

Názov:

**Odporúčaná postup na výkon prevencie v
súvislosti s mimoriadnymi
udalosťami/situáciami v oblasti akútnej a
chronický post-traumatický stresový
syndróm**

Autori:

MUDr. Branislav Chrenka, MHA

Mgr. Karin Brániková, MPH

MD. John Durkin, PhD.

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:

Odporúčaný postup na výkon prevencie v súvislosti s mimoriadnymi udalosťami/situáciami v oblasti akútnej a chronický post-traumatický stresový syndróm

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre PpVP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
006	22. september 2020	Schválené	1. december 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

MUDr. Branislav Chrenka, MHA; Mgr. Karin Brániková, MPH; MD. John Durkin, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

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

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre PpVP: MUDr. Peter Bartoň; Mgr. Milada Eštoková; MUDr. Michaela Fajtová; PharmDr. Tatiana Foltánová; PhDr. Zuzana Gavalierová; MUDr. Jozef Kalužay; Mgr. Eva Klimová; PhDr. Kvetoslava Kotrbová; PhDr. Mária Lévyová; Mgr. Gabriela Švecová Cveková; prof. MUDr. Mariana Mrázová; doc. PhDr. Mgr. Róbert Ochaba; MUDr. František Podivinský; Mgr. Iveta Rajničová Nagyová; MUDr. Eva Sabolová; MUDr. Adriana Šimková; MUDr. Valéria Vasiľová; Mgr. Hana Wijntjes; doc. MUDr. Viliam Žilínek; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA; Mgr. Robert Ševčík, PhD.; Rastislav Bilík MSc.; Mgr. Katarína Mažárová

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová; Mgr. Tomáš Horváth; Mgr. Michal Kratochvíla, PhD.; Ing. Martin Malina; MUDr. Mgr. Alexandra Mamová; PhDr. Dominik Procházka; Mgr. Katarína Santerová

Podporené grantom z fondu pre azyl, migráciu a integráciu a fondu pre oblasť vnútorných záležitostí MV SR s názvom projektu: „Tvorba odporúčaných a štandardných postupov pre výkon prevencie a včasnej intervencie v súvislosti s migráciou štátnych príslušníkov tretích krajín na Slovensku“ (kód SK 2018 AMIF SC2.1)

Kľúčové slová

akútna stresová reakcia, akútna stresová porucha, post-traumatická stresová porucha, chronická post-traumatická stresová porucha, prevencia, migranti, utečenci, zasiahnutí, zásah, mimoriadna situácia, skrining

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ASP	akútna stresová porucha
RAIDS	Realita, hodnotenie, účasť, distres, opora (angl. Reality, Appraisal, Involved, Distress, Support)
RHUDO	Realita, hodnotenie, účasť, distres, opora
CRH - ACTH	Kortikotliberín - adrenokortikotropný hormón
DSM 5	Diagnostický a štatistický manuál Americkej psychiatrickej asociácie
	ASR – Akútna stresová reakcia
EBM	Medicína založená na dôkazoch
EBN	Ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
PZSR	Policajný zbor Slovenskej Republiky
HaZZ	Hasičský a záchranný zbor
MO SR	Ministerstvo obrany SR
MV SR	Ministerstvo vnútra SR
MS SR	Ministerstvo spravodlivosti SR
MÚ MV SR	migračný úrad Ministerstva vnútra SR
RZP/RLP	Rýchla záchranná služba/rýchla lekárska služba IZS – Integrovaný záchranný systém
TIR	Redukcia dosahu traumatickej udalosti (ang. Traumatic Incident
NET	Reduction) Naratívna expozičná terapia
EMDR	Desenzitizácia a spracovanie pomocou očných pohybov (angl. Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
HaZZ	Hasičský a záchranný zbor
IES - R	Škála vplyvu udalosti – revidovaná (angl. Impact of Event Scale –
IOM	Revised)
	Medzinárodná organizácia pre migráciu (International Organization
IZS	for Migration)
MKCH - 10	Integrovaný záchranný systém
MO SR	Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. vydanie
MS SR	Ministerstvo obrany SR
MV SR	Ministerstvo spravodlivosti SR
NET	Ministerstvo vnútra SR
NICE	Naratívna expozičná terapia
PICOST	The National Institute for Health and Care Excellence
	Problém, Intervencia, Komparácia, Výstup, Situácia, Čas (angl. Population, Intervention, Control, Outcomes, Study design and
PZSR	Timeframe) PTSP – Post-traumatická stresová porucha
RZP/RLP	Policajný zbor Slovenskej Republiky

TF - KBT	Rýchla záchranná služba/rýchla lekárska služba
TIR	Na traumy zameraná (trauma focused) kognitívne - behaviorálna
UTP	terapia Redukcia dosahu traumatickej udalosti (ang. Traumatic Incident Reduction) Udalosť s traumatizujúcim potenciálom

Kompetencie

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast - vyšetrenie dospelého jedinca s dôrazom na symptomatológiu akútnej stresovej reakcie, stanovenie miery rizika (skriningový nástroj RHUDO) po zaškolení, stanovenie diagnózy a/alebo pridruženej diagnózy, poskytnutie podpory a bazálnej terapeutickú intervencie. V prípade ťažších stavov odoslanie na ďalšiu intervenciu, resp. liečbu podľa cesty pacienta v tomto postupe.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) – vyšetrenie jedinca najmä s dôrazom na symptomatológiu akútnej stresovej reakcie, stanovenie miery rizika (skriningový nástroj RHUDO) po zaškolení, identifikácia pre existujúcej PTSP, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, menej intenzívne psychologické liečebné postupy, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť - super vícia. Výkon sekundárnej a terciárnej prevencie. Psychoterapia (po absolvovaní výcviku v EBM psychoterapeutickom postupe pre traumy).

Lekár bez špecializácie - vyšetrenie jedinca najmä s dôrazom na symptomatológiu akútnej stresovej reakcie, stanovenie miery rizika (skriningový nástroj RHUDO) po zaškolení, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie terapie pod dohľadom psychiatra, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť.

Lekár špecialista v inom odbore - stanovenie miery rizika (skriningový nástroj RHUDO) po zaškolení, stanovenie diagnózy a pridruženej diagnózy, poskytnutie podpory a bazálnej terapeutickú intervencie. V prípade ťažších stavov odoslanie na ďalšiu intervenciu, resp. liečbu. Menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ) - psychologické vyšetrenie (komplexné, parciálne), stanovenie miery rizika (skriningový nástroj RHUDO) po zaškolení, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Výkon sekundárnej prevencie.

Psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikáciou v pracovnej činnosti psychoterapia (náročnejšie psychoterapeutické postupy zamerané na traumy podľa EBM).

Psychológ - psychologické vyšetrenie (komplexné, parciálne), stanovenie miery rizika (skriningový nástroj RHUDO) po zaškolení, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Sestra - stanovenie miery rizika (skriningový nástroj RHUDO) po zaškolení, aplikácia farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, psychoterapia (po zaškolení

v psychoterapeutických postupoch EBM a EBN, alebo s certifikáciou v pracovnej činnosti psychoterapia). Psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno - právna podpora.

Liečebný pedagóg - stanovenie miery rizika (skriningový nástroj RHUDO) po zaškolení, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoterapia (po absolvovaní výcviku v EBM psychoterapeutickom postupe pre traumu).

Sociálny pracovník - stanovenie miery rizika (skriningový nástroj RHUDO) po zaškolení, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), sociálno právna podpora, psychoterapia (po absolvovaní výcviku v EBM psychoterapeutickom postupe pre traumu).

Špeciálny pedagóg - stanovenie miery rizika (skriningový nástroj RHUDO) po zaškolení, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoterapia (po absolvovaní výcviku v EBM psychoterapeutickom postupe pre traumu).

Iný zdravotnícky pracovník - stanovenie miery rizika (skriningový nástroj RHUDO) po zaškolení, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoterapia (po absolvovaní výcviku v evidence based psychoterapeutickom postupe pre traumu).

Príslušníci PZSR, HaZZ, RZP/RLP, MOSR, MS SR - stanovenie miery rizika (skriningový nástroj RHUDO) po zaškolení, základy podporného rozhovoru, psychologická prvá pomoc po zaškolení.

Kompetencie jednotlivých odborností v celom procese

Odborníci v azylových zariadeniach (v pôsobnosti MÚ MV SR) - vykonávanie prevencie na základe aktuálneho odporúčania. Pracovníci prvého kontaktu (cudzinecká polícia v pôsobnosti MV SR) - vykonávanie prevencie na základe aktuálneho odporúčania.

Všetci odborní pracovníci, ktorí sa zúčastňujú procesu, sú kompetentní používať skriningový nástroj RHUDO ak absolvovali vzdelávanie v skriningových metódach a psychologickej prvej pomoci spolu so základmi krízovej intervencie podľa predloženého odporúčania a EBM.

Úvod

Účelom tohto odporúčaného preventívneho postupu je zlepšiť dostupnosť a výkon prevencie, dostupnosť a kvalitu následnej zdravotnej starostlivosti podľa EBM v populácii dospelých pacientov, zvlášť migrantov a utečencov rôznych skupín (18 rokov a starších) po udalosti s traumatizujúcim potenciálom (UTP) trpiacich akútnou stresovou poruchou/reakciou (ASP/R). Včasné rozpoznanie rizikových faktorov a symptomatológie ASP a PTSP (uvedené nižšie) je kľúčové pre adekvátne smerovanie migrantov a utečencov k špecializovanej a efektívnej liečbe. Výkon prevencie podľa tohto postupu má podporiť znižovanie nerovností, zvyšovanie preventívnych opatrení, ktoré majú priamy dopad na znižovanie nákladov zdravotnej starostlivosti pri neaplikovaní preventívnych postupov a podpora medzinárodných dohôd a základných ľudských práv a slobôd.

Štandardný preventívny postup je určený všetkým pracovníkom prichádzajúcim do kontaktu s migrantmi a utečencami (pracovníci prvého kontaktu, pracovníci azylových centier, všeobecným lekárom, klinickým a poradenským psychológom, psychiatrom a iným

odborníkom v oblasti duševného zdravia). Má tiež zvýšiť povedomie o tejto poruche u odbornej verejnosti a zlepšiť koordináciu starostlivosti a komplexnej liečby.

Post-traumatická stresová porucha (PTSP; v Medzinárodnej klasifikácii chorôb – MKCH - 10 označená kódom F.43.1) je jednou z psychických porúch, ktoré vznikajú následkom psychickej traumy. Iné ťažkosti môžu zahŕňať depresiu, úzkostné poruchy (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, obsedantne - kompulzívna porucha, fóbie, disociatívne poruchy a pod.), somatizačné poruchy, škodlivé užívanie návykových látok a závislosti a i. Typicky sa rozvíja po emočne ťažkej, stresujúcej udalosti, ktorá svojou závažnosťou presahuje obvyklú ľudskú skúsenosť a býva traumatickou pre väčšinu ľudí (Kosová a kol., 2004).

Po zážitku extrémneho ohrozenia na živote môžu mesiace, roky, ba až desaťročia pretrvávať flashbaky (vracajúce sa živé spomienky na túto situáciu alebo živé sny reprodukuje túto udalosť), pričom človek znova prežíva ohrozujúcu situáciu s plnou intenzitou akoby sa diala práve teraz. To môže viesť k vyhýbaniu sa všetkému, čo by už i len náznakom mohlo pripomenúť pôvodný zážitok. Človek je podráždený a/alebo nie je schopný naplno prežívať celé spektrum príjemných emócií.

Migrácia je definovaná ako proces presídlenia prechodom cez medzinárodnú hranicu, alebo vnútroštátne a zahŕňa utečencov, vyst'ahované osoby, násilím vylúčené osoby a ekonomických migrantov (IOM SR, 2018; Perruchoud, 2004).

Pojem **migrant** zvyčajne označuje osobu, ktorá sa slobodne rozhodne odísť do inej oblasti alebo krajiny, často za lepšími materiálnymi alebo sociálnymi podmienkami a za lepšou budúcnosťou pre seba a svoju rodinu; alebo migruje z iných dôvodov.

Dohovor o utečencoch z roku 1951 označuje za **utečencov** ľudí, ktorí sa nachádzajú mimo svojho štátu a majú oprávnené obavy pred prenasledovaním z rasových, náboženských a národnostných dôvodov alebo z dôvodu príslušnosti k určitej sociálnej skupine alebo zastávania určitých politických názorov, nemôžu prijať alebo v dôsledku uvedených obáv odmietajú ochranu svojho štátu. Ľudia, ktorí utekajú pred konfliktami a násilím, sú takisto vo všeobecnosti považovaní za utečencov.

Tento odporúčaný postup bol vytvorený metodologicky s použitím metódy *adopcie*, pri ktorej boli časti štandardného postupu vypracované podľa klinických postupov pre manažment pacientov s PTSP podľa Americkej psychiatrickej asociácie, NICE – Národného inštitútu pre excelentnosť v zdravotníctve a zdravotnej starostlivosti (National Institute for Health and Care Excellence) (bližšie uvedené v literárnych zdrojoch) a metodikou ADAPTE t.j. *adaptáciou* s dopracovaním na požiadavky zdravotného systému a iných systémov, ktorými prechádza jedinec so susp. a pacient s potvrdenou PTSP.

Epidemiológia

Celoživotná prevalencia PTSP u dospelaj všeobecnej populácie je podľa výsledkov rôznych štúdií 0,6 % (Island, Hongkong) až 7,8 % (USA) (Flatten a kol., 2004). Chýbajú údaje z krajín, kde prebiehajú etnické čistky a občianske vojny. Kessler a kol. (1995) v USA na reprezentatívnej vzorke 6 000 osôb dospeli k celožitvotnej prevalencii u žien 10,4 %, u mužov 5 %. Približne 51 % žien a 61 % mužov z celkovej vzorky prežilo stresor zodpovedajúci kritériám DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) pre psychotraumu. U väčšiny traumatizovaných sa teda nerozvinula plná PTSD a spontánne sa zotavili. 17 % mužov skúmanej základnej vzorky malo intruzívne spomienky, prežitý stresor, ale nezodpovedal definícii psychotraumy podľa DSM - IV. V štúdiu Cusacka a kol. (2006) sa celožitvotná prevalencia pre PTSP u všeobecnej US populácie pohybuje v rozpätí 8 – 14 %. Epidemiologická štúdia Brady a Clary (2003) uvádza prevalenciu PTSP 7 – 10 %. Epidemiologické štúdie tiež skúmali výskyt PTSP v rôznych rizikových skupinách, kde sa prevalencia uvádza v rozmedzí 3 – 58 % (Smolík, 2002). Napr. podľa štúdie Marshalla a kol. (2001) u amerických vietnamských veteránov bola celožitvotná prevalencia plnej PTSP 30,9 % pre mužov a 26 % pre ženy; prevalencia parciálnej PTSP bola 22,5 % pre mužov a 21,2 % pre ženy. Post-traumatická stresová porucha môže vzniknúť v ktoromkoľvek veku. Častejšie sa však objavuje v mladšom veku, kedy je človek viac vystavený traumatickým udalostiam. V Nemecku sa ale do veku 65 rokov pohybuje prevalencia medzi 1 – 3 % a obyvatelia nad 65 rokov majú životnú prevalenciu 3 - krát väčšiu – zažili 2. svetovú vojnu (Frommberger a kol., 2011).

PICOST analýza

P: Problém/Populácia/Pacient (Problem/Population/Patient)

Migranti a utečenci s klinicky významnou post-traumatickou stresovou symptomatológiou

I: Intervencia/niekoľko intervencií (Intervention/range of interventions)

Intervenčné modely (skrining, psychická prvá pomoc, krízová intervencia, záchytná sieť, následne diagnostické kritériá, liečba (TIR, EMDR, KBT, farmakoterapia a i.)

C: Komparácia (Comparison)

Žiadna liečba/komplexná intervencia/stabilizácia

O: Outcomes (Výstupy)

Kritické výstupy:

- **Účinnosť (PTSP symptomatológia/diagnóza)**
- **Kvalita života**
- **Prístup k liečbe**
- **Potreba liečby**

S: Situácia/Miesto (Setting/s, Situation/s)

Miesto prvého alebo následného kontaktu alebo miesto udalosti (terén, azylové pracovisko, zdravotnícke zariadenie, ambulancia). V prípade „terénu (ak sa udalosť udeje na území SR)“ indikovaná interdisciplinárna spolupráca všetkých zložiek IZS.

T: Čas/Obdobie/Frekvencia (Timing)

- 1) **Peritraumatické obdobie (do bezprostredného ukončenia adekvátnej odozvy na udalosť)**
- 2) **Do 28 dní od udalosti s traumatizujúcim potenciálom (UTP)**
- 3) **Po 28 dňoch od UTP**

Patofyziológia akútnej stresovej reakcie

Stresory a stres

Doteraz neexistuje jednotná a všeobecne platná definícia stresu, ale existuje mnoho čiastkových, niekedy subjektívnych definícií (Brozmanová, 2014). Je to preto, že stres je výsostne subjektívny fenomén. Selye (1976) definoval stres ako súbor nešpecifických regulačných mechanizmov a reakcií organizmu, ktoré nastupujú pri ohrození vnútornej homeostázy pôsobením stresora. Výsledná stresová odpoveď je podmienená integrovanou funkciou centálneho nervového systému, autonómneho nervového systému, endokrinného a imunitného systému.

Typy stresorov

- **somatické** (fyzikálne - chlad, teplo, hluk, vibrácie, a patologické procesy - hlad, smäd, imobilizácia, krvácanie, zápal, extrémna fyzická námaha, hypoglykémia a iné),
- **psychické** (dočasné napätie, verejné vystúpenie, deprivácia spánku, pracovné preťaženie, strata zamestnania, strach, frustrácia, neistota, strata blízkeho človeka, odchod do dôchodku, napätie v spoločnosti, významná životná udalosť - hlavne negatívna, ale aj pozitívna, bolestná spomienka).

Väčšina somatických stresových podnetov má aj určitú psychickú zložku. Celková odpoveď organizmu na stresory závisí od ich kvality a kvantity, od veku, fyzickej a psychickej odolnosti jedinca, ako aj jeho osobných skúseností, schopností a zdravotného stavu.

Typy stresov

Z hľadiska dopadu:

- eustres (pozitívny) - mobilizuje adekvátnu, zdravú odozvu organizmu,
- distres (negatívny) - zdraviu škodlivý.

Z hľadiska času:

- akútne (objavuje sa náhle, krátko, situačne),
- chronický (objavuje sa pri časovo pretrvávajúcom a intenzívnom akútnom strese).

Z hľadiska záťaž:

- **Normálny, bežný** – v každodennom živote mobilizuje organizmickú odozvu, dobre tolerovateľný.
- **Kumulovaný** – viac alebo priveľa bežných stresorov vyvoláva organizmickú reakciu, pri ktorej dochádza k väčšej až priveľkej záťaži.
- **Chronický** - viac alebo priveľa bežných stresorov vyvoláva organizmickú reakciu, pri ktorej dochádza k väčšej až priveľkej záťaži a jeho trvanie je súčasne nepretržité,

alebo často sekvenčne sa opakujúce v čase. Mobilizačná reakcia v organizme teda pretrváva, čo spôsobuje vyčerpanie.

- **Zásahový** – na špecifický podnet počas pracovnej činnosti, ktorej obsahom je ochrana života a zdravia počas akútneho ohrozenia v zasahujúcich profesiách. Ako príklad je možné uviesť zasahujúcich pracovníkov integrovaného záchranného systému, iným príkladom v chirurgických odboroch je život ohrozujúca komplikácia počas operácie.
- **Traumatický** – stres mimoriadnej intenzity, ktorá spravidla prelomuje obranné mechanizmy u väčšiny ľudí, pri subjektívne prežívanom rovnako ako skutočnom ohrození zdravia, alebo života osoby, alebo jej blízkych. (čím väčšia intenzita a počet zasiahnutých osôb tým väčší dopad).

Stresová odpoveď

Stresor z vonkajšieho prostredia pôsobí prostredníctvom zmyslových orgánov, stresor z vnútorného prostredia prostredníctvom interoreceptorov. Stresor pochádzajúci z vonkajšieho prostredia je privedený aferentnými nervovými dráhami najskôr do **amygdaly**, čo je štruktúra mozgu podieľajúca sa na emočných procesoch. Odkiaľ je, ak je identifikovaná ako nebezpečná, „poslaná“ do hypotalamu.

Vrodené typy amygdalových reakcií:

- útek, útok, ustrnutie sa s prevažujúcou reakciou sympatiku,
- paralýza - s prevažujúcou reakciou parasimpatiku (Brozmanová, 2014).

Neurohumorálna stresová reakcia má tri fázy

- **poplachová reakcia,**
- **fáza adaptácie,**
- **fáza vyčerpania.**

Poplachová reakcia spočíva v aktivácii sympatiko - adrenálneho systému. Zvyšuje sa aktivita sympatiku, vyplavujú sa zvýšenou mierou hormóny drene nadobličiek adrenalín a noradrenalín, stúpa krvný tlak a glykémia. Súčasne sa behom poplachovej reakcie a potom ešte ďalej a trvalejšie zvyšuje aktivita systému CRH - ACTH - kortizol a to ďalej prispieva k zvýšeniu dostupnosti energetických rezerv.

Reakcia systému CRH - ACTH - kortizol je hlavným rysom druhej fázy stresovej reakcie, **fázy adaptácie**. V tej žijú všetci ľudia stále a je podmienkou normálneho života.

Fáza vyčerpania nastáva, keď aktivácia systému CRH - ACTH - kortizol nestačí. U človeka je to vzácné a nastáva to len za extrémnych situáciách a je spojená so zrútením homeostatických mechanizmov čelenia stresu.

Sem patrí aj post-traumatická stresová porucha (PTSP), ktorá je psychiatrickou diagnózou. Podľa niektorých nálezov má hormonálny podklad: prisudzuje sa dlhodobou zvýšeným hladinám kortizolu pri silnom strese a hovorí sa o neurotoxickom pôsobení kortikoidov (Horáček, 2002)

Pacienti s hypokorticismom sa však môžu prezentovať aj ako únavový syndróm, neurasténia alebo „chronický únavový syndróm“.

Klinický obraz akútnej stresovej reakcie/poruchy *sensu lato*

V popredí klinického obrazu sú znaky a príznaky zaznamenateľné na úrovniach:

- **Telo:** svalová triaška, smäd, závrate, nevoľnosť, zvracanie, slabosť, bolesti v rôznych častiach tela bez zjavnej telesnej príčiny, tlak a/alebo pichanie na hrudníku, tlak, a/alebo bolesti hlavy, zvýšený krvný tlak, zvýšený pulz, problémy so zrakom, potenie, namáhavé dýchanie, zmena farby kože - bledosť, červeň, flaky. Necíti bolesť pri zjavnom zranení - desenzitizácia.

Ktorýkoľvek z týchto prejavov môže vyžadovať lekársku pomoc. Ak ste na pochybách, kontaktujte lekára.

- **Kognitívne funkcie:** Môžu byť zmenené kvalitatívne aj kvantitatívne.
 - **Pamäť:** nevie si spomenúť na bežné veci, na priebeh bezprostredne prežitého, vypadávanie pamäti.
 - **Myslenie:** zrýchlené, spomalené, nekoherentné – nevie zreprodukovať prežité po časovej osi, nechápe jednoduchú inštrukciu, opakuje sa.
 - **Pozornosť:** znížená, zvýšená – prílišná zameranosť na detaily.
 - **Koncentrácia a pohotovosť:** ťažkosti sa sústrediť, zjavne zvýšená alebo znížená vnímavosť k okoliu.
- **Exekutívne funkcie:** znížená alebo chýbajúca schopnosť rozhodnúť sa, plánovať prvé kroky, schopnosť riešiť jednoduchý problém – úlohu, robiť rozhodnutia
 - **Orientácia:** dezorientácia v čase, mieste, osobe.
 - **Priestorová orientácia** nevie kde je, netrafi, predmety pokladá nestabilne, ťažkosti rozlišovať predmety alebo ľudí.
 - **Reč:** nesúvislá, spomalená, zrýchlená, zajakavá, nezrozumiteľná, nesúrodé obsahy, nevie čítať.
- **Emócie** môžu byť zmenené: zaplavujúce, alebo chýbajúce až žiadne, udáva pocit ako vo filme – (pretrvávajúci obranný mechanizmus derealizácia), pocit ako by sa na seba alebo situáciu díval zvonka – (pretrvávajúci obranný mechanizmus depersonalizácia). Častými emóciami a pocitmi sú: strach, pocity viny nesúvisiace s reálnym zavinením, smútok, panika, popretie, úzkosť, agitácia, podráždenosť, depresia – “ako vytiahnutý zo zástrčky“, hnev - zlosť - zúrivosť, agresivita, , pocit straty kontroly nad emóciami, neprimerané, alebo paradoxné emočné reakcie.
- **Správania – konanie:** nemožnosť odpočívať, nespavosť, preťaženie z bežných vecí, nezvláda bežné situácie, veľmi rýchle senzorické preťaženie napr. neznesie silnejší zvuk, svetlo, šero, zjavná precitlivosť na pachy, konkrétne opakované zmyslové vnemy spúšťajú úzkosť alebo strach, (napr. siréna, majákové svetlo)sociálne konanie, rýchle tempo, rýchle chaotické pohyby, zmeny v sociálnych aktivitách, zmeny v spôsobe vyjadrovania, zvýšená alebo znížená chuť do jedla, nebezpečná konzumácia alkoholu alebo iných drog.

- **Iné:** zmätenosť, nočné mory, neistota, podozrievavosť, obviňovanie seba a iných.

Bezprostredne po udalosti je prítomnosť veľkého množstva vymenovaných príznakov normálna reakcia na nenormálnu situáciu. Akútna reakcia na stres ešte nemusí znamenať rozvoj akútnej stresovej poruchy. V priebehu prvého mesiaca po udalosti má mať symptomatológia klesajúcu tendenciu v počte, opakovaní a intenzite príznakov. Ak nedochádza k redukcii počtu a intenzity najmä ku koncu mesiaca a/alebo sa vyskytujú rizikové faktory a/alebo je subjektívne prežívaný diskomfort (poruchy spánku, nechutenstvo, úzkosť, a i.) je potrebné čím skôr osloviť odborníka na duševné zdravie s rozšíreným vzdelaním v psychotraumatológii – ako napr. pracovníka post-traumatickej krízovej intervencie, nízkoprahových telefonických špecializovaných krízových liniek (Modrý anjel – 0944171272 – www.modryanjel.sk, IPčko (www.ipcko.sk), Linka nezábudka 0800800566 - linkanezabudka.sk), facilitátora TIR, ev. psychoterapeuta so špecializáciou na traumu (TF - KBT, EMDR, TIR, NET a i.). Alternatívou je možnosť obrátiť sa na pracovníka prvého kontaktu s populáciou migrantov, ktorý absolvoval vzdelávanie v použití skriningového nástroja RHUDO prezentovaného nižšie. Liečbou prvej voľby ľahkých a pravdepodobne aj stredne ťažkých PTSP je psychoterapia (NICE, 2018), z toho by sme mohli dôvodiť, že s facilitáciou spracovania akútnej stresovej reakcie je spravidla predčasné v tomto štádiu oslovovať psychiatra.

Klinický obraz akútnej stresovej poruchy sensu stricto

Americká psychiatrická asociácia (APA, 2013) vymedzuje akútnu stresovú poruchu nasledovne:

- A. Vystavenie skutočnej alebo hroziacej smrti, vážnemu poraneniu alebo sexuálnemu násiliu jedným alebo viacerými z nasledujúcich spôsobov:**
 1. Priame prežívanie traumatickej udalosti (udalostí).
 2. Osobne je svedkom udalosti (udalostí), ako sa stali druhým.
 3. Dozvedel/a sa, že udalosť (udalosti) sa stala/i blízkeму členovi rodiny alebo blízkeму priateľovi. *Poznámka:* v prípade skutočnej alebo hroziacej smrti člena rodiny alebo priateľa, musela byť udalosť (udalosti) násilná alebo neočakávaná/náhodná.
 4. Prežívanie opakovaných expozícií alebo extrémnej expozície averzívnych detailov traumatickej udalosti (udalostí) (napr. prví záchranári zbierajúci ľudské ostatky, policajti opakovane vystavení detailom o týraní/zneužívaní dieťaťa).
Poznámka: nepoužíva sa pri expozícii prostredníctvom elektronických médií, televízie, filmov alebo obrazov pokiaľ toto vystavenie nesúvisí s prácou.
- B. Výskyt deviatich (alebo viacerých) z nasledovných symptómov z ktorejkoľvek z piatich kategórií týkajúcich sa intrúzií, negatívnej nálady, disociácie, vyhýbania a nabudenia, ktoré začali alebo sa zhoršili po traumatickej udalosti (udalostiach):**

Intruzívne symptómy:

1. Opakujúce sa, nechcené a intruzívne stresujúce spomienky na traumatickú udalosť (udalosti).
2. Opakujúce sa zaťažujúce sny, ktorých obsah alebo afekt súvisí s udalosťou (udalosťami).
3. Disociatívne reakcie (napr. záblesky spomienok - flashbacky), v ktorých sa jedinec cíti alebo koná akoby znova prežíval traumatickú udalosť (udalosti). (Takéto reakcie sa môžu objavovať v určitom kontinuu, pričom pri najextrémnejšom vyjadrení je úplná strata uvedomovania si súčasného prostredia).
4. Intenzívna alebo predĺžená psychická nepohoda, alebo zreteľné fyziologické reakcie pri vnútorných alebo vonkajších podnetoch, ktoré symbolizujú alebo pripomínajú nejaký aspekt traumatickej udalosti (udalostí).

Negatívna nálada

5. Pretrvávajúca neschopnosť prežívať pozitívne emócie (napr. neschopnosť prežívať šťastie, uspokojenie alebo city lásky).

Disociatívne symptómy

6. Zmenené vnímanie reality, okolia alebo seba (napr. vidí seba z inej perspektívy, cíti sa ako omámený, čas sa spomalil).
7. Neschopnosť spomenúť si na významný aspekt traumatickej udalosti (udalostí) (typicky vplyvom disociatívnej amnézie a nie v súvislosti s inými faktormi ako je poranenie hlavy, alkohol alebo drogy).

Vyhýbavé symptómy

8. Snaha vyhýbať sa znepokojujúcim spomienkam, myšlienkam alebo citom týkajúcich sa alebo pripomínajúcich traumatickú udalosť (udalosti).
9. Snaha vyhýbať sa vonkajším upomienkam (ľudia, miesta, rozhovory, aktivity, predmety, situácie), ktoré vyvolávajú znepokojivé spomienky, myšlienky alebo city týkajúce sa alebo pripomínajúce traumatickú udalosť (udalosti).

Symptómy narušenia

10. Poruchy spánku (napr. ťažkosti so zaspávaním alebo kontinuitou spánku, nepokojný spánok).
11. Podráždené správanie a výbuchy zlosti (pri malej alebo žiadnej provokácii), typicky vyjadrené ako verbálne alebo fyzické agresie voči ľuďom alebo predmetom.
12. Nadmerná bdelosť, ostražitosť (hypervigilancia).
13. Problémy s koncentráciou.
14. Vystupňované úľakové reakcie.

C. Trvanie narušenia (symptómy v kritériu B) je 3 dni až 1 mesiac od vystavenia traume.

Poznámka: typicky začínajú symptómy bezprostredne po traume, ale trvanie najmenej 3 dni a do jedného mesiaca je požadované kritérium.

D. Narušenie spôsobuje klinicky významné utrpenie alebo poškodenia v sociálnej, pracovnej alebo inej dôležitej oblasti fungovania.

- E. Porucha sa nedá prisúdiť fyziologickým účinkom látok (napr. lieku alebo alkoholu) alebo iným somatickým stavom (napr. ľahkému traumatickému poraneniu mozgu) a nedá sa lepšie vysvetliť krátkou psychotickou poruchou.

Opatrenia sekundárnej prevencie vzniku/progresie akútnej stresovej poruchy a PTSP

V súčasnosti neexistuje žiaden odporúčaný postup, ktorý by zabezpečil jednotnú, nákladovo a terapeuticky efektívnu starostlivosť pre pacientov - migrantov (Schneider a kol. 2017). Bower (2005) a Zatzick a kol. (2004 a 2015) odporúčajú odstupňovaný prístup starostlivosti, tzv. „*stepped and collaborative care model*“. Tento prístup je zameraný na skrining, opatrenia svojpomoci, edukácie, včasnú indikáciu, diagnostiku a terapiu, ktoré sú kultúrne - senzitivne a adaptované pre jednotlivé cieľové skupiny. Model spočíva v rozličných na seba nadväzujúcich stupňoch. Od nízkoprahových ponúk pomocou technických a technologických pomôcok a poradenstva (online skrining, smartfóny) a laických - dobrovoľníckych pomocníkov, až po potrebu nákladovo náročnej a špecializovanej psychiatrickej a psychoterapeutickej liečby.

Klinicky sa osvedčilo začatie skorej intervencie v podobe akútnej psycho - sociálnej podpornej konzultácie, ktorá zahŕňa základné prvky diagnostiky - odhad rizika, psychoedukáciu, kontrolu afektov – normalizáciu, prípadne expozíciu v časovo ohraničenom rámci (do 5 sedení) v zmysle obvyklého fázového modelu:

Stabilizácia → Traumaexpozícia → Integrácia (Bryant a kol., 2008).

Odporúčaný postup včasnej intervencie psycho - sociálnej podpory pri udalosti s traumatizujúcim potenciálom.

A) V peri - traumatickom čase:

Psychická prvá pomoc zahŕňa: podľa potreby substitúciu schopnosti konať pri zmenených kognitívnych funkciách (sprostredkovanie bezpečia, zbavenie výbušnosti situácie), ďalej základnú stabilizáciu, normalizáciu pocitov a prežívania a aktiváciu sociálnej siete zasiahnutých (Snider, WHO, 2011)

B) Krízová intervencia v skorom post-traumatickom čase (hodiny):

5 - krokový Model BASIS (Juen, 2004):

1. Nadviazať kontakt, vzťah
2. Preskúmať (potreby), odhadnúť (základné prvky diagnostiky - odhad rizika)
3. Štruktúrovať
4. Intervenovať (normalizácia emócií a prežívania, psychoedukácia)
5. Zabezpečiť následnú starostlivosť podľa modelu stupňovitej intervencie (viď bod C nižšie)

C) Následná starostlivosť:

- najbližšia vzťahová podporná sieť

- nízkoprahové centrá, telefonické služby krízovej intervencie, online poradne, terénna post-traumatická krízová intervencia

Pri významných rizikových faktoroch a/alebo na základe pretrvávajúcich znakov a príznakov klinického obrazu akútnej stresovej poruchy bez klesajúcej tendencie a/alebo signifikantnom skórovaní v skríningu PTSP (metodikou RHUDO) a/alebo podozrení na maladaptívne spracovanie:

- podľa potreby EMDR skupinová technika štyroch polí
- TIR
- špecializovaná EMDR, TF - KBT psychotraumatologická starostlivosť, podľa potreby doplnená o psychiatrickú/ostatnú špecializovanú lekársku starostlivosť (komorbidity, rizikové faktory, abúzy a pod.)

Rizikové faktory progresie akútnej stresovej reakcie do PTSP

- Podľa Brewina a Ozera (2003) sú za rizikové faktory považované:
- Rod (ženy) (0,13).
- Mladší vek (0,06).
- Nízky socio - ekonomický status (0,14).
- Chýbajúce vzdelanie (0,1).
- Nízka inteligencia (0,18).
- Rasa – príslušnosť k menšine (0,05).
- Pozitívna psychiatrická anamnéza (0,11).
- Zneužívanie v detstve (0,14).
- Inak nepriaznivé detstvo (0,19).
- Pozitívna rodinná psychiatrická anamnéza (0,13).
- Závažnosť traumy (0,23).
- Iná predchádzajúca trauma (0,12).
- Nedostatok podpory (dysfunkčná sociálna sieť) (0,4).
- Životný stres (0,32).

V zátvorke je uvedené vážený priemer významnosti jednotlivých ukazovateľov. 3 najkritickejšie sú zvýraznené.

Diagnostické kritériá PTSP

Diagnostické kritériá MKCH - 10 pre F 43.1 Post-traumatická stresová porucha:

A. Pacient musel byť vystavený stresovej udalosti alebo situácii krátko alebo dlhého trvania, výnimočne nebezpečného alebo katastrofického charakteru, ktorá by pravdepodobne spôsobila hlboké rozrušenie takmer u kohokoľvek.

B. Musí sa vyskytovať neodbytné vybavovanie alebo „znovuprežívanie“ stresoru v podobe rušivých „flashbackov“, živých spomienok alebo opakujúcich sa snov, alebo prežívanie úzkosti pri expozícii okolnostiam pripomínajúcim alebo spojeným so stresom.

C. Pacient sa musí vyhýbať alebo dáva prednosť vyhýbaniu sa okolnostiam, ktoré pripomínajú alebo sú spojené so stresorom, pričom toto vyhýbanie nebolo prítomné pred expozíciou stresoru.

D. Musí byť prítomné ktorékoľvek z nasledujúcich kritérií:

- (1) neschopnosť vybaviť si, čiastočne alebo úplne, niektoré dôležité momenty z obdobia expozície stresoru,
- (2) sú prítomné ktorékoľvek dva z nasledujúcich príznakov zvýšenej psychickej citlivosti a vzrušivosti, ktoré neboli prítomné pred expozíciou stresoru:
 - a. ťažkosti so zaspávaním alebo udrжанím spánku,
 - b. podráždenosť alebo návaly hnevu,
 - c. ťažkosti s koncentráciou,
 - d. hypervigilita,
 - e. nadmerná úľaková reaktivita.

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 i po dlhšom období než 6 mesiacov, ale dôvody by mali byť zreteľne špecifikované.

Komplexná PTSP (chronický post-traumatický stresový syndróm) sa rozvíja u podskupiny pacientov s PTSP. Jedná sa o nozologickú jednotku z MKCH - 11 definovanú ako následok vystavenia udalosti alebo sérii udalostí, ktoré sú extrémne ohrozujúce alebo desivé svojou povahou, veľmi často sa jedná o dlhodobé alebo opakujúce sa udalosti, z ktorých únik je veľmi ťažký, alebo nemožný (napr. týranie, otroctvo, genocída, dlhodobé domáce násilie, opakované sexuálne alebo fyzické zneužívanie v detstve a pod.) Porucha je charakterizovaná príznakmi PTSD, t.j., všetky diagnostické kritériá PTSD sú splnené. Navyše však je komplexná PTSP charakterizovaná veľmi vážnymi a pervazívnymi problémami s reguláciou afektov, pretrvávajúcim presvedčením o vlastnej menejcennosti, porážke alebo bezcennosti, sprevádzaným hlbokými a pervazívnymi pocitmi hanby, viny alebo zlyhania vo vzťahu k traumatickým udalostiam pretrvávajúce ťažkosti v udržaní vzťahov a pocite blízkosti k druhým.

Navrhovaný skrínigový nástroj na meranie rizika progresie akútnej stresovej poruchy do akútnej PTSP

Odporúčaný skrínigový nástroj pre vstupné hodnotenie je stupeň postihnutia podľa škály RHUDO (pre účely slovenského štandardu preložené voľne do slovenčiny ako nástroj RHUDO).

Dôvod implementácie skúšobného skrínigového nástroja RHUDO: Podľa NICE odporúčania pre manažment PTSP (NICE, 2018) sa prvých 30 dní od UTP odporúča starostlivé sledovanie na pravidelnej báze u osôb, ktoré majú nejaké príznaky, ale nespĺňajú predpoklady pre klinickú intervenciu (subklinické vyjadrenie ASP). Odporúčané je kontaktovať zasiahnutú osobu v každom prípade mesiac po udalosti a znova posúdiť stav. Komisia zostavujúca klinické odporúčanie NICE na tomto mieste vychádza z vlastných klinických skúseností a dôvodí, že u niektorých jedincov nedôjde k rozvoju PTSP ani pri minimálnej, alebo žiadnej podpore. Zároveň však existujú jedinci, u ktorých k rozvoju chronických príznakov dôjde, ak nie

je intervencia včasne realizovaná. Na základe konsenzu sa teda komisia rozhodla odporučiť aktívne sledovanie.

U jedincov s klinicky manifestnou formou akútnej stresovej poruchy alebo klinicky signifikantnými príznakmi PTSP, ktorí zažili UTP v posledných 30 dňoch ponúknite TF - KBT, ktorá zahŕňa intervencie:

- KBT
- Kognitívna terapia pre PTSP
- Naratívna expozičná terapia
- Prolongovaná expozičná terapia

Expozičnými terapiami explicitne nezahrnutými v NICE odporúčaníach sú aj EMDR a TIR.

Vzhľadom na šedú zónu, ktorú predstavuje prvých 28 - 30 dní od expozície UTP v klinických smerniciach NICE, odporúčame testovanie skríningového nástroja pre predikciu PTSP - RHUDO (v anglickom origináli RAIDS) vyvinutého britským psychotraumatológom Johnom Durkinom, PhD. v roku 2016 (zatiaľ nepublikované, osobná komunikácia autorov) podľa nasledovnej schémy:

R – Realita (Čo sa stalo?)	1 - 2 - 3 - 4
H – Hodnotenie (Ako extrémna bola udalosť +/-)	1 - 2 - 3 - 4
U – Účasť (Čo ste robili počas udalosti? S kým?)	1 - 2 - 3 - 4
D – Distres (Ako rozrušený ste boli?)	1 - 2 - 3 - 4
O – Opora (Komu to musíte povedať?)	1 - 2 - 3 - 4

Výsledné skóre:

5 - 10 = NÍZKE

11 - 15 = STREDNÉ

16 – 20 = VYSOKÉ

Skórovací kľúč:

Skóruj 3 - 4 ak:

R: Nemôže/nedokáže povedať kľúčové časti udalosti.

H: Všetko v poriadku alebo všetko je zlé. Žiadna rovnováha.

U: Žiadna spomienka na to, čo robil/a, alebo s kým.

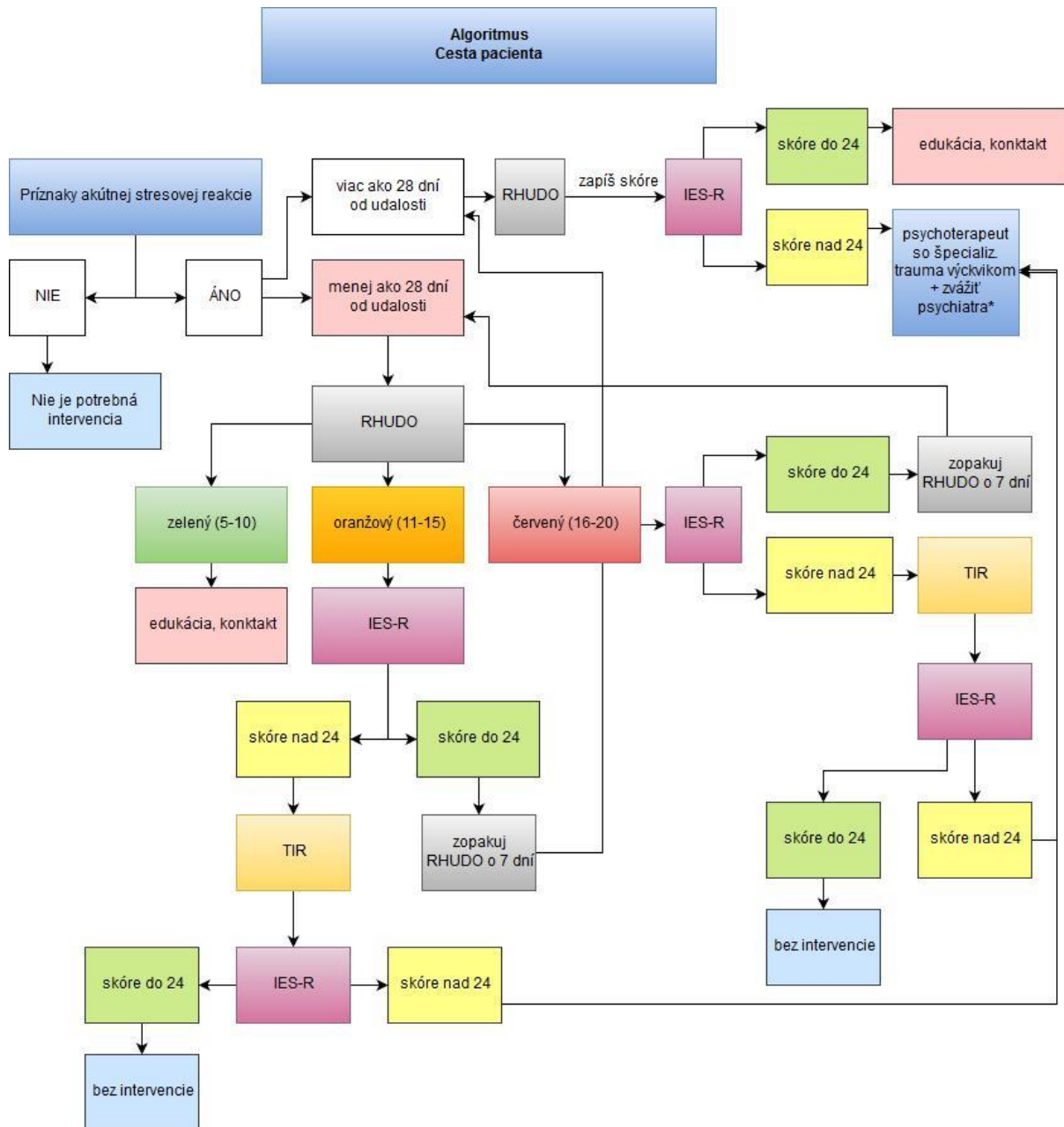
D: Rozrušený, alebo sa veľmi musí snažiť/snaží nebyť rozrušený.

O: Nemá to komu vyrozprávať, alebo odmieta.

Poznámka: **Realita a Účasť** sú kľúčové indikátory. Ak v oboch skóruje klient vysoko, predpokladajte **VYSOKÉ RIZIKO**

N.B. Výhoda skríningu RHUDO je možnosť konverzačného prevedenia skríningu počas bežne spoločensky štruktúrovaného rozhovoru bez potreby štandardizovaných hodnotiacich dotazníkov.

Algoritmus (cesta klienta)



* (pozn. k algoritmu) - psychiatrické vyšetrenie je odporúčané pri symptómoch refraktérnych na všetky predchádzajúce kroky vyššie navrhovaného odstupňovaného modelu starostlivosti „stepped and collaborative care model“.

Pacienti s komplexnou PTSP patria do rúk špecializovanej a koordinovanej multidisciplinárnej starostlivosti psychiatra a psychoterapeuta s EBM trauma výcvikom.

Organizácia starostlivosti

1. identifikácia primárnych kontaktov poskytovateľov, ktorí budú realizovať skríning
2. výcvik a vzdelávanie v psychickej prvej pomoci, základoch krízovej komunikácie a krízovej intervencie, neurofyziológii stresovej reakcie a použítí a hodnotení skrínigového nástroja RHUDO a IES - R spolu s metodikou hlásenia výsledkov NCZI
3. certifikát a zoznam certifikovaných pracovníkov „záchranej siete trauma a PTSP v súvislosti s migráciou“
4. raz za 2 roky preškolenie formou kontinuálneho profesijného vzdelávania (SLK, SKP a iné komory)

Vyhlásenie autora skrínigového nástroja RAIDS

Systém RAIDS (slovenský ekvivalent nástroja sa nazýva RHUDO) je nástroj na hodnotenie psychologického rizika post-traumatickej stresovej poruchy, ktorý bol vyvinutý a je intelektuálnym vlastníctvom Johna Durkina, PhD.. Teoretický základ možno vystopovať v odbornej psychologickú literatúre, praktická implementácia bola realizovaná počas vzdelávania a výcviku podporných peer tímov v hasičských, policajných a záchranárskych zboroch v Spojenom Kráľovstve a Austrálii. Pre potvrdenie RAIDS v praxi na Slovensku bolo udelené povolenie k použitiu tohto nástroja Dr. Branislavovi Chrenkovi, ktorý jeho prekladom a prebiehajúcim hodnotením pomáha pri jeho vývoji. Všetky publikované materiály týkajúce sa RAIDS sú chránené autorským zákonom, pričom vlastníkom všetkých práv je John Durkin, PhD.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente v súvislosti s prevenciou, skrínigom, diagnostikou alebo liečbou, a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému a iných systémov, ktorými prechádza potenciálne zasiahnutý jedinec/migrant/utečenec alebo pacient s potvrdenou diagnózou v súlade s platnou legislatívou v Slovenskej republike. Klinický audit, zber indikátorov a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri revízii.

Literatúra

1. American Psychiatric Association: Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM - 5™. American Psychiatric Publishing, Washington, 2013.
2. Benkert O, Hippus H. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 10. Auflage.
3. Berlin; Heidelberg: Springer, 2015.
4. Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186(01), 11–17. doi:10.1192/bjp.186.1.11.
5. Brady KT, Clary CM. Affective and anxiety comorbidity in posttraumatic stress disorder treatment trials of sertraline. *Comprehensive Psychiatry* 2003; 44(5) (September/October): 360–369.
6. Bryant, Richard A.; Moulds, Michelle L.; Guthrie, Rachel M.; Dang, Suzanne T.; Mastrodomenico, Julie; Nixon, Reginald D. V. et al. (2008): A randomized controlled trial of exposure therapy and cognitive restructuring for posttraumatic stress disorder. In *Journal of consulting and clinical psychology* 76 (4), pp. 695–703. DOI: 10.1037/a0012616.
7. Brozmanová M. Patofyziológia stresu. In: Hanáček J, Plevková J, Brozmanová M, Tatár M. Patologická fyziológia. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, 1.vydanie, 2014: 130– 140.

8. Cusack KJ, Grubaugh AL, Knapp RG, Frueh BCH. Unrecognized trauma and PTSD among public mental health consumers with chronic and severe mental illness. *Community Mental Health Journal* 2006; 42(5): 487–500.
9. Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Woller W, Petzold ER. Posttraumatische Belastungsstörung. Leitli - nie und Quelltext. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer 2004. 186 s.
10. Frommberger U, Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörung. In: Vorderholzer U, Hohagen F Hrsg. Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art. 6. Auflage. München: Urban, Fischer 2011: 209–218.
11. Hašto, J., Švančarová, O., Suško, J., & Gyén, D. (2011). Posttraumatická stresová porucha –prevalencia u psychiatrických hospitalizovaných pacientov. *Psychiatria pre prax*, 11(4), 161 - 64.
12. Horáček J, Höschl C. Psychoneuroendokrinologie. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J.
13. *Psychiatrie 2002*, Tigis, Praha 895 s.
14. Juen, B., Brauchle, G., Hötzenendorfer, C., Beck, T., Krampfl, M., Andreatta, P., Werth, M., Kaiser, P., Ramminger, E., Friessnig, M., Risch, M., Ploner M. & Schönherr, C. (2004). *Handbuch der Krisenintervention (2. aktualisierte und erweiterte Auflage)*. Innsbruck: Studia Universitätsverlag. Handbook Crisis Interventions.
15. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048–60.
16. Kosová J, Praška J. Neurotické poruchy. In: Hoschl C, Libiger J, Švestka J. *Psychiatrie*.
17. Praha: TIGIS 2004: 493–538.
18. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, Impairment, and Suicidality in Subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* 2001; 158(9): 1467– 1473.
19. Medzinárodná organizácia pre migráciu (International Organization for Migration, IOM). (2018). Slovenská republika. [cit. 2020 - 2 - 07]. www.iom.sk/sk/migracia, Accessed 07 February 2020.
20. National Institute for Health and Care Excellence (2018) Post-traumatic Stress Disorder (NICE Guideline 116). Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> (Accessed 16 January 2020).
21. Perruchoud, R. (2004). *Glossary on Migration*. Geneva: International Organization for Migration (IOM).
22. Schneider, F., Bajbouj, M., & Heinz, A. (2016). Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 88(1), 10–17. doi:10.1007/s00115 - 016 - 0243 - 5.
23. Selye H. (1976) Stress without Distress. In: Serban G. (eds) *Psychopathology of Human*
24. *Adaptation*. New York: Springer Science + Business Media, LLC, pp. 137–146.
25. Selye H. *Stress*. Montreal 1950, Acta Inc.
26. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nozologie. Diagnostika. Praha: MAXDORF 2002. 506 s.
27. Snider, Leslie; van Ommeren, Mark; Schafer, Alison (2011): *Psychological first aid. Guide for field workers/[writing and editorial team, Leslie Snider, Mark van Ommeren and Alison Schafer]*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available online at http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf.
28. Zatzick, Douglas; Roy - Byrne, Peter; Russo, Joan; Rivara, Frederick; Droesch, RoseAnne; Wagner, Amy et al. (2004): A randomized effectiveness trial of stepped collaborative care for acutely injured trauma survivors. In *Archives of general psychiatry* 61 (5), pp. 498–506. DOI: 10.1001/archpsyc.61.5.498.
29. Zatzick, Douglas; O'Connor, Stephen S.; Russo, Joan; Wang, Jin; Bush, Nigel; Love, Jeff et al. (2015): Technology - Enhanced Stepped Collaborative Care Targeting Posttraumatic Stress Disorder and Comorbidity After Injury. A Randomized Controlled Trial. In *Journal of traumatic stress* 28 (5), pp. 391–400. DOI: 10.1002/jts.22041.

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. decembra 2020.

Marek Krajčí
minister zdravotníctva SR