



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Léčba posttraumatické stresové poruchy u dospělých

Autoři: Ján Praško et al.

Garant:

Oponent:

Základní struktura postupu

Postup má tyto hlavní moduly:

1. Diagnostika a vstupní management PTSD (dospělí)
2. První linie léčby PTSD
3. Kontrola účinku po 8–12 týdnech
4. Druhá linie a kombinace
5. Rezistence a komplexní případy
6. Specifické skupiny a komorbidity
7. Organizace péče, kvalita a dlouhodobé sledování
8. Literatura

Okénko 1 – Diagnostika a vstupní management PTSD (dospělí)

Cíl: potvrdit diagnózu (DSM-5/ICD-11), změřit výchozí závažnost a funkční dopad, zmapovat komorbidity a rizika, naplánovat bezpečný začátek léčby a koordinaci péče. (NICE, 2018/2025; Lang et al., 2025; Bandelow et al., 2023).

1) Potvrzení diagnózy a typ prezentace

- Klinický rozhovor + strukturované nástroje: **CAPS-5** (zlatý standard pro DSM-5 diagnostiku i závažnost) a **PCL-5** (self-report; screening/monitoring). (Weathers et al., 2018; Weathers et al., 2013; Roberts et al., 2021; Marx et al., 2022).
- Zvažte **ICD-11 (PTSD vs. komplexní PTSD)** – ITQ pro rychlé odlišení PTSD vs. DSO domény (negativní self-koncept, afektivní dysregulace, vztahové obtíže). (Cloitre et al., 2018).
- Vždy ověřte **kritérium A** (expozice traumatu) a časové souvislosti (akutní stresová porucha, perzistující popř. opožděný nástup). (NICE, 2018/2025; VA/DoD, 2023).

2) Kvantifikace závažnosti a funkčního dopadu (baseline + měření výsledků)

- **CAPS-5** (klinické skórování) / **PCL-5** (pacientem vyplněné; prahové hodnoty pro pravděpodobnou PTSD; citlivé pro změnu). (Weathers et al., 2018; Roberts et al., 2021).
- **WSAS** pro funkční dopad (práce, vztahy, volný čas). (Mundt et al., 2002).
- **PC-PTSD-5** pro rychlý screening v primární péči. (Prins et al., 2016).

3) Vstupní bezpečnost a komorbidity

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- **Suicidalita/self-harm**, riziko násilí, **užívání návykových látek**, domácí násilí; u veteránů/úrazových stavů také **TBI, bolest, poruchy spánku** (insomnie, OSA). (VA/DoD, 2023; NICE, 2018/2025).
- **Psychiatrická komorbidita**: MDD, jiné úzkostné poruchy, bipolární spektrum, poruchy osobnosti, disociační příznaky (dissociative subtype). (VA/DoD, 2023; NICE, 2018/2025).
- **Somatika**: kardiometabolická onemocnění, štítná žláza, bolestivé stavy; laboratorně cíleně dle kliniky. (NICE, 2018/2025).

4) Diferenciální diagnostika (psychiatrická i somatická)

- **Psychiatrická**: normální stresová reakce/„prolonged grief“, **akutní stresová porucha, deprese, GAD/panická porucha, psychóza, bipolární porucha, poruchy osobnosti, somatické symptomy; porucha přizpůsobení**. (NICE, 2018/2025; Lang et al., 2025).
- **Somatická/iatrogenní**: hypertyreóza, arytmie, poruchy spánku (OSA), léky a látky (stimulancia, kanabinoidy); **TBI**. (VA/DoD, 2023).

5) Základní vyšetření a dokumentace pro bezpečný start léčby

- **EKG** před TCA či při anamnéze kardiálního onemocnění; **TK** při plánování prazosinu (noční můry); u polyfarmacie zhodnotit interakce (SSRI, antikoagulancia – krvácení). (Bandelow et al., 2023; VA/DoD, 2023).
- **Záznam výchozí závažnosti (CAPS-5/PCL-5) a WSAS** pro měření výsledků (stepped-care, sdílené rozhodování). (NICE, 2018/2025; Lang et al., 2025).

6) Psychoedukace a koordinační plán

- Vysvětlete model PTSD (re-experiencing, vyhýbání, hyperarousal), normalizujte tělesné reakce, proberte **traumaticky-fokusevané terapie** jako preferovanou první volbu; **nedoporučovat jednorázové „debriefing“ intervence**. (NICE, 2018/2025; Phelps et al., 2022; VA/DoD, 2023).
- **Krizový plán** (spánková hygiena, bezpečnostní čísla, kdy vyhledat pomoc), domluvit první kontrolu (typicky 2–4 týdny). (NICE, 2018/2025; VA/DoD, 2023).

Tabulka A – Nástroje pro diagnostiku a měření závažnosti

Nástroj	Účel / pro koho	Administrace	Poznámka
CAPS-5	Diagnostika a závažnost (DSM-5)	Strukturovaný klinický rozhovor (30 položek)	„Gold standard“; verze pro „minulý měsíc“/„minulý týden“. (Weathers et al., 2018).
PCL-5	Screening/monitoring symptomů (DSM-5)	20 položek, self-report	Silná psychometrie; prahy pro pravděpodobnou PTSD. (Weathers et al., 2013; Roberts et al., 2021).
PC-PTSD-5	Rychlý screening v primární péči	5 položek, sebeuposouzení	Pozitivní ≥ 3 „ano“ → doporučen CAPS-5. (Prins et al., 2016).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

ITQ (ICD-11)	Rozlišení PTSD vs. komplexní PTSD	18 položek, self-report	Zachycuje DSO doménu; volba, pokud cílíme na ICD-11. (Cloitre et al., 2018).
WSAS	Funkční dopad napříč doménami	5 položek, sebe posuzovací	Jednoduché, citlivé k změně; vhodné pro rutinní měření. (Mundt et al., 2002).

Tabulka B – Diferenciální diagnostika „PTSD-podobných“ prezentací

Jednotka	Kdy zvažovat	Co rychle ověřit
Akutní stresová porucha	<1 měsíc od traumatu, podobné symptomy	Časový rámec, funkční dopad; nabídnout časnou TF-KBT dle preference. (NICE, 2018/2025).
Protrahovaný smutek / porucha přizpůsobení	Dominantní zármutek nebo stresující vazba bez PTSD flashbacků	Trajektorie emocí, spouštěče, truchlení; zvážit na truchlení zaměřený přístup. (Lang et al., 2025).
MDD / GAD / panická porucha	Převaha pervazivní deprese/úzkosti mimo trauma spouštěče	Anamnéza, PDSS/GAD-7, komorbidita častá u PTSD. (VA/DoD, 2023).
Psychotické a bipolární poruchy	Psychóza, cykličnost nálady, manické symptomy	Rodinná/epizodická anamnéza, screening mánie/psychózy. (VA/DoD, 2023).
Somatické/iatrogenní	Hypertyreóza, arytmie, OSA, účinky látek/léků	TSH, EKG podle kliniky; toxikologická anamnéza. (VA/DoD, 2023).
TBI / bolest / spánkové poruchy	U veteránů, úrazů, bolestivých stavů	Neuro/rehab konzultace; spánkový screening (insomnie/OSA). (VA/DoD, 2023).

Komentář k Okénku 1

Současné guideline (NICE, VA/DoD, DGPPN/DeGPT, Phoenix Australia, WFSBP) konvergují na rutinní užití standardizovaných nástrojů (CAPS-5, PCL-5) k potvrzení diagnózy a měření výsledků a na systematický screening rizik a komorbidit včetně SUD, deprese a poruch spánku (NICE, 2018/2025; Lang et al., 2025; Phelps et al., 2022; Bandelow et al., 2023).

V prostředí, kde se používá ICD-11, je vhodné doplnit ITQ pro odlišení komplexní PTSD, jež vyžaduje



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

často širší psychoterapeutické zacílení (Cloitre et al., 2018).

NICE důrazně nedoporučuje jednorázový „debriefing“ po traumatu a preferuje traumaticky-fokusevanou psychoterapii jako léčbu první volby (TFKBT, EMDR) – to rozpracujeme v Okénku 2; VA/DoD 2023 poskytuje algoritmus a jasné priority s ohledem na komorbidity a sdílené rozhodování. (NICE, 2018/2025; Lang et al., 2025; VA/DoD, 2023).

Okénko 2 – První linie léčby PTSD

Priorita: u dospělých upřednostnit traumaticky-fokusevanou psychoterapii (TF-terapie) před farmakoterapií; volba probíhá sdíleným rozhodováním s ohledem na preference, komorbidity a dostupnost. (NICE, 2018/2025; Lang et al., 2024; VA/DoD, 2023).

2.1 Traumaticky-fokusevané psychoterapie (1. volba)

- Doporučené modality: Prolongovaná expozice (PE), Kognitivně procesovaná terapie (CPT) a EMDR – 8–16 sezení, manuálově vedená, s domácí prací a expozicemi/kognitivní restrukturačí. (NICE, 2018/2025; VA/DoD, 2023).
- Účinnost: Síťové a standardní metaanalýzy potvrzují nejvyšší efekt TF-terapií napříč formáty; rozdíly mezi PE, CPT a EMDR jsou malé → volba dle preferencí a dostupnosti. (Jericho et al., 2022).
- Mechanismus a očekávání: krátce vysvětlíte princip (expoziční zpracování paměti/situací; kognitivní restrukturační; u EMDR bilaterální stimulace) a připravte pacienta na možný dočasný nárůst distresu během expozic. (NICE, 2018/2025).

On-line TF-terapie (tele-/iKBT)

- Vedená iKBT non-inferiorní vůči prezenční TF-KBT u mírné až střední PTSD: RAPID (Spring; BMJ 2022) a STOP-PTSD (iCT-PTSD; Lancet Psychiatry 2023). (Bisson et al., 2022; Ehlers et al., 2023).
- Tele-video (PE/CPT): doporučeno, pokud validováno nebo nejsou jiné možnosti; non-inferiorita vůči prezenční PE byla prokázána. (Acierno et al., 2016; VA/DoD, 2023).
- Doporučení guideline: VA/DoD 2023 – silně pro bezpečné videokonference; zatím málo důkazů facilitovanou iKBT jako rutinu (ne pro/ne proti). (Lang et al., 2024; VA/DoD, 2023).

Virtuální realita (VR-expozice)

- Metaanalýza ukazuje slibný, ale heterogenní efekt u PTSD; současné guideline hodnotí důkazy jako nedostatečné → ani pro, ani proti v rutinní praxi; lze zvažovat tam, kde je dostupná expertíza a pacient preferuje. (Kothgassner et al., 2019; Lang et al., 2024; VA/DoD, 2023).

Schémat terapie a přepis v imaginaci (IR)

- Přepis v imaginaci (IR) má RCT podporu u PTSD po zneužívání v dětství – samostatně účinné, přínos nad STAIR neprokázán. (Raabe et al., 2022).
- Schémat terapie (ST) pro CPTSD/komorb. PD: emergentní evidence, např. přidání skupinové schéma terapie (GST) k individuálnímu ImRs u CPTSD s komorbiditou PD (RCT). (van den End et al., 2024).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- Pozice v guideline: VA/DoD 2023 – pro řadu „dalších psychoterapií“ (vč. ST-informovaných přístupů) insuficientní důkazy pro/ proti → využít na specializovaných pracovištích a u PTSD. (Lang et al., 2024).

Dialekticko-behaviorální terapie pro PTSD (DBT-PTSD)

- DBT-PTSD > CPT u žen s PTSD po zneužívání v dětství (primární výstupy i remise); efekt přetrvává 9 měsíců po léčbě. (Bohus et al., 2020; Vonderlin et al., 2024).
- Meta-analýza 2024: DBT-PTSD/DBT-PE má střední efekty na PTSD a depresi v „těžko léčitelných“ populacích. (Prillinger et al., 2024).
- Praxe: vhodné u emocionální dysregulace, disociace, sebepoškozování, BPD rysů; obvykle fázový model s explicitní TF složkou (expozice/IR). (Bohus et al., 2020).

2.2 Farmakoterapie (monoterapie; volba při preferenci pacienta, kontraindikaci/nedostupnosti TF-terapie nebo jako doplněk)

- Doporučené 1. volby: sertralin, paroxetin (SSRI) a venlafaxin XR (SNRI). (VA/DoD, 2023; Low et al., 2023; Williams et al., 2022).
- Další AD: důkazy pro řadu SSRI/SNRI/TCA/NaSSA jsou omezené/nejisté → nezaujímají místo 1. volby; individuální zvážení dle komorbidit (spánek, chuť k jídlu). (Williams et al., 2022; WFSBP 2023).
- Co ne: benzodiazepiny (silně proti), antipsychotika jako augmentace (spíše proti), kanabinoidy (proti). (VA/DoD, 2023).
- Noční můry/insomnie: prazosin – zvážit pouze na noční můry (slabé „pro“), nikoli na globální symptomy PTSD. (VA/DoD, 2023).
- MDMA-asistovaná terapie: po negativním FDA PDAC a neschválení 2024 mimo rutinu. (Reardon, 2024; FDA PDAC, 2024).

Dávkovací a bezpečnostní tabulka (dospělí)

Léčivo	Start	Typický cíl	Max	Zásadní bezpečnostní body
Sertralin	25–50 mg qd	100–200 mg qd	200 mg	Aktivace/GI/sexualita; dobrá kardiální profilace. (VA/DoD, 2023).
Paroxetin	10–20 mg qd	20–40 mg qd	60 mg	Vyšší riziko vysazovacích příznaků; CYP2D6 interakce. (VA/DoD, 2023; VA meds guide).
Venlafaxin XR	37,5–75 mg qd	150–225 mg qd	300 mg	TK/aktivace/insomnie; pomalá titrace. (VA/DoD, 2023; Williams et al., 2022).
Prazosin (noční můry)	1 mg HS	2–6 mg HS (někdy více)	—	Ortostatická hypotenze/synkopy → edukace + měřit TK. (VA/DoD, 2023).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Bezpečnost a hodnocení výsledků: sledovat PCL-5 každých 4–6 týdnů, suicidální riziko především při zahájení/titraci; interakce (MAOI/linezolid → serotoninový syndrom, antiagregancia/antikoagulancia + SSRI/SNRI → krvácení). (NICE, 2018/2025; VA/DoD, 2023).

2.3 Organizace péče a kombinace

- Kroková péče + péče s hodnocením: zahájit TF-terapii nebo AD dle preferencí; měřit CAPS-5/PCL-5 a funkci (WSAS); při částečné odpovědi zintenzivnit TF-terapii a dotitrovat AD; při nedostatečné odpovědi přidat chybějící modalitu. (NICE, 2018/2025; VA/DoD, 2023).
- Kdy volit DBT-PTSD/ST-informované přístupy: u CPTSD, výrazné emocionální dysregulace/komorb. BPD nebo selhání standardní TF; využít v specializovaných centrech. (Bohus et al., 2020; Vonderlin et al., 2024; Lang et al., 2024).

Komentář k Okénku 2:

Napříč doporučenými postupy přetrvává konsensus: u dospělých je léčbou první volby TF-psychotherapie (PE, CPT, EMDR); farmaka (sertralin, paroxetin, venlafaxin XR) jsou alternativa/doplněk při preferenci, komorbiditách či nedostupnosti TF (NICE 2018/2025; VA/DoD 2023). Digitální rozvoj přinesl dobré důkazy pro vedenou iKBT (RAPID; STOP-PTSD) a pro tele-video (PE/CPT) – implementace je doporučena; naproti tomu VR-expozice zatím nemá dostatečnou evidenci pro rutinu. U CPTSD a pacientů s BPD rysy se prosazuje DBT-PTSD s rostoucí evidencí a IR/Schématereapeutické přístupy – jejich užití však zatím stojí na specializovaných indikacích, nikoli jako univerzální 1. linie (Bisson et al., 2022; Ehlers et al., 2023; Acierno et al., 2016; Kothgassner et al., 2019; Bohus et al., 2020; Vonderlin et al., 2024; Lang et al., 2024).

Okénko 3 – Kontrola účinku po 8–12 týdnech

- Měřit a pojmenovat odpověď: každé 2–4 týdny sledovat PCL-5 (případně CAPS-5). Prakticky:
 - Odpověď: pokles PCL-5 o ≥ 10 bodů jako užitečné klinické vodítko; pro „spolehlivou změnu“ je vhodnější ≥ 15 –18 bodů (RCI).
 - Remise/klinicky významná změna: PCL-5 < 28 na konci cyklu (CSC). Pro CAPS-5 je spolehlivá změna ≥ 12 –13 bodů a CSC koncové skóre ≤ 8 (Marx et al., 2022; VA/NCPTSD PCL-5).
- Co je „adekvátní pokus“ léčby:
 - Psychotherapie: první účinky po 4–8 sezeních během 8–12 týdnů; méně časté než týdenní sezení snižují efekt.
 - Farmakoterapie (SSRI/SNRI): zkoušet v adekvátní dávce a dostatečné době 8–12 týdnů před změnou/augmentací.
- Dobrá odpověď/remise: pokračovat beze změny do udržovací fáze (plán sledování, psychoedukace, práce s návratem do aktivit; u přetrvávajících nočních můr zvážit prazosin – jen na sny, nikoli na globální symptomy) (VA/DoD 2023; Lang et al., 2024).
- Částečná odpověď:
 - Zintenzivnit TF-terapii (PE/CPT/EMDR): zvýšit frekvenci, přidat interoceptivní + in-vivo expozice, minimalizovat bezpečnostní chování, sjednat domácí úkoly; případně přeskádat protokol nebo přejít na jinou TF modalitu (VA/DoD 2023; NICE NG116).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- Farmaka vytitrovat k horní tolerované části doporučeného rozmezí a ověřit adherenci a NÚ (VA/DoD 2023; Cochrane 2022).
- Zpřístupnění/intenzifikace formy: pokud je prezenční terapie limitovaná, využít terapeutem asistovanou on-line TF-KBT/CT-PTSD (ne-inferiorní vůči F2F v 16. týdnu; 52t výsledek smíšený) a v centrech s kapacitou lze VR-expozice jako ekvivalent PE (Ehlers et al., 2023; Difede et al., 2022).
- Nedostatečná odpověď (po 8–12 týdnech adekvátního pokusu):
 - Přidat chybějící modalitu: pokud dosud jen farmaka → TF-psychotherapie; pokud jen terapie → SSRI/SNRI s nejsilnější evidencí (sertralin, paroxetin, venlafaxin). Rutinní kombinace terapie + farmak: důkazy nedostačují (doporučení „ne pro ani proti“), ale u části pacientů může být kombinace užitečná – kvalita důkazů je však spíše nízká (VA/DoD 2023; Cochrane 2022).
 - Switch farmak: SSRI ⇌ jiný SSRI/SNRI dle tolerance a komorbidit; při přetrvávajících nočních můrách zvážit prazosin cíleně na sny (ne na globální PTSD) (VA/DoD 2023; Lang et al., 2024).
 - Co ne: benzodiazepiny u PTSD nejsou doporučeny (horší výstupy, rizika závislosti a interferenci s učením v expozici). Antipsychotické augmentace nenabízet rutinně (slabé/dvoznačné důkazy, metabolická zátěž) (VA/DoD 2023; Clinician’s Guide).
- Bezpečnost a komorbidity: při každém „step-up“ znovu zhodnotit suicidální riziko, užívání návykových látek a somatické komorbidity; řídit se algoritmem krokové péče (NICE NG116; VA/DoD 2023).

Komentář:

Měření výstupů (measurement-based care) je pro rozhodování o „step-up“ klíčové; PCL-5 umožňuje definovat odpověď (≈ -10 bodů) a spolehlivou změnu (-15 až -18 bodů) i remisi (koncové < 28) (Marx et al., 2022; VA/NCPTSD 2025). Adekvátní pokus je u TF-terapií i farmak 8–12 týdnů, teprve poté je racionální switch či přidání modality (VA/DoD 2023). Kombinace farmak a TF-terapie má nejasný přínos – VA/DoD ji výslovně nepodporuje ani neodmítá, zatímco Cochrane (2022) zmiňuje možný efekt u těžších případech; sdílené rozhodování a preference pacienta proto hrají roli. U dostupnosti je rozumné sáhnout po on-line TF-programech (krátkodobě non-inferiorní) a v některých indikacích po VR-expozicích (efektivní a srovnatelné s PE), vždy jako součást protokolu s důrazem na expozice a adherenci (Ehlers et al., 2023; Difede et al., 2022). BZDs a antipsychotika se v této fázi zásadně nedoporučují.

Okénko 4 – Druhá linie a kombinace

Kdy přejít do 2. linie: po 8–12 týdnech adekvátního pokusu (TF-terapie nebo SSRI/SNRI v účinné dávce) s nedostatečnou odpovědí dle PCL-5/CAPS-5 (Marx et al., 2022; VA/DoD, 2023).

4.1 Psychotherapie – co dělat při nedostatečné odpovědi

- Switch v rámci TF-terapií: změna PE ↔ CPT ↔ EMDR; u části pacientů funguje „měkký switch“ (ponechat principy TF a změnit technickou modalitu) – rozdíly mezi PE a CPT jsou malé a klinicky nevýznamné (Schnurr et al., 2022; NICE, 2018/2025; VA/DoD, 2023).
- Alternativy s doporučením „slabě pro“: KT-PTSD (Ehlers), Present-Centered Therapy a Written Exposure Therapy (WET) – vhodné při limitované toleranci/intoleranci k expoziční práci nebo k redukci dropoutů (Ehlers et al., 2014; Sloan et al., 2023; VA/DoD, 2023).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- Zintenzivnit dávku terapie: častější sezení, domácí úkoly, in-vivo expozice, práce s bezpečnostním chováním; tele-video je doporučeno jako plnohodnotná alternativa (PE/CPT; ne-inferiorita) (Acierno et al., 2016; VA/DoD, 2023).
- VR-expozice: důkazy nedostatečné pro rutinu (zvažovat jen na specializovaných pracovištích) (VA/DoD, 2023; Kothgassner et al., 2019).
- Mindfulness-based (MBSR): lze přidat adjuvantně (slabě „pro“) – ne náhrada TF-terapie (Davis et al., 2018; Lang et al., 2024; VA/DoD, 2023).

Pozn.: Skupinové terapie, párové terapie a většina „dalších“ směrů (vč. DBT jako obecné modality) – insuficientní důkazy pro/ proti v roli *primární* léčby PTSD; DBT-PTSD může být přínosná u CPTSD/BPD rysů na specializovaných pracovištích (VA/DoD, 2023; Bohus et al., 2020).

4.2 Farmakoterapie – racionální změny a co ne

- Switch 1. volby: mezi sertralinem, paroxetinem a venlafaxinem XR dle tolerance a komorbidit (VA/DoD, 2023; Williams et al., 2022). (VA/DoD doporučení 15).
- Další AD (mirtazapin/TCA/MAOI aj.): pro globální PTSD nejisté/nízké důkazy → zvažovat individuálně (insomnie, chuť k jídlu), ale mimo 1. volbu (Williams et al., 2022; WFSBP, 2023).
- Augmentace: chybí přesvědčivá evidence, VA/DoD „ani pro, ani proti“ kombinacím; antipsychotická augmentace – „slabě proti“ (aripiprazol, quetiapin, risperidon aj.) (VA/DoD, 2023; Clinician’s Guide NCPTSD, 2023).
- Prazosin: ano na noční můry (slabě „pro“), ne na globální symptomy PTSD (VA/DoD, 2023; Mendes et al., 2025).
- Benzodiazepiny: nedoporučeny (silně proti) – zhoršení učení v expozici, závislost (VA/DoD, 2023; NICE, 2018/2025).
- Ketamin/esketamin, kanabinoidy: nedoporučeno/„slabě proti“ v rutinní léčbě PTSD (VA/DoD, 2023).

4.3 Kombinace TF + farmakoterapie a „step-up“ organizace

- Kombinace TF + AD: evidence neprokazuje konzistentní superioritu nad monoterapiemi → rozhodovat sdíleně, u těžších/komorbidních případech lze individualizovaně kombinovat (VA/DoD, 2023; Williams et al., 2022).
- Kroková péče: při non-responzi přidejte chybějící modalitu (psychoterapie ↔ farmaka), zvýš intenzitu TF, využij tele-video; u SUD neodkládat TF-terapie – integrovat péči (VA/DoD, 2023; NICE, 2018/2025).

4.4 Co zvažovat, když selhává 2. linie

- Somatické/neurostimulační postupy: rTMS/tDCS – insuficientní důkazy pro rutinu (VA/DoD, 2023; Brown et al., 2024 Cochrane). Zvažuj jen ve výzkumných/specializovaných programech.
- MDMA-asistovaná psychoterapie: v r. 2024 neschváleno (FDA/PDAC) → mimo rutinní praxi (Reardon, 2024).

Komentář k Okénku 4:

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Druhá linie u PTSD stojí na pragmatickém switchi (mezi sertralinem, paroxetinem a venlafaxinem XR) a na změně nebo zintenzivnění TF-terapie. VA/DoD (2023) přehledně shrnuje, že kombinační a augmentační strategie mají zatím nepřesvědčivé důkazy (doporučení 21) a antipsychotickou augmentaci přímo nedoporučuje (doporučení 22) (VA/DoD, 2023). Při přetrvávajících nočních můrách lze přidat prazosin (doporučení 32), ale pro globální příznaky PTSD se prazosin, ketamin ani kanabinoidy nedoporučují (Mendes et al., 2025; VA/DoD, 2023). Z psychotherapeutických voleb má smysl switch mezi PE/CPT/EMDR, případně přechod na CT-PTSD nebo WET (nižší dropout, non-inferiorita k PE) – vše s důrazem na adherenci, expozice a domácí úkoly (Schnurr et al., 2022; Ehlers et al., 2014; Sloan et al., 2023; NICE, 2018/2025). Tele-video je validní způsob doručení TF-terapií; VR a rTMS/tDCS zatím nemají oporu pro rutinu (Acierno et al., 2016; Kothgassner et al., 2019; Brown et al., 2024; VA/DoD, 2023).

Okénko 5 – Rezistence a komplexní případy

- Pracovní **definice TR-PTSD**: přetrvávající klinicky významné symptomy a/nebo funkční postižení po ≥ 1 kompletní a kvalitně vedené na trauma fokusované psychoterapii (PE/CPT/EMDR) a ≥ 1 –2 adekvátních farmakologických pokusech (SSRI/SNRI) s ověřenou adherencí a dostatečným trváním; před dalším postupem vždy re-diagnostika, kontrola komorbidit (deprese, SUD, bolest), adherence a „zabezpečovací chování“. (Lang et al., 2024; Schnurr et al., 2024).
- **Intenzifikace psychoterapie** (preferovaná strategie):
 - „Massed“/intenzivní PE nebo CPT (více sezení týdně) – rychlý pokles symptomů, využitelné i u non-respondérů; vhodné i intenzivní ambulantní/stacionární programy kombinující PE+EMDR+psychoedukaci+fyzickou aktivitu (Matthijssen et al., 2024; Klaeth et al., 2024; McLean et al., 2024).
 - Tele-/bezpečné video: pokud je validováno pro danou metodu, doporučeno (VA/DoD, 2023; Schnurr et al., 2024).
 - DBT-PTSD/„komplexní“ prezentace (CPTSD, komorb. poruchy osobnosti): dlouhodobé efekty a lepší tolerance než CPT v některých ukazatelích (Vonderlin et al., 2024).
 - VR-podpora expozic: může zvýšit zapojení, ale není nadřazená standardní TF-terapii; zvažte jako doplněk (Kothgassner et al., 2019; van't Wout-Frank et al., 2024 – tDCS+VR jako experimentální).
- Optimalizace spánku a nočních můr: prazosin lze zvážit pouze na noční můry, nikoli na celkové symptomy PTSD (VA/DoD, 2023; Low et al., aktualizace NCPTSD).
- **Farmakologické „třetí linie“ – omezená a nejednotná evidence**:
 - Switch SSRI \rightleftharpoons SNRI (sertralin/paroxetin/venlafaxin) zůstává racionální; augmentace antipsychotiky se nedoporučuje (doporučení „slabě proti“ pro aripiprazol/olanzapin/quetiapin/risperidon) kvůli absenci přínosu a metabolickým rizikům (Schnurr et al., 2024; VA/DoD, 2023).
 - Ketamin/esketamin: nedoporučeno pro PTSD (VA/DoD, 2023; Schnurr et al., 2024).
 - Benzodiazepiny a cannabis: silně nedoporučeny (VA/DoD, 2023).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

• Neuromodulace a „biologické“ postupy:

– rTMS: aktuální Cochrane metaanalýza (2024) – pravděpodobně malý až žádný efekt na závažnost PTSD; rutinně nedoporučovat (Brown et al., 2024).

– tDCS, neurofeedback, hyperbarická oxygenoterapie, capnometry-assisted breathing, NightWare®, SGB (stellate ganglion block): nedostatek důkazů k doporučení pro/ proti; SGB má smíšené výsledky (JAMA Psychiatry 2020 RCT; VA/DoD 2023 uvádí „insufficient evidence“) – používat pouze v rámci specializovaných center/studií (Olmsted et al., 2020; VA/DoD, 2023; VA Patient Summary, 2023).

– ECT/VNS: u PTSD „suggest against“; ECT zvažovat jen pro těžkou komorbidní depresi podle příslušných guideline MDD (VA/DoD, 2023; Schnurr et al., 2024).

• Psychedeliky/MDMA-asistovaná terapie: 2024 FDA poradní výbor hlasoval proti účinnosti a poměru přínos/riziko MDMA-asistované terapie; není doporučeno mimo studie (FDA PDAC minutes, 2024; STAT News, 2024).

• Volba prostředí péče a case-management:

– Denní stacionář/intenzivní program tam, kde je nutná struktura pro masivní TF-léčbu, řešení vyhýbání a funkční rehabilitace; možné i plně vzdálené intenzivní programy s dobrými výsledky (Ellenbroek et al., 2024; Rentinck et al., 2025).

– Hospitalizace při závažném suicidálním riziku, těžké komorbiditě (MDD, SUD), neschopnosti bezpečné domácí expozice.

– Integrovaný plán: krizový plán, management spánku, práce s bezpečnostním chováním, léčba komorbidit dle příslušných guideline (Schnurr et al., 2024).

Komentář:

Aktuální guideline (VA/DoD 2023) zdůrazňují, že u perzistujících obtíží má být primární strategií eskalace/optimalizace trauma-fokované psychoterapie, včetně zaplavujících formátů a validovaného doručení přes zabezpečené video; farmakologické augmentace mají slabé či negativní doporučení a jsou zatíženy riziky (Lang et al., 2024; Schnurr et al., 2024). Neuromodulace (rTMS) má dle Cochrane 2024 spíše nulový/nevýznamný efekt, a další „biologické“ intervence (tDCS, SGB) postrádají robustní data – patří do výzkumu či specializovaných center (Brown et al., 2024; VA/DoD, 2023). Po neúspěchu 1.–2. linie je racionální kombinovat modalitu (přidat chybějící TF-psychoterapii k farmakoterapii, případně naopak), intenzifikovat expozice a řešit udržovací faktory (vyhýbání, bezpečnostní chování). BZD a cannabis se u PTSD nedoporučují. U komplexních prezentací (CPTSD, emoční nestabilita) má své místo DBT-PTSD; u vybraných pacientů pomáhají intenzivní (massed) programy, vč. vzdálených variant.

Okénko 6 – Specifické skupiny a komorbidity

• Senioři

• Preferujte traumatically-fokované psychoterapie (PE, CPT, EMDR) s úpravami tempa, kratšími bloky a více opakováním; efekt je zachován i ve vyšším věku (VA/DoD, 2023; NICE, 2018).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- Farmakoterapie: „start low–go slow“; volte SSRI s nižším interakčním potenciálem (např. sertralin). Monitorujte hyponatrémii, riziko pádů a interakce (VA/DoD, 2023).
- Benzodiazepiny ne – u starších dospělých jsou potenciálně nevhodné (PIM) pro riziko kognitivního útlumu a pádů (American Geriatrics Society, 2023).

Těhotenství a kojení

- První volba: psychoterapie (PE, CPT, EMDR) – bezpečné a doporučené v těhotenství i laktaci (NICE, 2018; VA/DoD, 2023).
- Farmakoterapie, je-li nutná: upřednostněte sertralin; rozhodování sdíleně, se zhodnocením rizika/benefitu (ACOG, 2023).
- Kojení: sertralin je preferovaný SSRI (nízké hladiny v mléce / u kojence) (SPS, 2023).
- Vyhnout se BZD (riziko sedace u matky i kojence, disociace léčebného učení) – pouze výjimečně a krátce (VA/DoD, 2023; ACOG, 2023).

Souběh poruch užívání návykových látek (SUD)

- Léčte současně a integrovaně – traumaticky-fokusané intervence (např. COPE: Prolonged Exposure integrované s léčbou SUD) zlepšují PTSD i SUD výsledky proti netraumatickým přístupům (Saavedra et al., 2021; VA/DoD, 2023).
- Vyhnout se BZD (riziko závislosti a relapsu); farmakoterapie první volby zůstávají SSRI/SNRI (VA/DoD, 2023).

Traumatické poranění mozku (mTBI/TBI)

- Standardní TF-psychoterapie (PE/CPT/EMDR) zůstávají první volbou; upravte tempo, použijte více podpůrných pomůcek (poznámkové karty, vizuály) při kognitivních obtížích (VA/DoD, 2023; VA/DoD mTBI, 2021).
- Farmaka jako u PTSD obecně; pozor na zvýšenou citlivost na NÚ (VA/DoD, 2023).

Komorbidní bipolární/psychotické poruchy

- Stabilizujte nejprve náladu/psychózu, teprve poté TF-psychoterapii; antidepresiva u bipolární poruchy vždy s antimanickou ochranou a pečlivým monitoringem (VA/DoD, 2023; NICE, 2018).

Komplexní PTSD (ICD-11) a chronická/rozsáhlá traumata

- Fázový postup: 1) stabilizační dovednosti (např. STAIR) → 2) TF-expozice/procesování (CPT/PE/EMDR) → 3) integrace a prevence relapsu (Cloitre et al., 2020; Phoenix Australia, 2020).
- U silné dysregulace emocí lze zvážit dovednostní moduly DBT jako předstupeň TF-psychoterapie (Cloitre et al., 2020).

Uprchlíci, migranti, kulturně specifické potřeby

- Kult. adaptované TF-intervence (CPT/EMDR/TF-CBT) s tlumočnickem jsou účinné; zvažte skupinové formáty a stepped-care (Purgato et al., 2021; Phoenix Australia, 2020).

Komentář k Okénku 6:

Velká doporučení (NICE NG116, VA/DoD 2023, Phoenix Australia 2020) se shodují, že traumaticky-fokusané psychoterapie (PE, CPT, EMDR) mají být základem léčby napříč skupinami a lze je



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

bezpečně adaptovat pro seniory, těhotné/kojící i osoby s mTBI/TBI; klíčová je úprava tempa, struktury a podpory paměti/pozornosti (NICE, 2018; VA/DoD, 2023; Phoenix Australia, 2020). U perinatální péče je preferována psychoterapie; při nutnosti farmakoterapie je nejčastější sertralin (ACOG, 2023; SPS, 2023). Při SUD je doporučeno integrované a současné vedení – metaanalýza potvrzuje nadřazenost traumaticky-fokusovaných integrovaných přístupů (např. COPE) oproti netraumatickým strategiím pro PTSD výstupy (Saavedra et al., 2021; VA/DoD, 2023). Benzodiazepiny nejsou u PTSD obecně doporučeny – u starších dospělých jsou navíc PIM dle Beers kritérií (American Geriatrics Society, 2023). U komplexní PTSD se uplatňuje fázový model (stabilizace → TF-zpracování traumatu → integrace), kde STAIR a dovednostní moduly (vč. DBT) připravují půdu pro bezpečné a účinné TF-terapie (Cloitre et al., 2020). V prostředí uprchlíků a migrantů podporují data kult. adaptované TF-intervence a skupinové formáty v rámci stepped-care (Purgato et al., 2021; Phoenix Australia, 2020).

Okénko 7 – Organizace péče, kvalita a dlouhodobé sledování

Cíl: nastavit u PTSD standard „měření řízené péče“ (measurement-based care), udržet dostupnost traumaticky-fokusovaných terapií (PE/CPT/EMDR) i v digitálních formátech, zlepšit kontinuitu (triáž → léčba → udržování → prevence relapsu) a smysluplně zapojit rodinu/partnera. (VA/DoD, 2023; NICE, 2018/2025).

1) Kroková péče a triáž

- Rychlé nasměrování do TF-psychoterapie (PE/CPT/EMDR) jako 1. volby; farmakoterapie (sertralin, paroxetin, venlafaxin XR) při preferenci/kontraindikaci/nedostupnosti TF. (NICE, 2018/2025; Williams et al., 2022).
- Při těžké dysregulaci/emergentních rizicích (suicidalita, domácí násilí, těžké SUD, akutní disociace) zvažte nejprve stabilizační kroky (bezpečnost, spánek) a těsnější frekvenci kontaktů; poté TF postup. (VA/DoD, 2023).

2) Péče založená na hodnocení (MBC) – minimální dataset a frekvence

- Příznaky: PCL-5 každé 2–4 týdny v akutní fázi; pro klinická rozhodnutí lze využít pokles ≥ 10 bodů (odpověď) a koncové skóre < 28 (pravděpodobná remise); u CAPS-5 spolehlivá změna ≈ 12 –13 bodů. (Marx et al., 2022; VA/DoD, 2023).
- Funkce: WSAS (práce/studium, vztahy, volný čas) při zahájení, po 4–6 týdnech a při ukončení/relapsu. (Mundt et al., 2002).
- Bezpečnost: suicidální riziko, užívání návykových látek, spánkové poruchy (insomnie/OSA) – screening a dokumentace při každé významné změně léčby. (VA/DoD, 2023).
- Rozhodovací uzly: pokud po 8–12 týdnech není alespoň střední odpověď, zintenzivněte TF (více expozic, práce s bezpečnostním chováním), vytitrujte AD a/nebo přepněte na jinou TF modalitu; při non-response přidejte chybějící modalitu (TF \leftrightarrow AD). (NICE, 2018/2025; VA/DoD, 2023).

3) Digitální a distanční formy – jak je použít bezpečně

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- Tele-video PE/CPT: ne-inferiorní vůči prezenčnímu podání u vybraných populací; standardně doporučeno, pokud bariéry v dostupnosti. (Acierno et al., 2021; VA/DoD, 2023).
- Vedená iKBT s trauma-fokusem: kvalitní RCT ukazují non-inferioritu vs. face-to-face v mírně/středně těžké PTSD (RAPID; STOP-PTSD); vhodné tam, kde je validovaný protokol a terapeutická podpora. (Bisson et al., 2022; Ehlers et al., 2023).
- VR-expozice: slibná, ale heterogenní evidence → ani pro, ani proti v rutinní péči; zvažte ve specializovaném centru a dle preference pacienta. (Kothgassner et al., 2019; VA/DoD, 2023).
- Organizační minimum pro digitální TF: písemný krizový plán, ochrana soukromí, pravidelné skórování PCL-5, dohoda o domácích úkolech (expozice, kognitivní práce). (VA/DoD, 2023; Ehlers et al., 2023).

4) Zapojení rodiny/partnera a sociální kontext

- KBCT-PTSD / partnerské zapojení lze využít k redukcí symptomů a zlepšení fungování; indikujte při významných vztahových konsekvencích a když partner může podpořit expozice a práci s vyhýbáním. (VA/DoD, 2023).
- Psychoedukace rodiny (model PTSD, role „family accommodation“, bezpečné reakce při flashbacích/panice) a dohoda o podpoře domácích úkolů. (NICE, 2018/2025).

5) Komorbidita, stabilizace a funkční cíle

- SUD: preferujte integrovaný přístup (současná TF + léčba SUD); vyhnout se benzodiazepinům. (VA/DoD, 2023).
- Spánek: CBT-I jako adjuvans k TF u insomnie; prazosin jen na noční můry (slabé doporučení). (Reist et al., 2021; VA/DoD, 2023).
- TBI, bolest, somatika: koordinace s neurologií/rehabilitací, gradované vystavení zátěži, úprava tempa TF. (VA/DoD, 2023).
- Práce a role: stanovte funkční cíle (návrat do práce/školy, řízení, cestování MHD), plánujte in-vivo expozice a trénink dovedností. (NICE, 2018/2025).

6) Kontinuita a prevence relapsu

- Konec akutní fáze: shrnutí naučených strategií, plán prevence relapsu (časné varovné signály, krokový plán návratu k expozicím, psychoedukační materiály). (NICE, 2018/2025).
- „Booster“ TF sezení: 1–3 krátká sezení během následujících 3–6 měsíců; u farmakoterapie pokračovat v účinné dávce nejméně 6–12 měsíců, vysazovat velmi pozvolna s monitoringem PCL-5. (Williams et al., 2022; VA/DoD, 2023).

Komentář k Okénku 6:

Napříč doporučenými postupy je dnes standardem na hodnocení založená péče – pravidelná kvantifikace symptomů a funkce řídí volbu i intenzitu kroků (VA/DoD, 2023). Prakticky se osvědčil jednoduchý režim: PCL-5 á 2–4 týdny + WSAS na začátku, uprostřed a na konci; změny ≥ 10 bodů na PCL-5 brát jako klinicky významné a při stagnaci eskalovat (zvýšit frekvenci expozic, pracovat s bezpečnostním chováním, přepnout modalitu) (Marx et al., 2022; NICE, 2018/2025).

Dostupnost TF-terapie zlepšují tele-video formy (PE/CPT) a validované vedené iKBT protokoly; obě mají v nových RCT dobrou účinnost a jsou vhodné pro regiony s omezenou prezenční péčí (Acierno et



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

al., 2021; Bisson et al., 2022; Ehlers et al., 2023). VR-expozice zatím patří spíše do specializovaných pracovišť kvůli heterogenní evidenci (Kothgassner et al., 2019). Udržitelnost efektu zvyšuje zapojení partnera/rodiny, zejména podporou domácích expozičních a redukci „akomodace“; u párů lze zvážit CBCT-PTSD (VA/DoD, 2023).

V dlouhodobé fázi má smysl několik booster sezení TF a pomalé vysazování antidepresiva se skórováním – snižuje riziko relapsu a umožní včasný návrat k expozičním při prvních varovných signálech (Williams et al., 2022; NICE, 2018/2025).

Literatura

Acierno R, Jaffe AE, Gilmore AK, Birks A, Denier C, Muzzy W, Lopez CM, Tuerk P, Grubaugh AL. A randomized clinical trial of in-person vs. home-based telemedicine delivery of Prolonged Exposure for PTSD in military sexual trauma survivors. *J Anxiety Disord.* 2021 Oct;83:102461. doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102461. Epub 2021 Aug 8. PMID: 34391978.

Acierno R, Knapp R, Tuerk P, Gilmore AK, Lejuez C, Ruggiero K, Muzzy W, Egede L, Hernandez-Tejada MA, Foa EB. A non-inferiority trial of Prolonged Exposure for posttraumatic stress disorder: In person versus home-based telehealth. *Behav Res Ther.* 2017 Feb;89:57-65. doi: 10.1016/j.brat.2016.11.009. Epub 2016 Nov 22. PMID: 27894058; PMCID: PMC5222772.

Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. *Obstet Gynecol.* 2023 Jun 1;141(6):1262-1288. doi: 10.1097/AOG.0000000000005202. PMID: 37486661.

By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023 Jul;71(7):2052-2081. doi: 10.1111/jgs.18372. Epub 2023 May 4. PMID: 37139824; PMCID: PMC12478568.

American Psychological Association (APA). Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD in Adults. 2017. (apa.org)

Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Costa DLDC, Denys D, Dilbaz N, Domschke K, Hollander E, Kasper S, Möller HJ, Eriksson E, Fineberg NA, Hättenschwiler J, Kaiya H, Karavaeva T, Katzman MA, Kim YK, Inoue T, Lim L, Masdrakis V, Menchón JM, Miguel EC, Nardi AE, Pallanti S, Perna G, Rujescu D, Starcevic V, Stein DJ, Tsai SJ, Van Ameringen M, Vasileva A, Wang Z, Zohar J. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part II: OCD and PTSD. *World J Biol Psychiatry.* 2023 Feb;24(2):118-134. doi: 10.1080/15622975.2022.2086296. Epub 2022 Jul 28. PMID: 35900217.

Bisson JJ, Ariti C, Cullen K, Kitchiner N, Lewis C, Roberts NP, Simon N, Smallman K, Addison K, Bell V, Brookes-Howell L, Cosgrove S, Ehlers A, Fitzsimmons D, Foscari-Craggs P, Harris SRS, Kelson M, Lovell K, McKenna M, McNamara R, Nollett C, Pickles T, Williams-Thomas R. Guided, internet based, cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: pragmatic, multicentre, randomised



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

controlled non-inferiority trial (RAPID). *BMJ*. 2022 Jun 16;377:e069405. doi: 10.1136/bmj-2021-069405. PMID: 35710124; PMCID: PMC9202033.

Bohus M, Kleindienst N, Hahn C, Müller-Engelmann M, Ludäscher P, Steil R, Fydrich T, Kuehner C, Resick PA, Stiglmayr C, Schmahl C, Priebe K. Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020 Dec 1;77(12):1235-1245. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2148. PMID: 32697288; PMCID: PMC7376475.

Brown R, Cherian K, Jones K, Wickham R, Gomez R, Sahlem G. Repetitive transcranial magnetic stimulation for post-traumatic stress disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024 Aug 2;8(8):CD015040. doi: 10.1002/14651858.CD015040.pub2. PMID: 39092744; PMCID: PMC11295260.

Cloitre M, Courtois CA, Ford JD, Green BL, Alexander P, Briere J, Herman JL, Lanius R, Stolbach BC, Spinazzola J, Van der Kolk BA, Van der Hart O. The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. 2012. Retrieved from [http:// www.istss.org/](http://www.istss.org/).

Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, Bisson JI, Roberts NP, Maercker A, Karatzias T, Hyland P. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand*. 2018 Dec;138(6):536-546. doi: 10.1111/acps.12956. Epub 2018 Sep 3. PMID: 30178492.

Davis LL, Whetsell C, Hamner MB, Carmody J, Rothbaum BO, Allen RS, Al Bartolucci ABPP, Southwick SM, Bremner JD. A Multisite Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatr Res Clin Pract*. 2019 Oct 1;1(2):39-48. doi: 10.1176/appi.prcp.20180002. Epub 2018 Sep 13. PMID: 34113802; PMCID: PMC8189576.

DeGPT/DGPPN Guideline Group. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. AWMF-Registernummer 155-001. 2019 (in Überarbeitung). (awmf.org)

Department of Veterans Affairs & Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. 2023. Provider Summary. (healthquality.va.gov)

Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Concussion-mild Traumatic Brain Injury. 2021.

Difede J, Rothbaum BO, Rizzo AA, Wyka K, Spielman L, Reist C, Roy MJ, Jovanovic T, Norrholm SD, Cukor J, Olden M, Glatt CE, Lee FS. Enhancing exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): a randomized clinical trial of virtual reality and imaginal exposure with a cognitive enhancer. *Transl Psychiatry*. 2022 Jul 27;12(1):299. doi: 10.1038/s41398-022-02066-x. PMID: 35896533; PMCID: PMC9329292.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Ehlers A, Wild J, Warnock-Parkes E, Grey N, Murray H, Kerr A, Rozental A, Thew G, Janecka M, Beierl ET, Tsiachristas A, Perera-Salazar R, Andersson G, Clark DM. Therapist-assisted online psychological therapies differing in trauma focus for post-traumatic stress disorder (STOP-PTSD): a UK-based, single-blind, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2023 Aug;10(8):608-622. doi: 10.1016/S2215-0366(23)00181-5. PMID: 37479341; PMCID: PMC10789612.

Ehlers A, Hackmann A, Grey N, Wild J, Liness S, Albert I, Deale A, Stott R, Clark DM. A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *Am J Psychiatry*. 2014 Mar;171(3):294-304. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13040552. PMID: 24480899; PMCID: PMC4082238.

Ellenbroek N, Nuijs MD, Matthijssen SJMA. The effectiveness of a remote intensive trauma-focused treatment programme for PTSD. *Eur J Psychotraumatol*. 2024;15(1):2408960. doi: 10.1080/20008066.2024.2408960. Epub 2024 Oct 24. PMID: 39446983; PMCID: PMC11504181.

FDA Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee. Final Summary Minutes (NDA 215455, MDMA for PTSD). 4 Jun 2024. ([U.S. Food and Drug Administration](https://www.fda.gov/oc/ohrt/minutes/minutes-2024-06-04))

Kothgassner OD, Goreis A, Kafka JX, Van Eickels RL, Plener PL, Felnhofer A. Virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): a meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2019 Aug 19;10(1):1654782. doi: 10.1080/20008198.2019.1654782. PMID: 31489138; PMCID: PMC6713125.

Jericho B, Luo A, Berle D. Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2022 Feb;145(2):132-155. doi: 10.1111/acps.13366. Epub 2021 Sep 17. PMID: 34473342; PMCID: PMC9539869.

Klaeth JR, Jensen AG, Auren TJB, Solem S. 12-month follow-up of intensive outpatient treatment for PTSD combining prolonged exposure therapy, EMDR and physical activity. *BMC Psychiatry*. 2024 Mar 26;24(1):225. doi: 10.1186/s12888-024-05656-9. PMID: 38532374; PMCID: PMC10964674.

Saavedra LM, Morgan-López AA, Hien DA, López-Castro T, Ruglass LM, Back SE, Fitzpatrick S, Norman SB, Killeen TK, Ebrahimi CT, Hamblen J; CAST, the Consortium on Addictions, Stress and Trauma. Evaluating treatments for posttraumatic stress disorder, alcohol and other drug use disorders using meta-analysis of individual patient data: Design and methodology of a virtual clinical trial. *Contemp Clin Trials*. 2021 Aug;107:106479. doi: 10.1016/j.cct.2021.106479. Epub 2021 Jun 19. PMID: 34157418.

Lang AJ, Hamblen JL, Holtzheimer P, Kelly U, Norman SB, Riggs D, Schnurr PP, Wiechers I. A clinician's guide to the 2023 VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. *J Trauma Stress*. 2024 Feb;37(1):19-34. doi: 10.1002/jts.23013. Epub 2024 Jan 7. PMID: 38184799.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Lewis C, Roberts NP, Gibson S, Bisson JI. Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2020 Mar 9;11(1):1709709. doi: 10.1080/20008198.2019.1709709. PMID: 32284816; PMCID: PMC7144189.

Low VA, Bernardy N, et al. Clinician's Guide to Medications for PTSD (NCPTSD). 2023 (web article). (ptsd.va.gov)

Mahase E. MDMA assisted therapy: Three papers are retracted as FDA rejects PTSD application. *BMJ*. 2024 Aug 13;386:q1798. doi: 10.1136/bmj.q1798. PMID: 39137950.

Marx BP, Lee DJ, Norman SB, Bovin MJ, Sloan DM, Weathers FW, Keane TM, Schnurr PP. Reliable and clinically significant change in the clinician-administered PTSD Scale for DSM-5 and PTSD Checklist for DSM-5 among male veterans. *Psychol Assess*. 2022 Feb;34(2):197-203. doi: 10.1037/pas0001098. Epub 2021 Dec 23. PMID: 34941354; PMCID: PMC9022599.

Matthijssen SJMA, Menses SDF, Huisman-van Dijk HM. The effects of an intensive outpatient treatment for PTSD. *Eur J Psychotraumatol*. 2024;15(1):2341548. doi: 10.1080/20008066.2024.2341548. Epub 2024 Apr 26. PMID: 38665124; PMCID: PMC11057464.

McLean CP, Foa EB. State of the Science: Prolonged exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2024 Aug;37(4):535-550. doi: 10.1002/jts.23046. Epub 2024 Apr 23. PMID: 38652057.

Mendes TP, Pereira BG, Coutinho ESF, Melani MS, Neylan TC, Berger W. Factors impacting prazosin efficacy for nightmares and insomnia in PTSD patients - a systematic review and meta-regression analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2025 Jan 10;136:111253. doi: 10.1016/j.pnpbp.2025.111253. Epub 2025 Jan 17. PMID: 39828080.

Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JH. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry*. 2002 May;180:461-4. doi: 10.1192/bjp.180.5.461. PMID: 11983645.

National Center for PTSD (Low V). Clinician's guide to medications for PTSD (updated to VA/DoD 2023). 2023. (ptsd.va.gov)

National Center for PTSD. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [Internet]. Updated Sept 10, 2025. Available from: ptsd.va.gov. (ptsd.va.gov)

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder (NG116) [Internet]. Published 2018; last reviewed 8 Apr 2025. Available from: nice.org.uk/guidance/ng116. (nice.org.uk)

Hasoon J, Sultana S, Malik A, Brown P, Ryder A, Robinson CL, Urits I, Varrassi G, Viswanath O. Stellate Ganglion Blocks for Post-Traumatic Stress Disorder: A Review of Mechanisms, Efficacy, and



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Complications. *Psychopharmacol Bull.* 2024 Aug 19;54(4):106-118. PMID: 39263203; PMCID: PMC11385266.

Olmsted RKL, Bartoszek M, Mulvaney S, McLean B, Turabi A, Young R, Kim E, Vandermaas-Peeler R, Morgan JK, Constantinescu O, Kane S, Nguyen C, Hirsch S, Munoz B, Wallace D, Croxford J, Lynch JH, White R, Walters BB. Effect of Stellate Ganglion Block Treatment on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2020 Feb 1;77(2):130-138. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3474. Erratum in: *JAMA Psychiatry.* 2020 Feb 1;77(2):218. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4511. Erratum in: *JAMA Psychiatry.* 2020 Sep 1;77(9):982. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1829. PMID: 31693083; PMCID: PMC6865253.

Phelps AJ, Lethbridge R, Brennan S, Bryant RA, Burns P, Cooper JA, Forbes D, Gardiner J, Gee G, Jones K, Kenardy J, Kulkarni J, McDermott B, McFarlane AC, Newman L, Varker T, Worth C, Silove D. Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Updates in the third edition. *Aust N Z J Psychiatry.* 2022 Mar;56(3):230-247. doi: 10.1177/00048674211041917. Epub 2021 Aug 27. PMID: 34448406.

Australian PTSD Guidelines. 2020 <https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/>

Prillinger K, Goreis A, Macura S, Hajek Gross C, Lozar A, Fanninger S, Mayer A, Oppenauer C, Plener PL, Kothgassner OD. A systematic review and meta-analysis on the efficacy of dialectical behavior therapy variants for the treatment of post-traumatic stress disorder. *Eur J Psychotraumatol.* 2024;15(1):2406662. doi: 10.1080/20008066.2024.2406662. Epub 2024 Oct 1. PMID: 39351658; PMCID: PMC11445934.

Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, Kaloupek DG, Schnurr PP, Kaiser AP, Leyva YE, Tiet QQ. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *J Gen Intern Med.* 2016 Oct;31(10):1206-11. doi: 10.1007/s11606-016-3703-5. Epub 2016 May 11. PMID: 27170304; PMCID: PMC5023594.

Purgato M, Gastaldon C, Papola D, van Ommeren M, Barbui C, Tol WA. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Jul 5;7(7):CD011849. doi: 10.1002/14651858.CD011849.pub2. PMID: 29975811; PMCID: PMC6513488.

Raabe S, Ehring T, Marquenie L, Arntz A, Kindt M. Imagery Rescripting as a stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2022 Dec;77:101769. doi: 10.1016/j.jbtep.2022.101769. Epub 2022 Sep 9. PMID: 36113906.

Reardon S. MDMA therapy for PTSD rejected by FDA panel. *Nature.* 2024 Jun 5. doi: 10.1038/d41586-024-01622-3. Epub ahead of print. PMID: 38844808.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Reist C, Streja E, Tang CC, Shapiro B, Mintz J, Hollifield M. Prazosin for treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS Spectrums*. 2021;26(4):338-344.

doi:10.1017/S1092852920001121

Roberts NP, Kitchiner NJ, Lewis CE, Downes AJ, Bisson JI. Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5 in a sample of trauma exposed mental health service users. *Eur J Psychotraumatol*. 2021 Jan 26;12(1):1863578. doi: 10.1080/20008198.2020.1863578. PMID: 34992744; PMCID: PMC8725778.

Schnurr PP, Chard KM, Ruzek JI, Chow BK, Resick PA, Foa EB, Marx BP, Friedman MJ, Bovin MJ, Caudle KL, Castillo D, Curry KT, Hollifield M, Huang GD, Chee CL, Astin MC, Dickstein B, Renner K, Clancy CP, Collie C, Maieritsch K, Bailey S, Thompson K, Messina M, Franklin L, Lindley S, Kattar K, Luedtke B, Romesser J, McQuaid J, Sylvers P, Varkovitzky R, Davis L, MacVicar D, Shih MC. Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Among US Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2022 Jan 4;5(1):e2136921. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.36921. PMID: 35044471; PMCID: PMC8771295.

Schnurr PP, Hamblen JL, Wolf J, Collier R, Collie C, Fuller MA, Holtzheimer PE, Kelly U, Lang AJ, McGraw K, Morganstein JC, Norman SB, Papke K, Petrakis I, Riggs D, Sall JA, Shiner B, Wiechers I, Kelber MS. The Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2024 Mar;177(3):363-374. doi: 10.7326/M23-2757. Epub 2024 Feb 27. PMID: 38408360.

Schnurr PP, Hamblen JL, Wolf J, Collier R, Collie C, Fuller MA, Holtzheimer PE, Kelly U, Lang AJ, McGraw K, Morganstein JC, Norman SB, Papke K, Petrakis I, Riggs D, Sall JA, Shiner B, Wiechers I, Kelber MS. The Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2024 Mar;177(3):363-374. doi: 10.7326/M23-2757. Epub 2024 Feb 27. PMID: 38408360.

Sloan DM, Marx BP, Acierno R, Messina M, Muzzy W, Gallagher MW, Litwack S, Sloan C. Written Exposure Therapy vs Prolonged Exposure Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2023 Nov 1;80(11):1093-1100. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.2810. PMID: 37610727; PMCID: PMC10448372.

Specialist Pharmacy Service (SPS). Using SSRI antidepressants during breastfeeding. SPS; 2023.

STAT News. MDMA therapy for PTSD voted down by FDA advisory panel. 4 Jun 2024. ([STAT](#))

U.S. VA/DoD Clinical Practice Guideline for PTSD – Quick Reference Guide. Version 4.0; 2023. (healthquality.va.gov)

VA/DoD Patient Summary – PTSD CPG (informace pro pacienty). 2023. (healthquality.va.gov)

VA/NCPTSD. Clinician's Guide to Medications for PTSD [Internet]. 2023–2025. Available from: ptsd.va.gov. (ptsd.va.gov)

van den End A, Beekman ATF, Dekker J, Aarts I, Snoek A, Blankers M, Vriend C, van den Heuvel OA, Thomaes K. Trauma-focused and personality disorder treatment for posttraumatic stress disorder and comorbid cluster C personality disorder: a randomized clinical trial. *Eur J Psychotraumatol*.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

2024;15(1):2382652. doi: 10.1080/20008066.2024.2382652. Epub 2024 Aug 1. PMID: 39087734; PMCID: PMC11295684.

Bajor LA, Balsara C, Osser DN. Posttraumatic Stress Disorder Psychopharmacology Algorithm Update-2024-2025. *Psychiatry Clin Psychopharmacol.* 2025 Aug 11;35(Suppl 1):S135-S140. doi: 10.5152/pcp.2025.241041. PMID: 40879196; PMCID: PMC12410238.

van 't Wout-Frank M, Arulpragasam AR, Faucher C, Aiken E, Shea MT, Jones RN, Greenberg BD, Philip NS. Virtual Reality and Transcranial Direct Current Stimulation for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2024 May 1;81(5):437-446. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.5661. PMID: 38446471; PMCID: PMC10918574.

Vonderlin R, Priebe K, Müller-Engelmann M, Fydrich T, Steil R, Resick PA, Schmahl C, Lindauer P, Kleindienst N, Bohus M. Long-term effects of dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder and cognitive processing therapy 9 months after treatment termination. *Eur J Psychotraumatol.* 2024;15(1):2393061. doi: 10.1080/20008066.2024.2393061. Epub 2024 Sep 2. PMID: 39221987; PMCID: PMC11370672.

Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, Keane TM, Marx BP. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychol Assess.* 2018 Mar;30(3):383-395. doi: 10.1037/pas0000486. Epub 2017 May 11. PMID: 28493729; PMCID: PMC5805662.

Weathers FW, Litz BT, Keane TM, et al. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). 2013 (scale and manual). Updated forms 2023. (ptsd.va.gov)

Williams T, Phillips NJ, Stein DJ, Ipser JC. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2022 Mar 2;3(3):CD002795. doi: 10.1002/14651858.CD002795.pub3. PMID: 35234292; PMCID: PMC8889888.