

**RAIDS – Realita, hodnotenie, účasť, distres, opora
(angl. Reality, Appraisal, Involved, Distress, Support)**

RHUDO – Realita, hodnotenie, účasť, distres, opora

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, fláky. Necíti bolesť pri zjavnom zranení - desenzitizácia.
- **Kognitívne funkcie:** Môžu byť zmenené kvalitatívne aj kvantitatívne.
 - o **Pamäť:** nevie si spomenúť na bežné veci, na priebeh bezprostredne prežitého, vypadávanie pamäti.
 - o **Myslenie:** zrýchlené, spomalené, nekoherentné – nevie zreprodukovat' prežité po časovej osi, nechápe jednoduchú inštrukciu, opakuje sa.
 - o **Pozornosť:** znížená, zvýšená – prílišná zameranosť na detaily
 - o **Koncentrácia a pohotovosť:** ťažkosti sa sústrediť, zjavne zvýšená alebo znížená vnímavosť k okoliu
 - o **Exekutívne funkcie:** znížená alebo chýbajúca schopnosť rozhodnúť sa, plánovať prvé kroky, schopnosť riešiť jednoduchý problém – úlohu, robiť rozhodnutia
 - o **Orientácia:** dezorientácia v čase, mieste, osobe. **Priestorová orientácia** nevie kde je, netrafí, predmety pokladá nestabilne, ťažkosti rozlišovať predmety alebo ľudí,
 - o **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 vyťahnutý 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 sensorické 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. 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.

2. stupeň 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 blízkeho členovi rodiny alebo blízkeho 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 - flashbaky), 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 nabadenia

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

Tento dokument vznikol pre potreby pre migrantskú populáciu, vzhľadom na to, že COVID-19 koreluje s podobnými podmienkami, berieme tento dokument aj pre túto problematiku.

V súčasnosti neexistuje žiaden odporúčaný postup, ktorý by zabezpečil jednotnú, nákladovo a terapeuticky efektívnu starostlivosť pre pacientov-migrantov (Schneider et al. 2017). Bower (2005) a Zatzick et al. (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 kultúrno-senzitívne 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 et al., 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.)

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

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

Dôvod implementácie skúšobného skríningového 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.

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:

Hodnotí hodnotiteľ/ka po rozhovore (fakty/prežívanie/budúcnosť) podľa prejavov zasiahnutého/ej.

| | |
|------------|---|
| Fakty | 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 |
| Prežívanie | D – Distres (Ako rozrušený ste boli?) 1 - 2 - 3 - 4 |
| Budúcnosť | 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.

Keď človek naskóruje vysoké číslo, tak po mesiaci sa znova musí urobiť testovanie so skríningovým nástrojom RHUDO.

Vyhlasenie autora skríningového nástroja RAIDS:

System 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 psychologickej 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.

Tento dokument sa odvoláva na „Odporúčaný postup na výkon prevencie v súvislosti s mimoriadnymi udalosťami/situáciami v oblasti akútnej a chronickej post - traumatickej stresovej syndrómu.“ Schválené komisiou MZSR pre Prevenciu / ŠPDTP 2020