumatickou situáciou, ktorá mohla vyvolať ASR, s možnosťou rozvoja PTSP, sa objavili postihnutí ľudia, u ktorých sa po traumatickej udalosti nezaznamenali žiadne psychické ťažkosti. U týchto ľudí dokonca využitie psychologickej intervencie formou sedenia u psychológa, v zmysle preventívnych opatrení, vykazovalo negatívny efekt (Rose a kol., 2002; van Emmerik a kol., 2002).

Z tohto dôvodu je potrebná správna diagnostika tejto poruchy, a zároveň posúdenie miery prítomnosti symptómov a správne určenie stupňa závažnosti. Môže totiž dôjsť k tomu, že postihnutá osoba, napriek prežitej traumatickej situácii po tom, čo bola vystavená nadmernému stresu, nebude javiť známky psychických ťažkostí, a psychologická intervencia

formou terapeutických sedení so snahou zabrániť prípadnému rozvoju ASP nemusí byť efektívna.

Na druhej strane však, na základe metaanalýz, existuje dôkaz o účinnosti na traumu zameranej kognitívno-behaviorálnej terapie (KBT) u pacientov s ASP alebo s PTSP (Kornor a kol., 2008; Roberts, 2010). V čo najkratšom čase po traume sa preto odporúča vykonať skrining, a následne spustiť psychoterapeutickú liečbu u jednotlivcov, u ktorých sa v skriningovom vyšetrení symptómy ASP prejavia (Kornor a kol., 2008).

Pokiaľ ide o výber terapeutického postupu sa ukázalo, že krátka, na traumu zameraná KBT bola v prevencii ASP aj po opätovných meraniach po liečbe účinnejšia, ako napr. iný druh poradenských rozhovorov (Roberts a kol., 2010). Tento druh terapie má tiež najviac empirických dôkazov o efektivite, najmä pri práci s deťmi a dospelými (Cohen, Mannarino, Deblinger, 2012).

Aj Bryant (2018) u pacientov s ASP odporúča v prvej línii uprednostňovať postupy KBT pred inými druhmi psychoterapie. KBT prístup sa zameriava na exploráciu prežitej traumy, pokračuje sa edukáciou pacientov, kognitívnu reštrukturalizáciou a následnou expozíciou. Cieľom liečby je znížiť závažnosť symptómov ASP a zabrániť rozvoju PTSP. Podľa Bryanta (2018) sa KBT zameraná na traumu zvyčajne uskutočňuje najmenej dva týždne po vystavení traume. Toto poskytuje jednotlivcovi dodatočný čas aby sa zmiernili prechodné symptómy a postraumatické stresory.

Pokiaľ nie je dostupná KBT, na riešenie ASR (ASP) je možné použiť aj iný účinný psychoterapeutický postup.

U pacientov s ASR (ASP) a následnou intenzívnou úzkosťou, zvýšenou agitovanosťou alebo poruchami spánku v nasledujúcom bezprostrednom období po traumatickej udalosti, Bryant (2018) odporúča krátkodobú (štvortýždňovú) liečbu benzodiazepínmi (stupeň 2C), avšak farmakologická intervencia je plne v kompetencii lekára.

Prevenia u dospelých osôb

Podľa NICE (2018) prevencia ASP u dospelých pacientov predpokladá potrebu poskytnutia individuálnej, na traumu zameranej KBT. Ide o psychoterapeutickú intervenciu u dospelých pacientov so symptómami ASP a u pacientov s klinicky významnými symptómami PTSP. Títo museli byť vystavení v priebehu posledného mesiaca jednej alebo viacnásobným traumatickým udalostiam.

Podľa Bryanta (2018) sa na základe EBM u dospelých pacientov s ASP osvedčili nasledujúce psychoterapeutické postupy:

- 1) Na traumu zameraná KBT - pozostáva z edukácie pacienta, kognitívnej reštrukturalizácie, expozičnej terapie,
- 2) Kognitívna terapia - preukázala účinnosť pri prevencii ASP a PTSP ako monoterapia (v štúdií s 242 pacientmi randomizovanými do jednej z piatich terapeutických skupín

mali pacienti s pridelenou kognitívnou terapiou po piatich mesiacoch menšiu pravdepodobnosť výskytu PTSP v porovnaní s pacientmi v skupine pacientov čakajúcich na zahájenie terapie).

Bryant (2018) uvádza, že napriek rozsiahlemu používaniu psychologického debriefingu po katastrofách a iných traumatických udalostiach sa nezistilo, že by psychologický debriefing (známy tiež ako „debriefing kritických incidentov“) bol účinný pri redukcii symptómov traumy u jedincov, u ktorých došlo k traumatickej udalosti. Intervencia spočíva v spomínaní si, formulovaní a prepracovaní traumatickej udalosti, zvyčajne v skupinovom formáte. Metaanalýzy mnohých klinických štúdií nezistili žiadny dôkaz účinnosti ani pri počiatočnej intervencii s jedným stretnutím, ani pri následnej verzii s viacerými stretnutiami.

Epidemiológia

Bryant (2019) uvádza, že prevalencia ASP po expozícii traumatickému zážitku sa odhaduje na 5-20%, v závislosti od povahy a závažnosti traumy a nástroja použitého na identifikáciu poruchy.

Prítomnosť ASP, diagnostikovanej hlavne na základe kritérií DSM-V, zahŕňa niekoľko špecifických typov tráum. Harvey, Bryant (1998) uvádzajú prevalenciu ASP pri nehode motorového vozidla 13%. Prevalencia pri tomto type traumy stúpa na 21%, ak sa jednalo o nehodu s poranením. Výskumy v oblasti epidemiológie sa zameriavajú aj na skúmanie prevalencie ASP pri miernom traumatickom poškodení mozgu. Harvey, Bryant (1998) udávajú v takýchto prípadoch prevalenciu ASP 14%. Prevalencia ASP u obetí násilného trestného činu alebo útoku je podľa Harveya a Bryanta (1999) 16%. Brewin a kol. (1999) skúmali 157 obetí násilného útoku. U 19% z nich sa prejavili symptómy akútnej stresovej poruchy. Harvey, Bryant (1999) ďalej uvádzajú prevalenciu 10% u jednotlivcov v prípadoch požiarov. Prevalencia ASP pri priemyselnej havárii sa pohybuje medzi 6%, podľa Creamer, Manning (1998) až 12%, podľa Harvey, Bryant (1998). Najvýraznejšia miera prevalencie ASP sa uvádza pri traumatických situáciách, keď sa jednotlivec stal svedkom hromadnej strelby, a to až 33% (Classen, Koopman, Hales, Spiegel, 1998). Participantmi tejto štúdie bolo 36 zamestnancov pracujúcich v kancelárskej budove, kde strelec postrelil 14 osôb, z toho 8 smrteľne. 33% zamestnancov splnilo kritériá na diagnostiku ASP.

Existujú isté rizikové faktory, pri ktorých je pravdepodobné, že väčšina z nich je pre ASR (ASP) a PTSP spoločná. V súlade s týmto predpokladom existuje evidencia spojitosti ASP s nasledujúcimi rizikovými faktormi (Barton a kol., 1996):

- a. pred prežitím traumatickej situácie sa v anamnéze objavuje psychická porucha
- b. pred aktuálnou traumatickou situáciou jednotlivec prežil inú závažnú traumu
- c. ženské pohlavie
- d. zvýšená závažnosť traumy
- e. neuroticizmus
- f. vyhýbavá copingová stratégia

Problémom väčšiny štúdií skúmajúcich rizikové faktory pri ASP je, že posudzujú jednotlivcov vystavených expozícii traumatickej situácii po expozícii traume. Presnejšie hodnotenie rizika by sa dosiahlo skúmaním jednotlivcov pred vystavením traumatickej situácii. Štúdie, ktoré zvolili tento prístup, naznačujú, že individuálne rozdiely v psychickej reaktivite na stresory a tendencie ku katastrofizácii v myslení pred expozíciou, sú spojené s horšími výsledkami po vystavení jednotlivca traumatickému zážitku. Ako príklad možno uviesť štúdiu, v ktorej sa u sledovaných hasičov zistilo, že u hasičov, ktorí vo zvýšenej miere reagovali výrazným prekvapením na akustické hlásenie požiaru, predpovedala táto reakcia následnú akútnu stresovú reakciu po vystavení traumatickej udalosti (Guthrie, Bryant, 2005).

Patofyziológia

To, prečo sa u niektorých ľudí po traumatickej udalosti vyvinie ASP nie je známe. Rovnako nie je úplne jasné, prečo sa u niektorých ľudí s ASP vyvinie následná PTSP a u iných nie. Koncepcné modely a výskumné štúdie však naznačujú niektoré základné faktory, ktoré vo vývine ASR (ASP) zohrávajú dôležitú úlohu.

Pri tvorbe diagnózy ASP prevládal názor, že disociačné symptómy (t.j. zníženie vedomia, zhoršenie pamäte, znížené prežívanie identity alebo vedomia tela, prípadne prostredia) v reakcii na traumu sú kľúčovým faktorom vzniku maladaptívnych reakcií (Spiegel a kol., 1996). Predpokladalo sa, že disociácia, vyskytujúca sa v čase traumy (nazýva sa peritraumatická disociácia), bráni spracovaniu týchto reakcií, čo následne môže viesť ku vzniku PTSP (Spiegel a kol., 1996).

Breh a Siedler (2007) uvádzajú, že v posledných niekoľkých rokoch sa v rámci veľkého množstva štúdií skúmala súvislosť medzi PTSP a peritraumatickou disociáciou. Uskutočnila sa metaanalýza 35 empirických štúdií, ktoré zisťovali súvislosti medzi peritraumatickou disociáciou a možnosťou vzniku PTSP. Výsledky naznačujú významne pozitívnu koreláciu medzi prítomnosťou PTSP a prítomnosťou peritraumatickej disociácie ($r=0.36$). Skúmalo sa tiež, či peritraumatická disociácia predstavuje rizikový faktor pre vývin PTSP po traumatickej udalosti. Zistilo sa, že peritraumatická disociácia je možným (miernym) rizikovým faktorom pre vývin PTSP.

Podľa Friedman (2000) zvýšená miera aktivácie (arousal) v akútnej fáze stresovej reakcie môže viesť k disociácii a neskôr ku vzniku PTSP. Vychádza pritom z nasledujúcich zistení:

- Disociatívne javy (napr. flashbacky) sa vyskytujú pri PTSP ako reakcia na zvýšenie arousalu, vyvolané yohimbínom. Výsledky štúdie poukazujú na to, že u pacientov s PTSP vyvolal yohimbín významné zvýšenie základných symptómov PTSP, ako sú rušivé (intruzívne) traumatické myšlienky, emocionálne znečulenie a smútok. Výsledky tiež poukazujú na skutočnosť, že nekontrolovaný stres spôsobuje podstatné zvýšenie noradrenergických neurónových funkcií (Southwick a kol., 1993).
- Panické záchvaty sú často sprevádzané disociačnými reakciami (Krystal a kol., 1991).
- Zvýšená frekvencia záchvatov paniky počas traumy. Výsledky štúdie prítomnosti panických symptómov, ktoré sa vyskytovali počas traumy, a následnej akútnej stresovej

poruchy poukázali, že celkovo 53% participantov uvádzalo spoločný výskyt panických záchvatov počas traumatickej situácie (Bryant, Panasetis, 2001).

- Disociatívne reakcie môžu byť vyvolané u jedincov s ASP hyperventiláciou (Nixon, Bryant, 2006).
- Vzťah medzi peritraumatickou disociáciou a akútnym stresom je priamo závislý od úrovne peritraumatickej panickej reakcie. Štúdia skúmala vzťah medzi peritraumatickým strachom a disociáciou, ktorý ukázal celkovo mierny až silný lineárny vzťah. Len veľmi malý počet osôb s vysokou úrovňou disociácie uvádzal nízku hladinu úzkosti. Medzi tými, ktorí mali vysokú mieru úzkosti sa udávala aj vysoká miera disociácie. Výsledky tejto štúdie nepodporujú názor, že prítomnosť disociácie chráni jednotlivcov pred prežívaním vysokej miery úzkosti v čase traumatickej situácie, ale skôr naznačujú, že disociácia je epifenoménom vysokej úrovne úzkosti (Fikretoglu a kol., 2006).

Zistenie, že panika zohráva úlohu v etiológii ASR (ASP), je v súlade s aktuálne prevládajúcim modelom ASP a PTSP. Modely podmieňovania strachu predpokladajú, že strach vyvolaný počas traumatickej udalosti sa spája s jej obsahom, čo má za následok pri opätovnom vybavení si traumatickej spomienky opätovnú úzkostnú reakciu (Rauch a kol., 2006). Spomínaný model predpokladá, že extrémna aktivácia sympatika v čase traumatickej situácie vedie k uvoľneniu stresových hormónov (vrátane norepinefrínu a epinefrínu), čo má za následok nadmernú konsolidáciu traumatických spomienok (Charney a kol., 1993). Podľa tohto modelu sa väčšina postihnutých, ktorí prežili traumatickú situáciu, začína vyhýbať spomienkam súvisiacim s traumou v dňoch a týždňoch nasledujúcich po traumatickej situácii, pretože majú dojem, že pripomínanie si tejto nepríjemnej situácie signalizuje ďalšie možné nebezpečenstvo.

Dôležitým zistením je, že ľudia, u ktorých sa nakoniec rozvinie PTSP, vykazujú v dňoch bezprostredne po traume zvýšenú srdcovú frekvenciu (Bryant a kol., 2008). Taktiež sa zistilo, že s väčšou pravdepodobnosťou sa PTSP vyvinie u ľudí, ktorí sa po traumatickej udalosti vyznačujú zrýchleným dýchaním (Bryant a kol., 2008). Tieto zistenia potvrdzujú teoretické úvahy, že vzniku ASR (ASP) a PTSP predchádza zvýšený arousal v akútnej fáze traumatickej situácie.

Ďalší model ASR (ASP) predpokladá pri svojom vzniku významnú úlohu kognitívnych procesov. Predpokladá, že extrémne negatívne a nereálne odhady, či posúdenia traumatickej situácie, v spojení s vyššou úrovňou symptomatickej reakcie a silnejším presvedčením o pravdepodobnosti budúceho poškodenia, zvyšujú mieru pravdepodobnosti rozvoja PTSP (Ehlers, Clark, 2000). Toto podporujú zistenia, že ľudia s ASP majú častú tendenciu zveličovať pravdepodobnosť výskytu budúcich negatívnych udalostí (Warda, Bryant, 1998). Katastrofické scenáre a odhady v počiatočnom období bezprostredne po expozícii jednotlivca traumatickej situácii potom predpovedajú následný výskyt PTSP u dospelých (Ehlers a kol., 1998; Dunmore a kol., 2001) a u detí (Bryant a kol., 2007; Meiser-Stedman, 2002). Ruminácia v akútnej fáze po traumatickej situácii tiež indikuje neskorší rozvoj PTSP (Visser a kol., 2017).

Klinický obraz

Akútna stresová porucha (ASP) sa zvyčajne prejavuje vážnou mierou opätovného prežívania úzkosti, ako reakcie pri vyvolaní spomienky na nedávnu traumatickú situáciu (Bryant, 2019).

Ako príklad Bryant (2019) uvádza prípad pacienta, ktorý sa podroboval liečbe dva týždne po tom, ako ho v jeho vlastnom obchode napadli a okradli. Uvádzal, že prežíval časté nočné mory, ktoré sa obsahovo týkali útoku, ako aj desivé sny o útokoch vo všeobecnosti. Uvádzal denne rušivé spomienky na zážitok, vrátane živých spomienok na útočníka, ktorý mu priložil nôž na krk. Uvádzal tiež silné perцепčné spomienky, ktoré mu pripomínali pach útočnickovho dychu a pocit priloženého ostria noža na pokožke jeho hrdla.

Tieto reakcie bývajú ľahko aktivované mnohými udalosťami a situáciami, a často vedú k všeobecnému strachu a ostražitosti voči ďalším hrozbám (Bryant, 2019).

Pacient teda u seba popisoval intenzívne zhoršenie svojho stavu, ktoré bolo vyvolané mnohými spomienkovými návratmi k traumatickej situácii, vrátane situácií, kedy sa stretol s cudzími ľuďmi, s ľuďmi rovnakého etnického pôvodu a vzhľadu útočníka, a dokonca aj vtedy, keď vstúpil do svojho vlastného obchodu. Za každým, keď sa holil, trpel nepríjemnými pocitmi, ktoré vyvolávali spomienky, pretože pocit holiaceho strojčeka na jeho koži vyvolal jasné spomienkové prepojenie na traumatickú situáciu priloženého noža útočníka na jeho hrdle. Toto u neho spustilo na úrovni telesných pocitov chvenie, ktorého dôsledkom bolo neraz to, že sa pri holení porezal. Prítomnosť krvi ďalej zhoršovala jeho stav, zintenzívňovala spomienky a obavy. Intenzívne sa obával všetkých potenciálnych hrozieb a neustále skúmal svoje okolie, aby sa neopakovala situácia, keď by mohol niekto ublížiť. Uisťoval sa, či je otočený zakaždým chrbtom k stene, aby sa k nemu nikto nemohol priblížiť zozadu, a začal sa úplne vyhýbať situáciám, ktoré neumožňovali okamžitý únik v prípade potreby (Bryant, 2019).

Ak sa pacient nachádza v popisovanej fáze, je u neho bežné vyhýbanie sa akejkoľvek subjektívne vnímanej hrozbe alebo dokonca len pripomenke nejakej hrozby, pretože pacient sa snaží minimalizovať úzkosť znížením vystavenia sa akýmkoľvek situáciám, myšlienkam alebo rozhovorom, ktoré by mohli aktivovať jeho strach. To môže dokonca viesť k nechote diskutovať o svojom prežívaní aj pri psychologickom posúdení (Bryant, 2019).

Na tomto príklade je možné poukázať na to, ako si pacient vytvoril mnohé zjavné i skryté stratégie vyhýbania sa: odmietal diskutovať o tejto skúsenosti so svojou rodinou, odmietal vstup do svojho obchodu pre všetkých zákazníkov mužského pohlavia, vypínal spravodajské programy, keď sa v televízii spomenulo nejaké lúpežné prepadnutie alebo útok, a holil sa výlučne holiacim strojčekom.


Na pacientov, ktorí spĺňajú úplné disociačné kritériá pre ASP (t.j. tri alebo viac disociačných symptómov), môže disociacia po traumatickej situácii, ktorú prežili pôsobiť tak, že sa u nich prejavuje emocionálne znecitlivenie, všeobecne znížená emočná reaktivita. Môže ísť

o pacientov v šoku. Aj keď sa u pacientov môžu pri diagnostickom posúdení môžu prejavovať disociatívne reakcie, rozhovor o svojej traumatickej skúsenosti a zážitku, zvyčajne v nich vyvolá znepokojenie. U pacientov sa môžu objavovať amnézie hlavných momentov a aspektov udalosti, avšak amnézia celej skúsenosti je mimoriadne zriedkavá (Bryant, 2019).

Ako príklad ponúka Bryant (2019) situáciu, keď pacient na začiatku rozhovoru uviedol, že si nemôže spomenúť na kľúčový aspekt zážitku potom, čo mu útočník povedal, že sa mu chystá podrezať hrdlo; jeho ďalšia spomienka obsahovala až moment, keď ležal hlavou pri zemi a útočník na neho kričal.

Klasifikácia

Tabuľka č. 1a Diagnostické kritériá pre akútnu stresovú reakciu (ASR) podľa MKCH-10

	Diagnostické kritériá pre akútnu stresovú reakciu (F43.0) podľa MKCH-10
<ul style="list-style-type: none">– Prechodná porucha, ktorá vzniká u jednotlivca bez inej zjavnej psychickej poruchy ako odpoveď na výnimočný fyzický a psychický stres, a ktorá zvyčajne odznie v priebehu hodín alebo dní.– Pri vzniku a vážnosti akútnej stresovej reakcie hrajú úlohu individuálna zraniteľnosť a odolnosť.– Symptómy sú typicky zmiešané a premenlivé, a zahŕňajú začiatkové štádium omráčenia so zúžením vedomia a pozornosti, s neschopnosťou vnímať stimuly a dezorientáciou.– Za týmto štádiom môže nasledovať ďalší únik od okolitej situácie (až do disociatívneho stuporu, F44.2) alebo agitácia a hyperaktivita (úniková reakcia alebo fúga).– Zvyčajne bývajú prítomné autonómne symptómy panickej úzkosti (tachykardia, potenie, sčervenanie).– Symptómy sa zvyčajne zjavujú v priebehu niekoľkých minút od stresujúceho stimulu alebo udalosti, a strácajú sa počas dvoch alebo troch dní (často už po niekoľkých hodinách).– Na epizódu môže byť čiastočná alebo úplná amnézia (F44.0).– Ak symptómy pretrvávajú, je potrebné zvážiť prehodnotenie diagnózy a liečby.	

Tabuľka č. 1b Diagnostické kritériá pre akútnu stresovú poruchu (ASP) podľa DSM-5



**Diagnostické kritériá
pre akútnu stresovú poruchu (ASP) podľa DSM-5**

- A. Vystavenie sa skutočnej alebo hroziacej smrti, vážnemu zraneniu alebo sexuálnemu násiliu jedným alebo viacerými z nasledujúcich spôsobov:
1. Priame prežívanie traumatickej udalosti;
 2. Osoba je osobne je svedkom traumatickej udalosti (udalostí), ktorá sa stala iným;
 3. Osoba sa dozvedela, že traumatická udalosť sa stala blízkeму rodinnému príslušníkovi alebo blízkeму priateľovi (poznámka: v prípade skutočnej alebo hroziacej smrti člena rodiny alebo priateľa musela byť udalosť násilná alebo náhodná);
 4. Osoba zažíva opakované expozície alebo extrémne vystavenie averzívny detailom traumatickej udalosti (udalostí), napr. záchranári zbierajúci ľudské ostatky, policajti vystavovaní opakovane detailom z priebehu zneužívania detí. (poznámka: toto sa nevzťahuje na expozície prostredníctvom elektronických médií, televízie, filmov alebo obrázkov, pokiaľ táto expozícia nesúvisí s prácou)
- B. Prítomnosť deviatich (alebo viacerých) z nasledujúcich symptómov z ktorejkoľvek z piatich kategórií týkajúcich sa intrúzií, negatívnych nálad, disociácie, vyhýbania sa a nabudenia, ktoré začali alebo sa zhoršili po traumatickej udalosti (udalostiach);

Intruzívne symptómy:

1. Opakujúce sa, nechcené a rušivé spomienky na traumatické udalosti (poznámka: u detí sa môžu vyskytovať ako opakovaná hra, v ktorej sú vyjadrené témy alebo aspekty traumatickej udalosti);
2. Opakujúce sa nepríjemné sny, v ktorých obsah alebo afekt sna súvisia s traumatickou udalosťou (poznámka: u detí môžu existovať desivé sny bez rozpoznateľného obsahu);
3. Disociatívne reakcie (napr. flashbacky), pri ktorých sa jednotlivec cíti alebo koná, akoby sa traumatická udalosť znovu opakovala (takéto reakcie sa môžu vyskytovať v určitom kontinuu, pričom najextrémnejším vyjadrením je úplná strata uvedomovania o súčasnom dani) (poznámka: u detí sa môžu pri hre objaviť príznaky špecifické pre traumou);
4. Intenzívna alebo dlhotrvajúca psychická nepohoda alebo výrazné fyziologické reakcie pri vnútorných alebo vonkajších podnetoch, ktoré symbolizujú alebo pripomínajú aspekt traumatickej udalosti (udalostí);

Negatívna nálada

5. Pretrvávajúca neschopnosť prežívať pozitívne emócie (napr. neschopnosť prežívať šťastie, spokojnosť alebo pocity lásky);

Disociatívne symptómy

6. Zmenené vnímanie reality, svojho okolia alebo seba samého (napr. videnie seba z inej perspektívy, cíti sa ako omámený, pocity spomalenia času);
7. Neschopnosť zapamätať si dôležitý aspekt traumatických udalostí (zvyčajne v dôsledku disociačnej amnézie, a nie iných faktorov, akými sú napr.: zranenie hlavy, alkohol alebo drogy);

Symptómy vyhýbania sa

8. Snaha vyhnúť sa nepríjemným spomienkam, myšlienkam alebo pocitom týkajúcich sa traumatickej udalosti (udalostí) alebo tých, ktoré by ju pripomínali;
9. Snaha vyhnúť sa vonkajším pripomienkam (ľuďom, miestam, rozhovorom, činnostiam, objektom, situáciám), ktoré vzbudzujú nepríjemné spomienky, myšlienky alebo pocity týkajúce sa traumatických udalostí alebo úzko s nimi súvisia;

Symptómy nabudenia

10. Poruchy spánku (napr. ťažkosti so zaspávaním alebo zotrvaním v spánku, nepokojný spánok);
 11. Prejavy podráždenia a výbuchy zlosti (pri malej alebo žiadnej provokácii), zvyčajne vyjadrené verbálnou alebo fyzickou agresiou voči ľuďom alebo predmetom;
 12. Hypervigilancia;
 13. Problémy s koncentráciou;
 14. Prehnaná úľaková reakcia;
- C. Trvanie narušenia (symptómov v kritériu B) sú od troch dní až jeden mesiac po traumatickej expozícii (poznámka: symptómy sa zvyčajne začínajú bezprostredne po traume, ale na splnenie kritérií poruchy je potrebné splniť kritérium trvania najmenej tri dni až mesiac);
- D. Narušenie spôsobuje klinicky významnú mieru distressu a poškodenia v oblasti sociálnej, v pracovnej oblasti alebo v iných dôležitých oblastiach fungovania;
- E. Porucha nie je zapríčinená fyziologickým účinkom látky (napr. liekov alebo alkoholu) alebo iným somatickým stavom (napr. mierne traumatické poškodenie mozgu) a nie je možné ju lepšie vysvetliť krátkou psychotickou poruchou.

Revízie diagnostických kritérií pre ASP z DSM-IV na DSM-5 zahŕňajú (APA, 2013; a APA, 2000):

- a. Kritérium stresora (kritérium A) v DSM-5 vyžaduje, aby bolo vyslovene uvedené, či bola postihnutá osoba traumatickej udalosti vystavená priamo, alebo bola svedkom tejto udalosti, alebo sa jej dotkla nepriamo;
- b. Kritérium týkajúce sa subjektívnej reakcie pacienta na traumatickú udalosť (kritérium A2 v DSM-IV) bolo v DSM-5 vylúčené;
- c. Kategórie objavujúcich sa symptómov boli revidované na narušenie, negatívnu náladu, disociáciu, vyhýbanie sa a nabudenie;

- d. Požiadavka z DSM-IV, aby boli prítomné symptómy z každej kategórie, bola v DSM-5 vylúčená;
- e. Požiadavka, aby symptómy pretrvávali aspoň dva dni, bola navýšená na dobu troch dní.

Bryant (2019) uvádza, že aj keď DSM-5 stanovuje, že ASP možno diagnostikovať tri dni po traumatickej udalosti, skutočnosť, že ASP je zväčša diagnostikovaná približne o týždeň neskôr po udalosti, môže lepšie identifikovať pacientov, ktorí sa dajú účinne liečiť a sú vystavení väčšiemu riziku vzniku PTSP. Diagnostika do troch dní totiž identifikuje viacero ľudí, ktorí zažívajú prechodnú stresovú reakciu, ktorá má tendenciu sa v nasledujúcich týždňoch znižovať. Symptómy ASP by mali byť prítomné na klinicky závažnej úrovni, aby bola zaručená správnosť diagnózy. Pretože, napr. u viacerých ľudí sa objavuje nejaká forma vyhýbavého správania približne mesiac po traume. Aby sa však splnilo kritérium vyhýbavého správania pre ASP, u pacienta sa musí skutočne objavovať dôkladné vyhýbavé správanie, v zmysle aktívneho nezapájania sa do bežných životných aktivít (vyhýbanie sa stretávaniu s ľuďmi, vyhýbanie sa miestam, rozhovorom, činnostiam, objektom, situáciám, ktoré vzbudzujú nepríjemné spomienky, myšlienky alebo pocity týkajúce sa traumatických udalostí alebo úzko s nimi súvisia).

Diferenciálna diagnostika

ASP by sa mala odlišiť od psychických porúch ako je *panická porucha* a *adaptačná porucha*. Panické záchvaty charakteristické pre *panickú poruchu* majú náhly nástup, nemusia im predchádzať trauma, sú vyvolávané skôr z pretrvávajúceho stavu znepokojenia alebo úzkosti z ich možného opakovania. Nie sú teda viazané strachom z opätovného výskytu predchádzajúcej traumatickej udalosti (Bryant, 2019).

Adaptačná porucha sa považuje za „zvyšnú“ kategóriu, v ktorej symptómy nespĺňajú kritériá pre inú špecifickú poruchu. Akútna stresová reakcia v reakcii na traumatický zážitok (hroziaca smrť, vážne zranenie alebo sexuálne narušenie) spĺňa kritériá ASP. Život ohrozujúce ochorenie alebo traumatické zranenie sa nepovažuje za traumatickú skúsenosť v pravom význame, ktorý by bol charakteristickým diagnostickým kritériom ASP (Bryant, 2019).

Bryant (2019) uvádza, že ASP by mala byť odlišená od *iných príčin*, ktoré spôsobujú zmeny vo fungovaní prežívania pacienta, ktorý prežil traumatickú situáciu, a to vrátane možného pôsobenia:

- a) účinkov analgetických liekov;
- b) zdravotných ťažkostí zahŕňajúcich kómu alebo zníženú schopnosť vedomia;
- c) účinkov zneužívania návykových látok.

V každom z týchto stavov sa u pacienta môžu vyskytnúť zmeny vo vedomí, ktoré sa môžu javiť podobne ako disociatívne zmeny. Napr. morfín, predpísaný na zvládnutie akútnej bolesti, môže viesť k zníženiu vedomia, výskytu derealizácií, depersonalizácií alebo amnézií. Tieto stavy sa dajú ľahko zamieňať s disociatívnymi symptómami ASP (Bryant, 2019).

Poškodené vedomie vyplývajúce z *mierného traumatického poškodenia mozgu* môže pripomínať celý rad symptómov ASP, vrátane depersonalizácie, derealizácie, zníženého vedomia a disociačnej amnézie. Neexistujú spoľahlivé prostriedky na rozlíšenie medzi disociačnou amnéziou a amnéziou sekundárnou, po miernom traumatickom poškodení mozgu. Preto je vhodné nevysvetľovať amnéziu po miernom traumatickom poškodení mozgu ako symptóm ASP (Bryant, 2001). Mierné traumatické poškodenie mozgu sa môže vyskytnúť súčasne s ASP (a neskôr PTSP). Longitudinálne štúdie u pacientov s miernymi traumatickými poškodeniami mozgu popisujú, že naplnenie kritérií ASP u tohto typu pacientov predpovedá následné rozvinutie PTSP (Bryant, Harvey, 1998).

Na rozdiel od diagnostikovania ASP pri miernom traumatickom poškodení mozgu **sa diagnostikovanie ASP u pacientov so stredne ťažkým alebo ťažkým traumatickým poškodením mozgu neodporúča**. Títo pacienti majú podľa definície výraznejšie poruchy vedomia, ktoré sa viac prekrývajú so stresovými reakciami, a mávajú tiež zvyčajne ťažkosti so sledovaním a následným hodnotením svojich psychických stavov, ktoré prežívajú.

Subsyndrómové prejavy ASP

Subsyndrómový typ ASP vznikol za účelom stanovenia kritérií v DSM-IV, pomocou ktorých by bolo možné identifikovať osoby, u ktorých hrozí rozvoj PTSP, ale nemali dostatočné symptómy na diagnostikovanie ASP. Subsyndrómová podoba ASP, založená na DSM-IV, bola často definovaná ako prítomnosť troch zo štyroch skupín symptómov v diagnostike DSM-IV, pričom väčšina štúdií pri subsyndrómovej podobe ASP nevyžadovala prítomnosť disociačných symptómov (Bryant a kol., 2008; Dalgleish a kol., 2008; Kassam-Adams, Winston, 2004; Bryant a kol., 2007). Ďalšie štúdie ukazujú, že subsyndrómové kritériá ASP, ktoré nevyžadujú prítomnosť disociácie a diagnosticky sú v súlade s kritériami ASP podľa DSM-IV, sú citlivým indikátorom pri predikcii následného vývoja PTSP (Harvey, Bryant, 1998; a Brewin a kol., 1999; Bryant a kol., 2008; a Kassam-Adams a kol., 2009).

Zistenia teda naznačujú, že k rozvoju PTSP existuje viacero ciest, pričom niektorí ľudia môžu prejavovať počiatočné prejavy disociácie, a iní zas nie. Výsledky štúdií taktiež naznačujú, že osoby s ASP majú silnejšie disociatívne tendencie, v porovnaní s osobami, u ktorých je diagnostikovaná subsyndrómálna podoba ASP (Bryant a kol., 2001). Tieto zistenia teda naznačujú, že osoby s disociatívnymi tendenciami môžu takýmto spôsobom reagovať na prežitú traumatickú situáciu, avšak u mnohých ďalších ľudí, ktorí túto disociatívnu tendenciu nemajú, sa s rovnakou pravdepodobnosťou môže rozvinúť PTSP. Tento záver bol hlavným faktorom pri zmene kritérií ASP v DSM-5, pretože už na základe novších zistení prestala byť pri tejto diagnóze nutná prítomnosť špecifických skupín symptómov (Bryant a kol., 2011).

Psychodiagnostické nástroje pre ASR (ASP)

Existujú tri štruktúrované diagnostické postupy pre psychodiagnostické posúdenie ASP na základe kritérií DSM-4. Nástroje na psychodiagnostické posúdenie ASP, ktoré by vychádzali z publikovaných psychometrických zistení podľa DSM-5 ešte nie sú k dispozícii:

- 1) Stanfordský dotazník ASP: 30 položkový sebaodhadovací inventár, ktorý obsahuje otázky zo všetkých okruhov symptómov ASP, podľa DSM-4;
- 2) Interview ASP (ASDI): 19 položkový štruktúrovaný klinický rozhovor, ktorý je založený na kritériách DSM-IV, má dobrú vnútornú konzistenciu ($r=0,90$), reliabilitu pri test - retest meraniach ($r=0,88$), senzitivitu (91%) a špecifickosť (93%) (Bryant a kol., 1998);
- 3) The Acute Stress Disorder Scale (ASDS) je sebaodhadovacia škála, ktorá je založená na rovnakých položkách ako ASDI (Bryant a kol., 2000). Táto škála je široko používaná ako klinický skrining u ľudí, u ktorých sa prejavujú symptómy ASP; optimálne sa však používa skôr ako nástroj na meranie závažnosti symptómov akútneho stresu, než na diagnostikovanie akútnej stresovej poruchy. Niektoré štúdie využili celkové medzné skóre pre ASDS na identifikáciu ľudí, ktorí sú pre možný výskyt PTSP vysoko ohrození; skóre 50 a vyššie svedčí v prospech závažnej akútnej stresovej reakcie.

Psychofyziologické posúdenie ASR (ASP)

Vzhľadom na zvýšenú mieru nabadenia je vhodné aj zisťovanie psychofyziologickej reaktivity na stres, napr. meraním stresového profilu pomocou metód biofeedbacku. Zaujímá nás základná úroveň a schopnosť návratu do pôvodného stavu po strese. Vhodné je výsledky porovnať s vekovými normami.

Liečba

Liečba ASP je zameraná na zmiernenie symptómov ASR a prevenciu jej rozvoja do podoby PTSP (Bryant, 2018).

Prístupy k liečbe

Bryant (2018) uvádza, že u pacientov s ASP sa pred ostatnými druhmi psychoterapie a medikáciou uprednostňuje liečba pomocou KBT v prvej línii.

V prípade potreby je indikácia farmakoterapie v kompetencii lekára.

Hoci nie sú dostupné klinické štúdie, ktoré by porovnávali účinnosť na traumou zameranej KBT s inými psychoterapeutickými intervenciami, pri liečbe ASP alebo pri prevencii PTSP, práve na traumou zameraná KBT je najrozšírenejšie skúmaná liečba ASP s najrozsiahljším dôkazovým materiálom jej účinnosti.

KBT pre pacientov s ASP by mal zvyčajne poskytovať psychológ alebo psychiater s príslušným psychoterapeutickým vzdelaním počas šiestich stretnutí rozdelených do šiestich týždňov. Každé stretnutie predpokladá trvanie 60-90 minút. V prípade potreby je možné pridať ďalšie stretnutia. Psychoterapeutická intervencia sa zvyčajne uskutočňuje najskôr dva týždne po tom, ako bol pacient vystavený traumatickej udalosti. To jednotlivcovi poskytuje čas na zmiernenie prechodných symptómov a na zmiernenie pôsobenia posttraumatických stresorov. Začiatok liečby by mal byť načasovaný aj s ohľadom na možné stresom podmienené skutočnosti, ktoré pramenia z traumatickej udalosti. Pacientovi môže byť ťažké zamerať pozornosť na terapiu, ak je rozptýľovaný udalosťami alebo skúsenosťami súvisiacimi s traumou, napr. pre bolesť, prítomnú potrebu chirurgického zákroku, príp. súdne konania, pre potrebu zmeny bydliska a pod. U niektorých pacientov s ASP je dokonca potrebné odložiť

expozičnú terapiu o niekoľko mesiacov, hoci aj do fázy možného vývoja PTSP. Ide najmä o pacientov s nasledujúcimi prejavmi:

- a) pacienti s extrémnymi prejavmi vyhýbavého správania alebo pacienti s disociatívnymi reakciami: pretože prítomnosť týchto prejavov môže naznačovať, že pacient bol vystavený extrémnej stresovej reakcii a tieto prejavy sa môžu pri vystavení v expozičiaciach ešte viac komplikovať;
- b) pacienti s primárnymi reakciami hnevu: pretože hnev často signalizuje možnosť neoptimálnej reakcie na prípadnú expozičnú terapiu a je pravdepodobné, že títo pacienti budú lepšie reagovať na kognitívnu terapiu;
- c) pacienti s prejavmi akútneho smútku: pretože expozičná terapia môže skomplikovať normálny proces smútenia;
- d) pacienti s hraničnými alebo psychotickými črtami: pretože pri týchto pacientoch môže expozičia skomplikovať prejavy ich aktuálneho správania;
- e) pacienti s významnými suicidálnymi rizikami: pretože títo pacienti vyžadujú najskôr zvládanie svojich suicidálnych tendencií;
- f) pacienti s pretrvávajúcimi reakciami PTSP na traumy prežitú v detstve: pretože riešenie traumy z detstva len pár dní či týždňov po nedávnej traume môže byť pre nich príliš ťažké.

Psychoterapia

Medzi psychosociálne intervencie, ktoré sa testovali alebo na liečenie symptómov ASP alebo na zabránenie rozvoja PTSP patria: na traumy zameraná KBT, expozičná terapia, kognitívna terapia a psychologický debriefing.

Na traumy zameraná KBT

Podľa Bryanta (2018) u pacientov s ASP na traumy zameraná KBT zvyčajne zahŕňa tieto psychoterapeutické postupy: edukáciu pacientov, kognitívnu reštrukturalizáciu a expozičnú terapiu:

- 1) **Edukácia pacientov:** pacienti sú poučení o stresových reakciách vznikajúcich pri traumatickej udalosti, o poruchách súvisiacich s traumou, o možnostiach liečby;

Edukácia pacientov o stresových reakciách na traumy by malo byť zamerané na:

- a) normalizovanie reakcie na stres;
 - b) zvýšenie pravdepodobnosti zotavenia;
 - c) vysvetlenie stresovej reakcie, modelu podmieňovania vzniku týchto reakcií, aby sa pacient dozvedel, že spomienky už nie sú nebezpečné;
- 2) **Kognitívna reštrukturalizácia:** používa sa na riešenie maladaptívnych alebo nerealistických hodnotení, ktoré môže mať pacient o traume, jeho reakcií na udalosť a obáv z možného opätovného poškodenia v budúcnosti;
 - 3) **Expozičia:** pacientom pomáha terapeutickým spôsobom čeliť obávaným spomienkam na traumatickú situáciu.

Opätovné prežívanie traumy prostredníctvom expozičnej terapie umožňuje jej emocionálne spracovanie tak, že sa môže stať menej bolestivým. Opakovanou konfrontáciou traumatických spomienok alebo bezpečného prehrávania spomienok na traumatický zážitok ich môže

jedinec bezpečne zažiť, až kým prestanú vyvolávať silné emócie a sám sa presvedčí, že nie sú nebezpečné (Foa, Kozak, 1986; a Foa a kol., 1989).

Na traumy zameraná KBT pre ASP optimálne zahŕňa obidva druhy expozície: expozíciu v imaginácii, aj expozíciu in vivo. Pri expozícii v imaginácii pacient poskytuje podrobný priebeh svojej traumatickej skúsenosti, a pomocou verbalizovania prežíva traumatickú skúsenosť s terapeutom (zvyčajne najmenej 30 minút) s úmyslom dosiahnuť vyhasnutie negatívneho emočného náboja. Opakovaným oživovaním spomienok z pamäte sa pacient môže uisťovať, že spomienka na traumatickú situáciu uložená v pamäti už nie je hrozbou a nemá za následok ďalšie negatívne dôsledky. Na základe podobného mechanizmu sa expozícia in vivo vykonáva s cieľom zabezpečiť, aby sa pacient nevyhýbal obávaným situáciám v každodennom živote, čím by sa podmieneným učením upevňovalo iracionálne presvedčenie, že akákoľvek pripomienka traumatickej situácie už môže signalizovať hrozbu (Bryant, 2018).

Expozičná terapia

Klinické štúdie zistili, že expozícia (aj bez ďalších zložiek terapie, ktoré obsahuje KBT) je účinná pri prevencii rozvoja PTSP (Bryant, 2018):

Kognitívna terapia

Kognitívna terapia je súčasťou KBT zameranej na traumy a jej účinnosť sa preukázala aj pri prevencii PTSP ako monoterapia.

Psychologický debriefing

Psychologický debriefing je intervencia, ktorá spočíva v spomínaní na traumatickú udalosť, v preformulovaní a prepracovaní traumatických udalostí, zvyčajne v skupinovom formáte. Napriek rozsiahlemu používaniu debriefingu u pacientov, ktorí prežili katastrofy a iné traumatické udalosti sa nezistilo, že psychologický debriefing (známy tiež ako „debriefing kritického incidentu“) je účinným postupom pri redukcii symptómov a rizika PTSP u jedincov, u ktorých došlo k traumatickej udalosti. Naopak, preukázalo sa, že v niektorých prípadoch môže byť škodlivý.

Farmakoterapia

Indikácia farmakoterapie v prípade ASR (ASP) je v kompetencii lekára.

Prognóza

Postihnutí, ktorí prežili traumatickú situáciu, často vykazujú v počiatočných dňoch a týždňoch po traumatickej udalosti symptómy výraznej úzkosti, ale potom sa väčšina z nich dokáže adaptovať, a tieto symptómy ustúpia. Tento model sa pozoroval u tých, ktorí prežili nehody motorových vozidiel (Blanchard, 1996), znásilnenie (Rothbaum, Foa, Riggs, a kol., 1992), nesexuálne útoky (Riggs, Rothbaum, Foa, 1995) a teroristické útoky (Galea, 2007). Výsledky najrôznejších štúdií udávajú, že jednotlivcov, ktorí prežili traumatickú situáciu, je možné zaradiť do štyroch až piatich základných typov posttraumatickej stresovej reakcie (Bryant, Nickerson, Creamer, O'Donnell, Forbes, Galatzer-Levy, McFarlane, Silove, 2015;

a Johannesson, Arinell, Arnberg, 2015; a Nash, Boasso, Steenkamp, Larson, Lubin, Litz, 2015; a Punamäki, Palosaari, Diab, Peltonen, Qouta, 2015):

- 1) rezistentný stav,
- 2) s chronickým distresom,
- 3) stav sa postupne zlepšuje,
- 4) stav sa postupne zhoršuje.

Diagnóza ASP slúži na identifikáciu ľudí trpiacich akútnou stresovou reakciou po traumatickej stresovej situácii, u ktorých sa zvyšuje riziko následnej PTSP, a ktorí tak môžu mať úžitok zo včasnej intervencie.

U 40-80% ľudí s ASP sa následne vyvinie PTSP; to však neznamená, že polovica alebo dokonca viac ako polovica ľudí s ASP musí trpieť chronickými prejavmi PTSP. Iba 30-60% tých, u ktorých sa nakoniec vyvinie PTSP, spĺňajú kritériá pre ASP v akútnej fáze, čo naznačuje, že väčšina ľudí, u ktorých sa vyvinula PTSP, neboli diagnostikovaní ako ASP. Štúdie detí z rokov 2015 a 2016 posilňujú záver, že diagnóza ASP nie je dobrým prediktorom vzniku následnej PTSP (Zhou a kol., 2016; a Rosenberg a kol., 2015).

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

Za koordináciu starostlivosti pacientov s PTSP sú zodpovední všeobecní lekári pre dospelých, ktorí podľa potreby odporúčajú ďalšie somatické, psychiatrické a psychologické vyšetrenie a liečbu.

Z posudkového hľadiska akútna stresová reakcia, ktorá vznikla ako odpoveď na výnimočný fyzický alebo psychický stres, a ktorá zvyčajne odznie v priebehu niekoľkých hodín alebo dní, môže podmieňovať nanajvýš krátkodobú dočasnú pracovnú neschopnosť po zvážení všeobecným lekárom, alebo psychiatrom. Ak sa následkom akútnej stresovej reakcia postupne vyvinie postraumatická stresová porucha, ktorá si vyžaduje dlhodobú psychiatrickú a psychoterapeutickú starostlivosť, dočasná pracovná neschopnosť je nutná. Ak sa táto porucha pri liečbe nezmierni, trvá viac ako rok, a prejavy choroby sú také, že postihnutý nie je plne schopný sa zaradiť do pracovného života, je namieste uznanie invalidity podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

ASP je prechodná psychická porucha, ktorá vzniká u osôb bez inej zjavnej psychickej poruchy ako odpoveď na výnimočný fyzický a psychický stres, a ktorá zvyčajne odznie v priebehu hodín alebo dní. Jestvuje aj jej subsyndrómová podoba. Rozvinie sa u 5-20% postihnutých, výnimočne aj viac, a problémom sa stáva vtedy, keď prejde do PTSP. Rizikovejšími jedincami pre vznik ASP sú ľudia trpiaci nejakou psychickou poruchou, ak prežili predtým inú traumu, ak sú ženského pohlavia, ak majú sklon k vyhubavému štýlu zvládania a so sklonom ku katastrofickému mysleniu, a ak sú silne presvedčení o možnosti ďalšej traumy.

Väčšina postihnutých dokáže psychické dôsledky traumy prekonať bez akejkoľvek pomoci, a psychologická intervencia krátko po traume nie je potrebná, a môže byť dokonca škodlivá.

Zvýšené riziko je u jedincov, u ktorých sa v čase traumy vyskytla peritraumatická disociácia, u osôb, ktoré počas traumy trpeli záchvatmi paniky, majú sklon hyperventilovať a majú v dňoch bezprostredne po traume zvýšenú frekvenciu srdca.

Na diagnostiku ASP existujú štruktúrované diagnostické postupy, a vhodné je tiež meranie psychofyziologických parametrov, hlavne srdcovej a dychovej frekvencie.

Liečba by sa mala začať až po 2 týždňoch od vystavenia sa traumatickej udalosti, a na základe EBM je vhodné uprednostniť KBT zameranú na traumy, expozičnú terapiu, prípadne kognitívnu terapiu. Iné postupy nemajú dostatočnú oporu vo výskumných štúdiách, a používanie postupov vychádzajúcich z debriefingu, sa ukázalo ako neúčinné, až škodlivé.

Organizácia starostlivosti spočíva v možnom použití techník psychologickkej prvej pomoci v čase traumy. Po traume je potrebné postihnutých len sledovať a terapeutické zásahy uskutočniť u osôb, ktoré prejavujú symptómy ASR (ASP), alebo symptómy subklinickej formy. Odborníci by mali používať postupy EBM, pričom je nežiaduce používať postupy vychádzajúce z debriefingu, kvôli ich potenciálnej škodlivosti. V prípade prechodu ASP do PTSP je potrebné postupovať podľa ŠPDTP pre PTSP. Diagnóza ASR (ASP) má pre vznik PTSP mierne silnú pozitívnu prediktívnu hodnotu, avšak táto sa môže vyvinúť aj bez symptómov ASR (ASP).

Psychologické intervencie by mali vykonávať zdravotnícki pracovníci vzdelaní v postupoch EBM podľa kompetencií tohto štandardu.

Výber liečby má zohľadňovať aj preferencie pacienta, ktorému sú zdravotnícki pracovníci v rámci informovaného súhlasu povinní poskytnúť dostatočné informácie o podstate a priebehu liečebných postupov, aby sa mohol kvalifikovane rozhodnúť.

Ďalšie odporúčania

ASP je väčšinou poddiagnostikovanou psychickou poruchou, a je potrebné klásť väčší dôraz v primárnej, ambulantnej a ústavnej starostlivosti na jej identifikáciu. Takisto je potrebné vzdelávanie širokej verejnosti a lekárov o tejto poruche. Vzhľadom na špecifiká poruchy 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 ŠPDTP je potrebné doplnenie vzdelávacích programov tak v pregraduálnom, ako aj v postgraduálnom vzdelávaní a vzdelávania v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Je potrebné vytvoriť efektívnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v liečbe ASR (ASP) s určením kompetencií každého poskytovateľa. Zdravotnícki pracovníci, ktorí budú diagnostikovať a liečiť ASR (ASP), potrebujú zodpovedajúcu komunikačnú spôsobilosť, schopnosť empatie a zvýšenú citlivosť na potreby postihnutých.

Špeciálny doplnok štandardu

Stanfordský dotazník akútnej stresovej reakcie

INŠTRUKCIA:

Nižšie je uvedený zoznam skúseností alebo zážitkov, ktoré ľudia niekedy majú počas stresovej udalosti a po nej. Prosím, každú položku - tvrdenie si pozorne prečítajte a rozhodnite, nakoľko sa tvrdenia zhodujú s vašou skúsenosťou alebo zážitkom počas stresovej udalosti a bezprostredne po nej (počas udalosti a do štyroch týždňov po udalosti). Odpovedzte na nižšie uvedené položky s ohľadom túto udalosť. Na hodnotenie použite stupnicu od 0 do 5 bodov, ktorá je zobrazená nižšie, a zakrúžkujte to číslo, ktoré najlepšie popisuje vašu skúsenosť alebo zážitok.

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
nevyskytlo sa vyskytlo sa veľmi zriedkavo zriedkavo sa vyskytlo niekedy sa vyskytlo často sa vyskytlo vyskytlo sa veľmi často

1. Mal/a som problémy s zaspávaním alebo spánkom.	0 1 2 3 4 5
2. Pociťoval/a som nepokoj.	0 1 2 3 4 5
3. Mal/a som pocit, ako by to trvalo večne.	0 1 2 3 4 5
4. Pomaly som reagoval/a.	0 1 2 3 4 5
5. Pokúšal/a som sa vyhnúť pocitom, ktoré súviseli so stresovou udalosťou.	0 1 2 3 4 5
6. Opakovane som mal/a zlé sny, ktoré súviseli so silnou stresovou udalosťou.	0 1 2 3 4 5
7. Keď som bol/a vystavená udalostiam, ktoré mi pripomenuli silnú stresovú udalosť, cítil/a som sa veľmi rozrušený/á.	0 1 2 3 4 5
8. Pri prekvapení by som prinajmenšom vyskočil/a.	0 1 2 3 4 5
9. Silná stresová udalosť mi sťažila vykonávanie mojej práce alebo iných vecí, ktoré sú potrebné.	0 1 2 3 4 5
10. Nemal/a som obvyklý pocit o tom, kto som.	0 1 2 3 4 5
11. Pokúšal/a som sa vyhnúť činnostiam, ktoré mi pripomínali silnú stresovú udalosť.	0 1 2 3 4 5
12. Mal/a som pocit, že som mimoriadne ostražitý/á („v strehu“) alebo pocit, že som veľmi nervózny/a (psychicky „na hrane“).	0 1 2 3 4 5

13. Seba samého/samu som prežíval/a akoby som to nebol/a ja.	0 1 2 3 4 5
14. Pokúšal/a som sa vyhnúť rozhovorom o stresovej udalosti.	0 1 2 3 4 5
15. Pri spomienkach na silnú stresovú udalosť sa u mňa objavili telesné reakcie.	0 1 2 3 4 5
16. Mal/a som problémy so zapamätaním si dôležitých podrobností, ktoré súviseli so silnou stresovou udalosťou.	0 1 2 3 4 5
17. Pokúšal/a som sa vyhnúť myšlienkam na silnú stresovú udalosť.	0 1 2 3 4 5
18. Veci, ktoré som videl/a, sa mi zdali odlišné od toho, ako viem, že skutočne sú.	0 1 2 3 4 5
19. Mal/a som opakované a nežiaduce spomienky na silnú stresovú udalosť.	0 1 2 3 4 5
20. Cítil/a som sa oddelený/á od svojich vlastných emócií.	0 1 2 3 4 5
21. Cítil/a som sa podráždený/á alebo som mal/a výbuchy hnevu.	0 1 2 3 4 5
22. Vyhybal/a som sa kontaktu s ľuďmi, ktorí mi pripomínali silnú stresovú udalosť.	0 1 2 3 4 5
23. Zrazu som konal/a alebo sa cítil/a tak, ako keby sa znovu silná stresová udalosť diala.	0 1 2 3 4 5
24. Moja myseľ zostala prázdna.	0 1 2 3 4 5
25. Z obdobia silnej stresovej udalosti si väčšinou nič nepamätám.	0 1 2 3 4 5
26. Silná stresová udalosť spôsobila problémy v mojich vzťahoch s ostatnými ľuďmi.	0 1 2 3 4 5
27. Mal/a som ťažkosti s koncentráciou pozornosti.	0 1 2 3 4 5
28. Mal/a som pocit odcudzenia alebo odpojenia od iných ľudí.	0 1 2 3 4 5
29. Mal/a som živý pocit, že silná stresová udalosť sa opakovala znova.	0 1 2 3 4 5
30. Snažil/a som sa držať ďalej od tých miest, ktoré mi pripomínali silnú stresovú udalosť.	0 1 2 3 4 5

Koľko dní ste prežívali niektorý z vyššie uvedených príznakov úzkosti? (označte jednu z možností):

- Žiaden deň -
- Jeden deň -
- Dva dni -
- Tri dni -
- Štyri dni -
- Päť alebo viac dní -

Vyhodnotenie:

Stanfordský dotazník akútnej stresovej reakcie (SASRQ) bol vyvinutý na hodnotenie/posúdenie akútnej stresovej reakcie u ľudí, ktorí prežívajú traumu. Je to výskumný nástroj, ktorý hodnotí reakcie, ktoré sa vyskytnú počas traumatizujúcej udalosti a v priebehu mesiaca po nej.

Tento nástroj bol skonštruovaný na výskumné účely pre hodnotenie štyroch kategórií symptómov diagnózy akútna stresová porucha (ktoré majú byť zahrnuté v DSM-IV):

- 1) disociácia,
- 2) znovu prežívanie traumy,
- 3) vyhýbanie sa pripomenutiu traumy a
- 4) výrazné symptómy úzkosti alebo zvýšenej vzrušivosti/nabudenia (arousal).

Zahŕňa tiež dve položky, ktoré hodnotia narušenie sociálneho alebo pracovného fungovania. Pri výskume reakcií na zemetrasenie v oblasti Bay Area, na požiar Oakland Hills, na popravu, atentát, povodeň, na ohrozenie pacienta zabitím osôb, ktoré pracujú na psychiatrickom oddelení, na skúsenosti súvisiace s bojom a na pracujúcich v kancelárskej budove, kde strelec zastrelil 14 ľudí sme použili predchádzajúce verzie tejto škály.

Taktiež je priložený kľúč na identifikáciu kategórie symptómov každej z 30 položiek. Ako prítomný zaznamenávame ten symptóm, ak ho respondent označí ako vyskytujúci sa aspoň „niekedy“, a ktorý zahŕňa reakciu 3, 4 alebo 5 na stupnici 0 - 5. Definícia akútnej stresovej poruchy si vyžaduje, aby sa vyskytli najmenej 3 z disociačných symptómov plus jeden symptóm opätovného prežitia traumy, jeden symptóm vyhýbania sa a jeden symptóm výraznej úzkosti alebo zvýšeného vzrušenia (arousal).

Usmernenie pre skórovanie SASRQ (Acute Stress Reaction Questionnaire)

Diagnóza akútnej stresovej poruchy vyžaduje najmenej 3 symptómy z piatich typov disociačných symptómov, 1 symptóm znovuprežitia situácie, 1 symptóm vyhýbania sa a 1 výrazný symptóm úzkosti /zvýšeného rozrušenia (arousal). Aby bolo možné započítať prítomný symptóm, musí mať zakrúžkovaná odpoveď hodnotu 3 alebo viac. Umiestnite tento skórovací kľúč a vyplnený dotazník SASRQ účastníka vedľa seba. Pre každé číslo položky, ktoré je uvedené nižšie, zadajte odpoveď účastníka do príslušného prázdneho riadku v 3. stĺpci. Spočítajte počet odpovedí v každej kategórii, ktoré sú skórované hodnotou 3 alebo vyššie, a tento súčet zadajte do celkového riadku v 4. stĺpci.

Kategória :	Výsledná hodnota
disociačné symptómy	
symptóm znovuprežitia situácie	
symptóm vyhýbania sa	
výrazný symptóm úzkosti /zvýšeného rozrušenia (arousal)	

1. disociačné symptómy	Číslo položky	Odpoveď participanta	Celkový počet skórovaných 3 alebo viac odpovedí
A. pocit znečitlivenia a odpojenia	Položka: 20 Položka: 28	..... .....	Celkový počet odpovedí 3 a viac
B. Pokles uvedomovania si okolia	Položka: 4 Položka: 24	..... .....	Celkový počet odpovedí 3 a viac
C. Derealizácia	Položka: 3 Položka: 18	..... .....	Celkový počet odpovedí 3 a viac
D. Depersonalizácia	Položka: 10 Položka: 13	..... .....	Celkový počet odpovedí 3 a viac
E. Disociačná amnézia	Položka: 16 Položka: 25	..... .....	Celkový počet odpovedí 3 a viac
2. Znovuprežívanie	Položka: 6 Položka: 7 Položka: 15 Položka: 19 Položka: 23 Položka: 29	..... ..... ..... ..... ..... .....	Celkový počet odpovedí 3 a viac
3. Vyhýbanie sa	Položka: 5 Položka: 11 Položka: 14 Položka: 17 Položka: 22 Položka: 30	..... ..... ..... ..... ..... .....	Celkový počet odpovedí 3 a viac
4. Zjavná úzkosť a zvýšená vzrušivosť (arousal)	Položka: 1 Položka: 2 Položka: 8 Položka: 12 Položka: 21 Položka: 27	..... ..... ..... ..... ..... .....	Celkový počet odpovedí 3 a viac

Literatúra:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Text Revision. Washington DC - American Psychiatric Association, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington - American Psychiatric Association, 2013.
- BALLUFFI, A. - KASSAM-ADAMS, N. - KAZAK, A. - TUCKER, M. - DOMINGUEZ, T. - HELFAER, M. 2004. Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit. In: *Pediatr Crit Care Med*, 2004; 5 (6) : 547.
- BARTON, K. A. - BLANCHARD, E. B. - HICKLING, E. J. 1996. Antecedents and consequences of acute stress disorder among motor vehicle accident victims. In: *Behav Res Ther*, 1996; 34 (10) : 805.
- BLANCHARD, E. B. - HICKLING, E. J. - BARTON, K. A. - TAYLOR, A. E. - LOOS, W. R. - JONES-ALEXANDER, J. 1996. One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. In: *Behav Res Ther*, 1996 Oct; 34 (10) : 775-86.
- BREH, D. C. - SEIDLER, G. H. 2007: Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? In: *J Trauma Dissociation*, 2007; 8 (1) : 53-69.

- BREWIN, C. R. – ANDREWS, B. – ROSE, S. – KIRK, M. 1999. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. In: *Am J Psychiatry*, 1999; 156 (3) : 360.
- BRYANT, R. A. 2011. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. In: *J Clin Psychiatry*, 2011 Feb; 72 (2) : 233-9. Epub : 2010 Dec 14.
- BRYANT, R. A. 2001. Posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: can they co-exist?. In: *Clin Psychol Rev.*, 2001; 21 (6) : 931.
- BRYANT, R. A. 2018. Treatment of acute stress disorder in adults. In: *Up To Date*, 2018. [cit. 2020.04.01.] Dostupné na internete: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-stress-disorder-in-adults#H21033141>
- BRYANT, R. A. - CREAMER, M. - O'DONNELL, M. L. - SILOVE, D. - MCFARLANE, A. C. 2008. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. In: *J Clin Psychiatry*, 2008; 69 (6) : 923.
- BRYANT, R. A. - FRIEDMAN, M. J. – SPIEGEL, D. - URSANO, R. - STRAIN, J. 2011. A review of acute stress disorder in DSM-5. In: *Depress Anxiety*, 2011 Sep; 28 (9) : 802-17. Epub, 2010 Nov 3.
- BRYANT, R. A. - GUTHRIE, R. M. - MOULDS, M. L. 2001. Hypnotizability in acute stress disorder. In: *Am J Psychiatry*, 2001; 158 (4) : 600.
- BRYANT, R. A. - HARVEY, A. G. 1998. Relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. In: *Am J Psychiatry*, 1998; 155 (5) : 625.
- BRYANT, R. A. - HARVEY, A. G. - DANG, S. T. – SACKVILLE, T. 1998. Assessing acute stress disorder: Psychometric properties of a structured clinical interview. In: *Psychol Assess*, 1998; 10 : 215.
- BRYANT, R. A. - HARVEY, A. G. - DANG, S. T. - SACKVILLE, T. - BASTEN, C. 1998. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. In: *J Consult Clin Psychol.*, 1998; 66 (5) : 862.
- BRYANT, R. A. - MASTRODOMENICO, J. - FELMINGHAM, K. L. - HOPWOOD, S. - KENNY, L. - KANDRIS, E. - CAHILL, C. - CREAMER, M. 2008. Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. In: *Arch Gen Psychiatry*, 2008; 65 (6) : 659.
- BRYANT, R. A. - MOULDS, M. L. - GUTHRIE, R. M. 2000. Acute Stress Disorder Scale: a self-report measure of acute stress disorder. In: *Psychol Assess*, 2000; 12 (1) : 61.
- BRYANT, R. A. - MOULDS, M. L. - GUTHRIE, R. M. - NIXON, R. D. 2005. The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. In: *J Consult Clin Psychol.*, 2005; 73 (2) : 334.
- BRYANT, R. A. - MOULDS, M. - GUTHRIE, R. - NIXON, R. D. 2003. Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury. In: *Am J Psychiatry*, 2003; 160 (3) : 585.
- BRYANT, R. A. - NICKERSON, A. - CREAMER, M. - O'DONNELL, M. - FORBES, D. - GALATZER-LEVY, I. - MCFARLANE, A. C. - SILOVE, D. 2015. Trajectory of post-traumatic stress following traumatic injury: 6-year follow-up. In: *Br J Psychiatry*, 2015 May; 206 (5) : 417-23.
- BRYANT, R. A. - PANASETIS, P. 2001. Panic symptoms during trauma and acute stress disorder. In: *Behav Res Ther*, 2001; 39 (8) : 961.
- BRYANT, R. A. - SACKVILLE, T. - DANG, S. T. - MOULDS, M. - GUTHRIE, R. 1999. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. In: *Am J Psychiatry*, 1999 Nov; 156 (11) : 1780-6.
- BRYANT, R. A. - SALMON, K. - SINCLAIR, E. - DAVIDSON, P. A. 2007. A prospective study of appraisals in childhood posttraumatic stress disorder. In: *Behav Res Ther*, 2007; 45 (10) : 2502.
- BRYANT, R. A. - SALMON, K. - SINCLAIR, E. - DAVIDSON, P. A. 2007. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in injured children. In: *J Trauma Stress*, 2007; 20 (6) : 1075.
- BRYANT, R. 2019. Acute stress disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis. In: *UpToDate*, 2019. [cit. 2020.03.28.] Dostupné na internete: https://www.uptodate.com/contents/acute-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-and-diagnosis?search=The%20Acute%20Stress%20Disorder&source=search_result&selectedTitle=1~39&usage_type=default&display_rank=1
- BRYANT, R. 2018. Treatment of acute stress disorder in adults. : *UpToDate*, 2019. [cit. 2020.03.24.] Dostupné na internete: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-stress-disorder-in-adults#H21033141>
- CLASSEN, C. - KOOPMAN, C. - HALES, R. - SPIEGEL, D. 1998. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. In: *Am J Psychiatry*, 1998; 155 (5) : 620. *ClinChildFamPsychol Rev.*, 2002; 5 (4) : 217.
- CREAMER, M. - MANNING, C. 1998. Acute stress disorder following an industrial accident. In: *Aust Psychol*, 1998; 33 : 125.
- DALGLEISH, T. - MEISER-STEDMAN, R. - KASSAM-ADAMS, N. - EHLERS, A. - WINSTON, F. - SMITH, P. - BRYANT, B. - MAYOU, R. A. - YULE, W. 2008. Predictive validity of acute stress disorder in children and adolescents. In: *Br J Psychiatry.*, 2008; 192 (5) : 392.
- DUNMORE, E. - CLARK, D. M. - EHLERS, A. 2001. A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. In: *Behav Res Ther*, 2001; 39 (9) : 1063.
- EHLERS, A. - MAYOU, R. A. - BRYANT, B. 1998. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. In: *J Abnorm Psychol*, 1998; 107 (3) : 508.
- EHLERS, A. - CLARK, D. M. 2000. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. In: *Behav Res Ther*, 2000; 38 (4) : 319.
- ELKLIT, A. - BRINK, O. 2004. Acute stress disorder as a predictor of post-traumatic stress disorder in physical assault victims. In: *J Interpers Violence*, 2004; 19 (6) : 709.

- ELKLIT, A. - CHRISTIANSEN, D. M. 2010. ASD and PTSD in rape victims. In: *J Interpers Violence*, 2010 Aug; 25 (8) : 1470-88. Epub, 2010 Jan 12.
- EVANS D. L. - FOA E. B. - GUR R. E. - HENDIN, H. O. - BRIEN, CH. P. - SELIGMAN, M. E. - WALSH, P. -
- FIKRETOGLU, D. - BRUNET, A. - BEST, S. - METZLER, T. - DELUCCHI, K. - WEISS, D. S. - FAGAN, J. - MARMAR, C. 2006. The relationship between peritraumatic distress and peritraumatic dissociation: an examination of two competing models. In: *J Nerv Ment Dis.*, 2006; 194 (11) : 853.
- FOA, E. B. - KOZAK, M. J. 1986. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. In: *Psychol Bull*, 1986; 99 (1) : 20.
- FOA, E. B. - STEKETEE, G. - ROTHBAUM, B. O. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder, In: *Behav Ther*, 1989; 20 : 155.
- FRIEDMAN, M. J. 2000. What might the psychobiology of posttraumatic stress disorder teach us about future approaches to pharmacotherapy? In: *J Clin Psychiatry*, 2000; 61 Suppl 7 : 44.
- FUGLSANG, A. K. - MOERGELI, H. - SCHNYDER, U. 2004. Does acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder in traffic accident victims? Analysis of a self-report inventory. In: *Nord J Psychiatry*. 2004; 58 (3) : 223.
- FULLERTON, C. S. - URSANO, R., J. - WANG, L. 2004. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. In: *Am J Psychiatry*. 2004; 161 (8) : 1370.
- GALEA, S. 2007. The long-term health consequences of disasters and masstraumas. In: *CMAJ*, 2007 Apr; 176 (9) : 1293-4.
- GINZBURG, K. - SOLOMON, Z. - DEKEL, R. - BLEICH, A. 2006. Longitudinal study of acute stress disorder, posttraumatic stress disorder and dissociation following myocardial infarction. In: *J Nerv Ment Dis*, 2006; 194 (12) : 945.
- GUTHRIE, R. M. - BRYANT, R. A. 2005. Auditory startle response in firefighters before and after trauma exposure. In: *Am J Psychiatry*, 2005; 162 (2) : 283.
- HAMANAKA, S. - ASUKAI, N. - KAMIJO, Y. - HATTA, K. - KISHIMOTO, J. - MIYAOKA, H. 2006. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms among patients severely injured in motor vehicle accidents in Japan. In: *Gen Hosp Psychiatry*, 2006; 28 (3) : 234.
- HARVEY A. G. - BRYANT, R. A. 1998. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. In: *Consult Clin Psychol*, 1998; 66 (3) : 507.
- HARVEY, A. G. - BRYANT, R. A. 2000. Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. In: *Am J Psychiatry*, 2000; 157 (4) : 626.
- HARVEY, A. G. - BRYANT, R. A. 1999. Acute stress disorder across trauma populations. In: *J Nerv Ment Dis*, 1999; 187 (7) : 443.
- HARVEY, A. G. - BRYANT, R. A. 1998. Acute stress disorder after mild traumatic brain injury. In: *J Nerv Ment Dis*, 1998; 186 (6) : 333.
- HARVEY, A. G. - BRYANT, R. A. 1999. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a 2-year prospective evaluation. In: *J Consult Clin Psychol*, 1999; 67 (6) : 985.
- HOLEVA, V. - TARRIER, N. - WELLS, A. 2001. Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. In: *Behav Ther*. 2001; 32 : 65.
- CHARNEY, D. S. - DEUTCH, A. Y. - KRYSTAL, J. H. - SOUTHWICK, S. M. - DAVIS, M. 1993. Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. In: *Arch Gen Psychiatry*, 1993 Apr; 50 (4) : 295-305.
- JOHANNESSON, K. B. - ARINELL, H. - ARNBERG, F. K. 2015. Six years after the wave. Trajectories of posttraumatic stress following a natural disaster. In: *J Anxiety Disord*, 2015 Dec; 36 : 15 - 24.
- KANGAS, M. - HENRY, J. L. - BRYANT, R. A. 2005. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following cancer. In: *J Consult Clin Psychol*, 2005; 73 (2) : 360.
- KASSAM-ADAMS, N. - FLEISHER, C. L. - WINSTON, F. K. 2009. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in parents of injured children. In: *J Trauma Stress*, 2009; 22 (4) : 294.
- KASSAM-ADAMS, N. - WINSTON, F. K. 2004. Predicting child PTSD: the relation ship between acute stress disorder and PTSD in injured children. In: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004; 43 (4) : 403.
- KLIEM, S. - KRÖGER, C. 2013. Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. In: *BehavResTher*, 2013; 51 (11) : 753. Epub, 2013 Sep 5.
- KORNØR, H. - WINJE, D. - EKEBERG, Ø. - WEISAETH, L. - KIRKEHEI, I. - JOHANSEN, K. - STEIRO, A. 2008. Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and meta-analysis. In: *BMC Psychiatry*, 2008; 8 : 81. Epub, 2008 Sep 19.
- KRYSTAL, J. H. - WOODS, S., W. - HILL, C., L. - CHARNEY, D., S. 1991. Characteristics of panic attack subtypes: assessment of spontaneous panic, situational panic, sleep panic, and limited symptom attacks. In: *Compr Psychiatry*, 1991; 32 (6) : 474.
- KÜHN, M.- EHLERT, U. - RUMPF, H. J. - BACKHAUS, J. - HOHAGEN, F. - BROOCKS, A. 2006. Onset and maintenance of psychiatric disorders after serious accidents. In: *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2006 Dec; 256 (8) : 497-503. Epub, 2006 Aug 17.
- MEISER-STEDMAN, R. 2002. Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents. In: *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2002; 5 (4) : 217.
- MKCH-10, [cit. 2020.03.19.] Dostupné na internete: <http://data.nczisk.sk/old/infozz/mkch/mkch-10/cast0500.pdf>

- Murray, J.; Ehlers, A.; Mayou, R. A.: Dissociation and post-traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *Br J Psychiatry*. 2002 Apr; 180:363-8.
- NASH, W. P. - BOASSO, A. M. - STEENKAMP, M. M. - LARSON, J. L. - LUBIN, R. E. - LITZ, B. T. 2015. Posttraumatic stress in deployed Marines: prospective trajectories of early adaptation. In: *J Abnorm Psychol*, 2015; 124 (1) : 155. Epub, 2014 Nov 24.
- NICE. 2018. Post-traumatic stress disorder, Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in children, NICE guideline NG116, London: National Institute for Health and Clinical Excellence. (EL 1, RCT)
- NIXON, R. D. V. - BRYANT, R. A. 2006. Dissociation in acute stress disorder after a hyperventilation provocation test. In: *Behav Cog Psychother*, 2006; 34 : 343.
- NIXON, R., D. 2012. Cognitive processing therapy versus supportive counseling for acute stress disorder following assault: a randomized pilot trial. In: *Behav Ther*, 2012; 43 (4) : 825. Epub, 2012 May 11.
- OCISKOVÁ, M. - PRAŠKO, J. 2015. Stigmatizace a sebstigmatizace u psychických poruch. ISBN: 9788024751993. Praha : Grada, 2015. Počet stránek: 376.
- PUNAMÁKI, R. L. - PALOSAARI, E. - DIAB, M. - PELTONEN, K. - QOUTA, S. R. 2015. Trajectories of posttraumatic stress symptoms (PTSS) after major war among Palestinian children: Trauma, family- and child-related predictors. In: *J Affect Disord*, 2015 Feb; 172 : 133 - 40.
- RAUCH, S. L. - SHIN, L. M. - PHELPS, E. A.: Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research - past, present, and future. In: *Biol Psychiatry*, 2006; 60 (4) : 376.
- RIGGS, D. S. - ROTHBAUM, B. O. - FOA, E. B. 1995. A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of non sexual assault. In: *J Interper Viol*, 1995; 10 : 201.
- ROBERTS, N. P. - KITCHINER, N. J. - KENARDY, J. - BISSON, J. 2009. Multiple session early psychological Interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. In: *Cochrane Database Syst, Rev*. 2009.
- ROSE, S. - BISSON, J. - CHURCHILL, R. - WESSELY, S. 2002. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD), In: *Cochrane Database Syst, Rev*. 2002.
- ROSENBERG, L. - ROSENBERG, M. - ROBERT, R. - RICHARDSON, L. - SHARP, S. - HOLZER, C. E. - THOMAS, C. - MEYER W. J. 3RD. 2015. Does acute stress disorder predict subsequent posttraumatic stress disorder in pediatric burn survivors?. In: *J Clin Psychiatry*, 2015 Nov; 76 (11) : 1564 - 8.
- ROTHBAUM, B. O. a kol. 1992. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims, In: *J Traum Stress*, 1992; 5 : 455.
- ROTHBAUM, B. O. - KEARNS, M. C. - PRICE, M. - MALCOUN, E. - DAVIS, M. - RESSLER, K., J. - LANG, D. - HOURY, D. 2012. Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: a randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. In: *Biol Psychiatry*, 2012 Dec; 72 (11) : 957-63. Epub, 2012 Jul 4.
- SHALEV, A. Y. - ANKRI, Y. - ISRAELI-SHALEV, Y. - PELEG, T. - ADESSKY, R. - FREEDMAN, S. 2012. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. In: *Arch Gen Psychiatry*, 2012; 69 (2) : 166. Epub, 2011 Oct 3.
- SOUTHWICK, S. M. - KRYSTAL, J. H. - MORGAN, C. A. - JOHNSON, D. - NAGY, L. M. - NICOLAOU, A. - HENINGER, G. R. - CHARNEY, D. S. 1993. Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. In: *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50 (4) : 266.
- SPIEGEL, D. - KOOPMEN, C. - CARDENA, C. - CLASSEN, C. 1996. Dissociative symptoms in the diagnosis of acute stress disorder. In: *Handbook of Dissociation*, Michelson LK. Ray WJ (Eds). Plenum Press : New York, 1996. p.367.
- STAAB, J. P. - GRIEGER, T. A. - FULLERTON, C. S. - URSANO, R. J. 1996. Acute stress disorder, subsequent posttraumatic stress disorder and depression after a series of typhoons. In: *Anxiety*, 1996; 2 (5) : 219.
- ŠEBLOVÁ, J. - KNOR, J. a kol. 2018. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře: 2., doplněné a aktualizované vydání, Grada : 2018, str.: 492, [cit. 2020.03.15.] Dostupné na internetu: https://books.google.sk/books?id=ZeGaDwAAQBAJ&pg=PA401&dq=ak%C3%BAtn%C3%AD+stresov%C3%A1+reakce&hl=sk&sa=X&ved=0ahUKEwilzu-1up_oAhWV0FwKHesoDxsQ6AEIQDAC#v=onepage&q=ak%C3%BAtn%C3%AD%20stresov%C3%A1%20reakce&f=false
- URSANO, R. J. a kol. 2010. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *American Psychiatric Association*, 2010. [cit. 2020.03.23.] Dostupné na internetu: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd.pdf
- VISSER, E. - GOSENS, T. - DENOUDSTEN, B. L. - DE VRIES, J. 2017. The course, prediction, and treatment of acute and posttraumatic stress in trauma patients: A systematic review. In: *J Trauma Acute Care Surg*, 2017; 82 (6) : 1158.
- WARDA, G. - BRYANT, R. A. 1998. Cognitive bias in acute stress disorder. In: *Behav Res Ther*, 1998; 36 (12) : 1177.
- ZHOU, P. - ZHANG, Y. - WEI, C. - LIU, Z. - HANNAK, W. 2016. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress: A longitudinal study of Chinese children exposed to the Lushan earthquake. In: *Psych J*, 2016; 5 (3) : 206. Epub, 2016 Jun 22.

Poznámka:

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

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

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. júla 2021 .

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva

Príloha

Štúdie poukazujúce na efektivitu a silu dôkazov

KBT zameraná na traumu zmiernuje symptómy ASP. Metaanalýza troch klinických štúdií s 93 pacientmi s ASP zistila, že KBT zameraná na traumu zmierňovala symptómy ASP v porovnaní s kontrolnými podmienkami (Kornør a kol., 2008; a Bryant, Harvey, Dang a kol., 1998; a Bryant, Sackville, Dang a kol., 1999; a Bryant, Moulds a kol., 2003; a Bryant, Moulds a kol., 2005).

Ďalšia klinická štúdia s 30 pacientmi, ktorí mali diagnostikovanú ASP, porovnávala kognitívnu procesnú liečbu (variant KBT) s podporným poradenstvom, pričom v primárnych výsledkoch sa nezistil žiadny rozdiel v efektívite. To môže naznačovať, že kognitívna terapia zameraná na spracovanie traumy je taká účinná ako iné typy KBT zamerané na traumu. Tieto závery sú však zmierňované malou veľkosťou štúdie a absentujúcimi pokusmi o kognitívne spracovávanie traumatickej situácie, využívajúc aj iné intervencie KBT zamerané na traumu (Nixon, 2012).

Zistilo sa, že KBT zameraná na traumu u ľudí s ASP znižuje pravdepodobnosť vzniku následnej PTSP (Kornør a kol., 2008). Metaanalýzou z piatich znáhodnených klinických štúdií sa zistilo, že KBT znížila podiel pacientov spĺňajúcich diagnostické kritériá pre PTSP po šiestich mesiacoch (relatívne riziko = 0,56 [95% CI 0,42-0,76]), pričom pokračujúci progres v liečbe sa pozoroval aj po troch rokoch sledovania. Následná metaanalýza 10 znáhodnených klinických štúdií zistila, že KBT má pri počiatocnom sledovaní miernu silu efektu (veľkosť efektu = 0,54), ktorá sa pri dlhodobom sledovaní efektu znížila do pásma nízkej sily efektu (veľkosť efektu = 0,34) (Kliem, Kröger, 2013).

Ako príklad možno uviesť aj ďalšiu klinickú štúdiu, ktorá náhodne pridelila 24 pacientov s ASP po traumatickej udalosti, ktorí absolvovali päť psychoterapeutických KBT sedení alebo podporného poradenstva do dvoch týždňov od traumatickej udalosti. Zistilo sa, že šesť mesiacov po traumatickej udalosti, už len menšia časť pacientov v skupine KBT spĺňala diagnostické kritériá pre PTSP (presnejšie 17%), pri porovnaní s podpornou poradenskou skupinou, kde 67% pacientov spĺňalo diagnostické kritériá pre PTSP (Bryant, Harvey, Dang a kol., 1998).

Expozičná terapia

Klinické štúdie zistili, že expozičia (aj bez ďalších zložiek terapie, ktoré obsahuje KBT) je účinná pri prevencii rozvoja PTSP (Bryant, 2018):

- 1) Klinická štúdia zistila, že dlhodobejšie poskytovaná expozičia jednotlivcom, ktorí spĺňali kritériá symptómov PTSP, v priemere mesiac po expozičii traumatickej udalosti, bola účinnejšia v porovnaní s kontrolovanou skupinou pacientov čakajúcich na zaradenie do liečby pri znižovaní PTSP. Účinnosť sa preukázala aj po aplikovaní expozičie päť mesiacov po traumatickej udalosti. Pozitívny efekt expozičie sa však nedokázal pri aplikácii pacientom po uplynutí deviatich mesiacov. 242 pacientov bolo náhodne rozdelených do skupiny liečených dlhodobou expozičiou, ďalej do skupiny liečených kognitívnou terapiou, do kontrolnej skupiny pacientov čakajúcich na liečbu, do skupiny liečených escitalopramom a do skupiny liečených placebom. V porovnaní s pacientmi čakajúcimi na liečbu bola u pacientov, ktorí absolvovali dlhodobejšiu liečbu expozičiou nižšia miera symptómov PTSP aj po absolvovaní liečby po piatich mesiacoch od traumatickej udalosti (57,1% oproti 21,6%). U pacientov, kde liečba začala po deviatich mesiacoch od traumatickej udalosti nebol pozorovaný žiadny rozdiel medzi kontrolnou skupinou a skupinou, ktorá absolvovala expozičnú terapiu (Shalev a kol., 2012).
- 2) Ďalšia klinická štúdia dokazuje, že včasný terapeutický zásah založený na expozičii, poskytnutý na pohotovostnom oddelení osobám, ktoré boli nedávno vystavené traumatickej udalosti, bol úspešný v prevencii vzniku PTSP. 137 pacientov bolo náhodne rozdelených do dvoch skupín: prvá skupina, v ktorej pacienti absolvovali tri stretnutia modifikovanej dlhšej expozičie a druhá - kontrolná skupina, ošetrená len vstupným zhodnotením stavu. Všetci pacienti boli do štúdie zaradení len krátko po prekonaní traumatickej udalosti (Rothbaum a kol., 2012). Pri kontrole stavu po 4 a 12 týždňoch od traumatickej udalosti, bola u pacientov v skupine, kde absolvovali predĺženú expozičiu, významne znížená prítomnosť symptómov PTSP v porovnaní s kontrolnou skupinou. Po prvom zhodnutí (po 4 týždňoch) nebol zaznamenaný významný rozdiel medzi prítomnosťou symptomatiky PTSP pri pacientoch, ktorí absolvovali predĺženú expozičiu a kontrolnou skupinou (54% : 49%). Pri zhodnutí stavu pacientov po uplynutí 12 týždňov nastala zmena. U pacientov, ktorí absolvovali dlhodobejšiu expozičiu už psychický stav nenaplnil kritériá diagnostiky PTSP, v porovnaní s kontrolnou skupinou (74% : 53%) (Rothbaum a kol., 2012).

Kognitívna terapia

Okrem toho, že je kognitívna terapia súčasťou KBT zameranej na traumu, preukázala aj účinnosť pri prevencii PTSP ako monoterapia. V štúdií s 242 pacientmi náhodne rozdelenými do jednej z piatich liečebných skupín, mali pacienti s pridelenou kognitívnu terapiou po piatich mesiacoch menšiu pravdepodobnosť výskytu PTSP v porovnaní s pacientmi v skupine čakajúcich na terapiu (18,2% : 58,2%), ale po opätovnom meraní po 9 mesiacoch sa medzi skupinami nezaznamenal žiadny rozdiel (Shalev a kol., 2012).

Psychologický debriefing

Napriek rozsiahlemu používaniu debriefingu u pacientov, ktorí prežili katastrofy a iné traumatické udalosti sa nezistilo, že psychologický debriefing (známy tiež ako „debriefing kritického incidentu“) je účinným postupom pri znižovaní symptómov PTSP u jedincov, u ktorých došlo k traumatickej udalosti (Rose a kol., 2002; a Roberts a kol., 2009). Intervencia spočíva v spomínaní na traumatickú udalosť, preformulovaní a prepracovaní traumatických udalostí, zvyčajne v skupinovom formáte. Metaanalýzy mnohých klinických štúdií nezistili žiadny dôkaz účinnosti ani pri počiatočnej intervencii pri jednom stretnutí (Rose a kol., 2002), ani pri nasledujúcich viacerých sedeniach (Roberts a kol., 2009).

Systematickým prehodnotením 22 longitudinálnych štúdií 3335 dospelých a detí, ktoré boli vyhodnotené do mesiaca od traumatickej udalosti, a následne najmenej o 3 mesiace neskôr sa zistilo, že diagnóza ASP podľa kritérií DSM-IV mala mierne silnú pozitívnu prediktívnu schopnosť identifikovať pacientov, u ktorých bolo možné predpokladať potrebu liečby pre následný vývin PTSP (Harvey, Bryant, 1998; Brewin, Andrews, Rose, Kirk, 1999), Bryant, Creamer, O'Donnell, Silove, McFarlane, 2008; Dalgleish a kol., 2008; Kassam-Adams, Winston, 2004; Bryant a kol., 2007; Bryant, 2010; Bryant, Harvey, 1998; Holeva, TARRIER, Wells, 2001; Staab a kol., 1996; Kangas a kol., 2005; Harvey a kol., 1999; Harvey, Bryant, 2000; Elklit, Brink, 2004; Hamanaka a kol., 2006; Ginzburg a kol., 2006; Fullerton a kol., 2004; Murray a kol., 2002; Fuglsang a kol., 2004; Balluffi a kol., 2004; Kassam-Adams a kol., 2009; Elklit, Christiansen, 2010; Kühn a kol., 2006). Aj keď medzi jednotlivými štúdiami existuje značná variabilita, u 40–80% ľudí s ASP sa následne vyvinie PTSP; to však znamená, že polovica alebo dokonca ešte viac ako polovica ľudí s ASP nemusí trpieť chronickými prejavmi PTSP. Iba 30-60% tých, u ktorých sa nakoniec vyvinie PTSP, spĺňajú kritériá pre ASP v akútnej fáze, čo naznačuje, že väčšina ľudí, u ktorých sa vyvinula PTSP, neboli diagnostikovaní ako ASP. Štúdie detí z rokov 2015 a 2016 posilňujú záver, že diagnóza ASP nie je dobrým prediktorom vzniku následnej PTSP (Zhou a kol., 2016; a Rosenberg a kol., 2015).