

5. Výrazné fyziologické reakce na vnitřní nebo vnější podněty, které symbolizují nebo připomínají nějaký aspekt traumatické události.
- C. Trvalé vyhýbání se podnětům asociovaným s traumatickou událostí, které se objevuje po traumatické události, což se projevuje jedním nebo oběma z následujících způsobů:
1. Vyhýbání se nebo snaha se vyhýbat se stresujícím pocitům, vzpomínkám a myšlenkám na traumatickou událost nebo těm, které jsou s traumatickou událostí úzce spojeny.
 2. Vyhýbání se nebo snaha vyhýbat se vnějším připomenutím (lidem, místům, rozhovorům, aktivitám, předmětům, situacím), které vyvolávají stresující vzpomínky, myšlenky nebo pocity na traumatické události nebo jsou s ní úzce spojené.
- D. Negativní změny v kognici a náladě související s traumatickou událostí, které se začnou objevovat nebo se zhorší poté, co se traumatická událost odehrála, a které se projevují dvěma (nebo více) z následujících způsobů:
1. Neschopnost pamatovat si důležitý aspekt traumatické události (typicky vlivem disociativní amnézie, nikoli vlivem jiných faktorů, jako je poranění hlavy, alkohol nebo drogy).
 2. Přetrvávající a přehnané negativní názory nebo očekávání o sobě samém, o jiných lidech nebo o světě (např. „jsem špatný“, „nikomu nelze věřit“, „svět je strašně nebezpečné místo“, „můj nervový systém je trvale zničený“).
 3. Přetrvávající zkreslené přesvědčení o příčině nebo následcích traumatické události, vedoucí k tomu, že daný jedinec přičítá vinu sám sobě nebo druhým.
 4. Přetrvávající negativní emocionální stav (např. strach, hrůza, hněv, vina nebo pocit hanby).
 5. Výrazně snížený zájem o důležité aktivity nebo snížená účast na důležitých aktivitách.
 6. Pocity odtržení nebo odcizení se druhým lidem.
 7. Přetrvávající neschopnost vyjadřovat pozitivní emoce (např. neschopnost prožívat štěstí, uspokojení nebo pocity lásky a náklonnosti).
- E. Výrazné změny vzrušivosti a reaktivity související s traumatickou událostí, které začaly nebo se zhoršily poté, co se traumatická událost stala, a projevují se dvěma (nebo více) z následujících způsobů:
1. Podrážděnost a hněvivé výbuchy (už při malé nebo žádné provokaci) typicky vyjadřované jako verbální nebo fyzická agrese vůči lidem nebo předmětům.
 2. Lehkomyslné nebo sebedestruktivní chování.
 3. Hypervigilance (nadměrná bdělost).
 4. Snížený práh úlekové reakce.
 5. Problémy s pozorností.
 6. Poruchy spánku (např. potíže usnout, přerušovaný nebo neklidný spánek).
- F. Porucha trvá (kritéria B, C, D a E) déle než 1 měsíc.
- G. Porucha způsobuje klinicky závažnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti života.
- H. Poruchu nelze přičíst fyziologickým účinkům látky (např. léky, alkohol) nebo jinému somatickému onemocnění.

Specifikujte, zda jde o poruchu:

S disociativními symptomy. Symptomy jedince splňují kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu a navíc jedinec v reakci na stresor zažívá trvalé nebo opakující se symptomy jednoho nebo obou z následujících jevů:

1. **Depersonalizace:** Trvalý nebo opakující se pocit odtržení od vlastních duševních procesů nebo těla, pocit, jako by byl člověk vnějším pozorovatelem sebe samého (např. jako by byl všechno jenom sen; pocit nereálnosti sebe samého nebo vlastního těla nebo zpomalené vnímání času).

2. **Derealizace:** Trvalé nebo opakující se pocity nereálnosti okolí (např. jedinec prožívá svět kolem sebe jako neskutečný, snový, vzdálený nebo zkreslený).
Poznámka: Aby bylo možné použít tento podtyp, disociativní symptomy nesmí být způsobené fyziologickými účinky látky (např. výpadky vědomí, chování během alkoholové intoxikace) nebo jiným somatickým onemocněním (např. komplexní parciální záchvaty).

Specifikujte poruchu:

S opožděnou manifestací. Pokud nejsou diagnostická kritéria splněna dříve než 6 měsíců po události (i když začátek a projevy některých symptomů mohou být okamžité).

Posttraumatická stresová porucha u dětí do věku 6 let (včetně)

- A. U dětí do 6 let se jedná o jejich vystavení skutečné nebo hrozící smrti, vážnému zranění nebo sexuálnímu násilí jedním (nebo více) z následujících způsobů:
1. Přímý nebo sexuálně zasažený traumatické události.
 2. Být osobně svědkem traumatické události, která se stala jiným lidem, zejména primárním pečovateli.
Poznámka: Být svědkem nezahrnuje vystavení událostem, které se odehrávají pouze v elektronických médiích, televizi, filmu nebo na fotografiích.
 3. Zjištění, že se traumatická událost stala rodiči nebo pečovateli.
- B. Přítomnost jednoho (nebo více) z následujících vtíravých symptomů asociovaných s traumatickou událostí, které se objevily poté, co se traumatická událost odehrála:
1. Opakující se nechtěné a vtíravé stresující vzpomínky na traumatickou událost.
Poznámka: Spontánní a vtíravé vzpomínky se nemusí nutně jevit jako stresující a mohou být vyjadřovány formou přehrávání události při hře.
 2. Opakující se stresující sny, jejichž obsah a/nebo dopad souvisí s traumatickou událostí.
Poznámka: Někdy není možné mít jistotu, že děsivý obsah snu souvisí s traumatickou událostí.
 3. Disociativní reakce (např. flashback), kdy se dítě cítí nebo kdy jedná, jako by se traumatická událost opakovala. (Tyto reakce se mohou dít v kontinuu a extrémní projevy zahrnují úplnou ztrátu kontaktu s reálným prostředím.) Děti si mohou při hře přehrávat (a znovuprožívat) prožitá traumata.
 4. Intenzivní nebo prodloužená psychická nepohoda při vystavení vnitřním nebo vnějším podnětům, které symbolizují nebo připomínají nějaký aspekt traumatické události.
 5. Výrazné fyziologické reakce na vnitřní nebo vnější podněty, které symbolizují nebo připomínají nějaký aspekt traumatické události.
- C. Jeden (nebo více) z následujících symptomů představujících buď vytrvalé vyhýbání se podnětům asociovaným s traumatickou událostí, nebo negativní změny v kognici a náladě spojené s traumatickou událostí, které musí mít počátek nebo vykazovat zhoršení po traumatické události:

Přetrvávající vyhýbání se podnětům

1. Vyhýbání se nebo snaha vyhýbat se aktivitám, místům nebo fyzickým vzpomínkám, které vyvolávají vzpomínky na traumatickou událost.
2. Vyhýbání se nebo snaha vyhýbat se lidem, rozhovorům nebo interakcím s druhými lidmi, které vyvolávají vzpomínky na traumatickou událost.

Negativní změny v kognici

3. Významně zvýšená četnost negativních emocionálních stavů (např. strach, vina, hanba, zmátek).
 4. Výrazně snížený zájem o důležité aktivity nebo snížená účast na důležitých aktivitách včetně omezení her.
 5. Sociálně odtažitě chování.
 6. Trvale omezené vyjadřování pozitivních emocí.
- D. Změny hranice vzrušivosti a reaktivity související s traumatickou událostí, které začaly nebo se zhoršily poté, co se traumatická událost stala, a manifestují se dvěma (nebo více) z následujících způsobů:
1. Podrážděnost a hněvivé výbuchy (už při malé nebo žádné provokaci) typicky vyjadřované jako verbální nebo fyzická agrese vůči lidem nebo předmětům (včetně extrémních záchvatů vzteku).
 2. Hypervigilance (nadměrná bdělost/ostražitost).
 3. Snížený práh úlekové reakce.
 4. Problémy se soustředěním.
 5. Narušení spánku (např. potíže s usínáním, přerušovaný nebo neklidný spánek).
- E. Porucha trvá déle než 1 měsíc.
- F. Porucha způsobuje klinicky závažnou nepohodu nebo narušení ve vztazích s rodiči, sourozenci, vrstevníky nebo jinými pečovateli nebo zhoršení chování ve škole.
- G. Poruchu nelze přičíst fyziologickým účinkům látky (např. léky, alkohol) nebo jinému somatickému onemocnění.

Specifikujte poruchu:

S disociativními symptomy. Symptomy jedince splňují kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu a navíc jedinec v reakci na stresor zažívá trvalé nebo opakující se symptomy jednoho z následujících jevů (nebo obou):

1. **Depersonalizace.** Trvalé nebo opakující se prožívání pocitů odtržení od vlastních duševních procesů nebo těla, jako by byl člověk vnějším pozorovatelem sebe samého (např. pocit, jako by byl všechno jenom sen, pocit nereálnosti sebe samého nebo vlastního těla nebo zpomalené vnímání času).
2. **Derealizace.** Trvalé nebo opakující se prožívání nereálnosti okolí (např. jedinec prožívá svět kolem sebe jako neskutečný, snový, vzdálený nebo zkeslený).

Poznámka: Aby bylo možné použít tento podtyp, disociativní symptomy nesmí být způsobené fyziologickými účinky látky (např. výpadky vědomí) nebo jiným somatickým onemocněním (např. komplexní parciální záchvaty).

Specifikujte poruchu:

S opožděnou manifestací: Pokud nejsou diagnostická kritéria splněna dříve než za 6 měsíců po události (i když začátek a projevy některých symptomů mohou být okamžité).

Diagnostické znaky

Základním znakem posttraumatické stresové poruchy (PTSD) je rozvoj charakteristických symptomů coby následek vystavení jedné nebo více traumatickým událostem. Emocionální reakce na traumatickou událost (např. strach, bezmoc, hrůza) už nejsou součástí kritéria A. Klinická manifestace PTSD je různá. U některých jedinců může převládat opětovné prožívání traumatu založené na strachu spolu s emocionálními a behaviorálními symptomy. U jiných mohou být nejvíce stresující anhedonické nebo dysforické stavy nálady a negativní kognice. U některých osob mohou převládat externalizované symptomy nadměrné vzrušivosti a reaktivity, zatímco u jiných převládají disociativní symptomy. U některých jedinců se objevuje kombinace všech těchto symptomů.

Mezi přímo zažívané traumatické události podle kritéria A patří mimo jiné zážitek války, ať v roli vojáka, nebo civilisty, hrozící nebo skutečný fyzický útok (např. fyzické napadení, oloupení, okradení, zneužívání v dětství), hrozící nebo skutečné sexuální násilí (např. násilná sexuální penetrace, sexuální penetrace vynucená alkoholem/drogami, vynucený sexuální kontakt, nekontaktní sexuální zneužívání, sexuální vykořisťování), únos, zajetí v pozici rukojmího, teroristický útok, mučení, uvěznění v pozici válečného zajatce, přírodní katastrofy nebo lidmi způsobené katastrofy, vážné nehody motorových vozidel. U dětí může sexuální násilí zahrnovat vývojově nevhodné sexuální zážitky bez fyzického násilí nebo zranění. Život ohrožující nemoc nebo závažný zdravotní problém nemusí být nutně považovány za traumatickou událost. Zdravotní události, které splňují kritéria traumatické události, zahrnují spíše náhlé, katastrofické události (např. procitnutí během operace, anafylaktický šok).

Být svědkem traumatické události zahrnuje mimo jiné pozorování hrozícího nebo vážného zranění jiné osoby, nepřírozené smrti, fyzického nebo sexuálního týrání jiné osoby při násilném napadení, domácího násilí, nehody, války nebo závažné zdravotní komplikace (např. život ohrožující krevní sraženina) u vlastního dítěte. Nepřímé vystavení, kdy se jedinec dozví o traumatické události, se omezuje na zážitky, které se staly blízkým příbuzným nebo přátelům a musí být násilné a/nebo se stát v důsledku nehody (např. smrt z přirozených příčin nesplňuje kritéria). K takovým událostem patří násilné napadení, sebevražda, vážná nehoda nebo vážné zranění. Porucha může být závažná nebo dlouhotrvající zejména v případě, kdy se jedná o interpersonální a záměrný stresor (např. týrání, sexuální násilí).

Traumatická událost může být znovuprožívána různými způsoby. Běžně má jedinec opakující se nechtěné a vtíravé vzpomínky na traumatickou událost (kritérium B1). Vtíravé vzpomínky u PTSD se od depresivní ruminace liší v tom, že zahrnují pouze nechtěné a vtíravé stresující vzpomínky. Důraz je kladen na opakující se vzpomínky na událost, které obvykle zahrnují sensorické, emocionální nebo fyziologické a behaviorální složky. Běžným symptomem opětovného prožívání traumatu jsou stresující sny, ve kterých se znovu přehrávána samotná událost nebo jsou tematicky spojené s hlavními hrozbami traumatické události, případně je symbolizují (kritérium B2). Jedinec může zažívat disociativní stavy, které trvají od několika vteřin až po několik hodin, nebo dokonce dní, během kterých jsou jednotlivé složky události znovuprožívány, jako by se událost v daný okamžik odehrávala znovu (kritérium B3). Takové události se dějí v kontinuu od krátkých vizuálních nebo jiných sensorických vjemů jednotlivých částí traumatické události, a dějí se dokonce i bez ztráty reálné orientace, což kompenzuje ztrátu uvědomování si současného okolí. Tyto epizody, kterým se často říká „flashbacky“, jsou obvykle krátké, mohou však být spojené s dlouhodobou nepohodou a zvýšenou iritabilitou. U malých dětí se může znovuprožívání události souvisejících s traumatem objevovat ve hře nebo v disociativních stavech. Často se objevuje intenzivní psychická nepohoda (kritérium B4) nebo fyziologická reaktivita (kritérium B5), je-li jedinec vystaven událostem, které připomínají nebo symbolizují nějaký aspekt traumatické události (např. jakýkoli větrný den po prožití hurikánu, spatření osoby, která připomíná útočníka). Spouštěcí podnět může být i fyzický vjem (např. člověku po úrazu hlavy se točí hlava, traumatizované dítě má rychlý tep), a to hlavně u jedinců s vysoce somatickými projevy.

Jedinec se poté vždy nebo téměř vždy vyhýbá podnětům asociovaným s traumatem. Často se snaží vědomě vyhýbat myšlenkám, vzpomínkám, pocitům nebo konverzaci o traumatické události (např. používá techniky odvádění pozornosti, aby se vyhnul vnitřním vtíravým připomínkám traumatu; kritérium C1) a vyhýbá se aktivitám, předmětům, situacím nebo lidem vyvolávajícím vzpomínky na trauma (kritérium C2).

Negativní změny v kognici nebo náladě související s událostí začínají nebo se zhoršují po vystavení traumatické události. Tyto negativní změny mohou mít různé formy včetně neschopnosti pamatovat si důležitý aspekt traumatické události; příčinou je obvykle disociativní amnézie, která není způsobena fyzickým poraněním hlavy, alkoholem ani drogami nebo léky (kritérium D1). Další formou jsou přetrvávající (tj. vždy nebo téměř vždy se vyskytující) a přehnaná očekávání týkající se důležitých aspektů života, které jedinec aplikuje sám na sebe, na druhé lidi nebo na budoucnost (např. „vždy jsem měl špatný úsudek“, „lidem v uniformách nelze věřit“), které se mohou projevat jako negativní změna ve vnímané identitě od okamžiku traumatu (např. „už nebudu nikdy schopen nikomu věřit“; kritérium D2). Jedinci s PTSD mohou mít přetrvávající mylná přesvědčení o příčinách traumatické události, která je vedou k tomu, že viní sebe nebo druhé (např. „je to moje vina, že mě strýc zneužíval“; kritérium D3). Přetrvávající negativní stav nálady (např. strach, hrůza, hněv, vina, hanba) má počátek nebo se zhoršuje po vystavení traumatické události (kritérium D4). Jedinec může zažívat výrazné snížení zájmu o aktivity, které měl dříve rád (kritérium D5), může mít pocity odtržení nebo odcižení druhým lidem (kritérium D6) nebo přetrvávající neschopnost cítit pozitivní emoce (hlavně štěstí, radost, uspokojení nebo emoce související s intimitou, něhou a sexualitou; kritérium D7).

Jedinci s PTSD mohou být prchlivi, a dokonce i verbálně nebo i fyzicky agresivní už po mírné, nebo dokonce nulové provokaci (např. křičí na lidi, dostávají se do rvaček, ničí předměty; kritérium E1). Jejich chování také může získat lehkomyšlné nebo sebe-destructivní rysy, jako například nebezpečné řízení, nadměrné pití alkoholu nebo užívání drog nebo sebepoškozující či sebevražedné tendence (kritérium E2). PTSD je často charakterizována zvýšenou citlivostí k potenciální hrozbě včetně situací, které souvisí s traumatickým zážitkem (např. následně po automobilové nehodě je jedinec výrazně citlivý na hrozbu, kterou potenciálně představují automobily nebo nákladní vozidla), a těch, které s traumatickou událostí nesouvisí (např. strach z infarktu; kritérium E3). Jedinci s PTSD mohou mít zvýšenou reaktivitu na nečekané podněty, která se projevuje zvýšenou úlekovou reakcí nebo precitlivělostí vůči hlasitým zvukům nebo nečekaným pohybům (jedinec např. leknutím vyskočí, když zaslechne zvonění telefonu; kritérium E4). Běžně se objevují potíže se soustředěním včetně potíží pamatovat si každodenní události (např. zapomínání vlastního telefonního čísla) nebo potíže soustředit se na určité činnosti (např. sledování déletrvající konverzace; kritérium E5). Časté jsou také problémy s usínáním a udržením spánku, které mohou být spojeny s nočními můrami a obavami o bezpečnost nebo se zvýšenou celkovou vzrušivostí, která brání adekvátnímu spánku (kritérium E6). Někteří jedinci také zažívají přetrvávající disociativní symptomy odtržení od vlastního těla (depersonalizace) nebo od světa kolem sebe (derealizace); to se odráží ve specifikaci „(porucha) s disociativními symptomy“.

Přidružené znaky podporující diagnózu

Může dojít k výjimečné regresi, jakou je u malých dětí např. ztráta řeči. Mohou být také přítomné sluchové pseudohalucinace, jako např. sensorické vjemy, kdy člověk slyší vlastní myšlenky vyslovované jedním nebo více různými hlasy, stejně jako paranoidní myšlenky. Po dlouhodobých, opakovaných a závažných traumatických událostech (např. zneužívání v dětství, týrání) může jedinec navíc zažívat potíže s ovládnutím emocí nebo udržením stabilních vztahů s jinými lidmi nebo mít disociativní symptomy. Vyústí-li traumatická událost v násilnou smrt, mohou být přítomné jak symptomy problematického zármutku po smrti blízké osoby, tak symptomy PTSD.

Prevalence

V USA je očekávané celoživotní riziko vzniku PTSD za použití kritérií DSM-IV ve věku 75 let 8,7 %. Dvanáctiměsíční prevalence mezi dospělými v USA je asi 3,5 %. Nižší odhadované hodnoty jsou v Evropě a ve většině asijských, afrických, jihoamerických a středoamerických zemí, kde činí asi 0,5–1,0 %. I když jsou různé skupiny osob vystaveny různým úrovním traumatických událostí, pravděpodobnost rozvoje PTSD po podobné úrovni vystavení traumatické události se může lišit mezi různými kulturami. Procenta PTSD jsou vyšší u veteránů a jiných osob, jejichž povolání zvyšuje riziko vystavení traumatickým událostem (např. policie, hasiči, záchranáři). Vyšší procenta (od jedné třetiny do více než poloviny osob vystavených traumatické události) jsou zjišťována u osob, které přežily znásilnění, vojenskou akci a uvěznění v pozici válečného zajatce, etnicky nebo politicky motivované uvěznění a genocidu. Prevalence PTSD se může lišit i v průběhu vývoje člověka. Děti a adolescenti včetně předškolních dětí obvykle vykazují nižší prevalence po vystavení vážné traumatické události; to však může být způsobeno tím, že předchozí kritéria dostatečně neodrážela vývojové hledisko. Prevalence plně rozvinuté PTSD je nižší také u starších dospělých ve srovnání s všeobecnou populací. Existují důkazy, že podprahové projevy jsou u starších dospělých běžnější než plně rozvinutá PTSD a že tyto symptomy souvisí s významným klinickým zhoršením. Ve srovnání s americkými nehispanickými bělochy byla zjištěna vyšší procenta PTSD u americké hispanické populace, Afroameričanů a amerických indiánů a nižší procenta u asijských Američanů po úpravě vystavení traumatické události za použití demografických proměnných.

Vývoj a průběh

PTSD se může objevit v jakémkoli věku po prvním roce života. Symptomy obvykle začínají v prvních 3 měsících po traumatu, i když může dojít ke zpoždění v řádu měsíců, nebo dokonce let, než jsou kritéria pro diagnózu splněna. Existuje mnoho důkazů o tom, že jev, který byl v DSM-IV nazýván „opožděné propuknutí“ a dnes je popisován jako „opožděné projevy“, zcela splňuje kritéria diagnózy s vědomím, že některé symptomy se typicky objevují okamžitě.

Reakce jedince na trauma často zpočátku (těsně po traumatické události) splňuje kritéria akutní stresové poruchy. Symptomy PTSD a relativní převaha různých symptomů se mohou po čase lišit. Liší se i trvání symptomů, zhruba u poloviny dospělých dojde k úplnému zotavení do 3 měsíců od traumatické události, zatímco někteří jedinci mají symptomy poruchy déle než 12 měsíců, a někdy dokonce déle než 50 let. Opakovaný výskyt symptomů a jejich vyšší intenzita může nastat v reakci na připomenutí původního traumatu, trvalé životní stresory nebo nově zažité traumatické události. U starších jedinců může symptomy PTSD zhoršit oslabení zdravotního stavu, zhoršující se kognitivní funkce a sociální izolace.

Klinické projevy se mohou lišit mezi věkovými skupinami. U malých dětí může nově docházet k výskytu děsivých snů, jejichž obsah nesouvisí s traumatickou událostí. Před dosažením věku 6 let (viz kritéria pro předškolní podtyp) je větší pravděpodobnost, že se budou symptomy u dětí projevovat prostřednictvím hry, která přímo nebo symbolicky odkazuje na zažité trauma. Děti nemusí vykazovat reakce strachu v době vystavení traumatu ani během jeho znovuprožívání. Rodiče mohou u malých dětí zaznamenat širokou škálu emocionálních nebo behaviorálních změn. Děti se mohou ve své hře zaměřit na fantazijní intervence nebo vyprávění příběhů. Kromě vyhýbání se připomínkám traumatu se mohou děti naopak připomínkami traumatu zabírat až příliš. Protože malé děti mají omezené možnosti vyjadřování myšlenek nebo pojmenovávání emocí, negativní změny nálady nebo kognice často zahrnují hlavně změny nálady. Děti mohou zažívat souběžná traumata (např. fyzické týrání nebo jako svědci domácího násilí), a pokud se situace chronicky opakuje,

nemusi být možné identifikovat začátek symptomatologie. U malých dětí může být vyhýbavé chování spojeno s omezením ve hře nebo v explorativním chování, sníženou účastí na nových aktivitách u školních dětí nebo neochotou využívat příležitosti k rozvoji u adolescentů (např. při domlouvání schůzek, řízení auta). Starší děti a adolescenti mohou sami sebe považovat za zbabělce. Adolescenti mohou být přesvědčeni, že se změnil způsobem, který je činí sociálně nežádoucími a odcizuje je jejím vrstevníkům (např. „ted' už nikdy nezapadnu mezi ostatní“); mohou tak ztrácet aspirace pro budoucnost. Podrážděné nebo agresivní chování u dětí a adolescentů může narušovat vztahy s vrstevníky a chování ve škole. Lehkomyslné chování může vést ke zraněním sebe nebo jiné osoby, vyhledávání adrenalinových podnětů nebo vysoce rizikového chování. Jedinci, u nichž symptomy PTSD přetrvávají až do starší dospělosti, mohou vykazovat méně symptomů nadměrné vzrušivosti, vyhýbání a negativní kognice a nálady ve srovnání s mladými dospělými s PTSD, i když dospělí vystavení traumatickým událostem v pozdějším životě mohou vykazovat více symptomů vyhýbání, nadměrné vzrušivosti, problémů se spánkem a smutné nálady než mladší dospělí vystavení stejným traumatickým událostem. U starších jedinců je porucha spojena s negativním vnímáním vlastního zdraví, návštěvami lékaře a sebevražednými myšlenkami.

Rizikové a prognostické faktory

Rizikové (a ochranné) faktory se obvykle dělí na pretraumatické, peritraumatické a posttraumatické faktory.

Pretraumatické faktory

Temperamentové. Ty zahrnují dětské emocionální problémy do věku 6 let (např. předchozí vystavení traumatu, externalizace nebo úzkost) a předchozí duševní poruchy (např. panická porucha, depresivní porucha, PTSD nebo obsedantně-kompulzivní porucha [OCD]).

Environmentální. Ty zahrnují nižší socioekonomický status, nižší vzdělání, vystavení předchozím traumatům (hlavně v dětství), nepříznivé události v dětství (např. ekonomická deprivace, dysfunkční rodina, separace rodičů nebo smrt rodičů), kulturní charakteristiky (např. fatalistické nebo sebeobviňující strategie při vyrovnávání se se zátěží), nižší inteligence, status menšinové rasy/etnika a rodinná anamnéza psychiatrických onemocnění. Sociální podpora před vystavením traumatické události je ochranným faktorem.

Genetické a fyziologické. Ty zahrnují ženské pohlaví a mladší věk v okamžiku vystavení traumatu (u dospělých). Určité genotypy mohou být také ochranné nebo naopak zvyšovat riziko PTSD po vystavení traumatickým událostem.

Peritraumatické faktory

Environmentální. Ty zahrnují závažnost (míru) traumatu (čím větší je trauma, tím větší je pravděpodobnost PTSD), vnímané ohrožení života, osobní zranění, interpersonální násilí (zejména trauma způsobené dítěti pečovatelem nebo trauma, kdy je dítě svědkem ohrožení života pečovatele) a u vojáků zahrnují fakt, zda byl voják pachatelem násilného činu, svědkem zvěrstev páchaných na druhých lidech nebo zabil nepřítele. Rizikovým faktorem je také disociace, která nastane během traumatu a přetrvává i po něm.

Posttraumatické faktory

Temperamentové. Zahrnují negativní úsudek, nevhodné strategie při vyrovnávání se zátěží, rozvoj akutní stresové poruchy.

Environmentální. Zahrnují následné vystavení opakovaným stresujícím podmínkám, následné nepříznivé životní události a finanční nebo jiné ztráty související s traumatem. Sociální podpora (včetně stability rodiny u dětí) je ochranným faktorem, který zmírňuje následky traumatu.

Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

Riziko propuknutí a závažnost PTSD se mohou lišit mezi kulturními skupinami z důvodu variace typů vystavení traumatu (např. genocida), vliv na závažnost poruchy má také význam přiřítaný traumatické události (např. nemožnost provést pohřební rituály po masovém zabíjení), existující sociokulturní kontext (např. přebývání mezi nepotrestanými pachateli v pokonfliktním prostředí) a jiné kulturní faktory (např. akulturační stres u imigrantů). Relativní riziko PTSD u konkrétního vystavení traumatu (např. náboženské pronásledování) se také může lišit mezi kulturními skupinami. Klinická manifestace symptomů nebo shluky symptomů PTSD se mohou kulturně odlišovat, a to především co se týče symptomů vyhýbání se otupování pocitů, stresujících snů a somatických symptomů (např. závrať, neschopnost popadnout dech, pocity horka).

Kulturní faktory a způsoby vyjádření stresu ovlivňují manifestace PTSD a škálu komorbidních poruch v různých kulturách tím, že poskytují behaviorální a kognitivní vzorce, které spojují vystavení traumatům se specifickými symptomy. Například symptomy panického záchvatu u PTSD mohou být výrazné u Kambodžanů a Latinoameričanů z důvodu asociace vystavení traumatu s panickými záchvaty *khyâl* a tzv. *ataque de nervios*. Hodnocení lokálních manifestací PTSD by mělo zahrnovat hodnocení kulturních konceptů stresu (viz kapitolu „Kulturní vlivy“ v sekci III).

Diagnostické faktory vázané na pohlaví

PTSD se více vyskytuje u žen než u mužů v průběhu celého života. V obecné populaci trvá PTSD delší dobu u žen než u mužů. Přinejmenším část zvýšeného rizika PTSD u žen lze podle všeho přiřítat větší pravděpodobnosti vystavení traumatickým událostem, jako je znásilnění a jiné formy násilí. V populacích, které jsou specificky vystavené těmto stresorům, jsou rozdíly v riziku vzniku PTSD související s pohlavím mírnější nebo bezvýznamné.

Riziko sebevraždy

Traumatické události, jako je zneužívání v dětství, zvyšují riziko sebevraždy. PTSD je spojována se sebevražednou ideací a pokusy o sebevraždu a přítomnost této poruchy může indikovat, kteří jedinci s ideací mohou nakonec sebevraždu plánovat, nebo dokonce pokus o sebevraždu uskutečnit.

Funkční důsledky posttraumatické stresové poruchy

PTSD je spojena s vysokou úrovní sociálního, profesního a fyzického znevýhodnění, stejně jako s významnými ekonomickými náklady a vysokou spotřebou léčiv. Funkční narušení se projevuje napříč sociální, vztahovou, vývojovou, vzdělávací, pracovní oblastí i v oblasti fyzického zdraví. V komunitách a u válečných veteránů byla zjištěna souvislost PTSD se špatnými rodinnými vztahy, absencemi v práci, nižšími příjmy, menšími úspěchy v oblasti vzdělání a kariéry.

Diferenciální diagnóza

Poruchy přizpůsobení. U poruchy přizpůsobení může mít stresor na rozdíl od stresoru vyžadovaného kritériem A u PTSD jakoukoli závažnost a být jakéhokoli typu. Diagnóza poruchy přizpůsobení se používá, pokud reakce na stresor splňuje kritérium A pro PTSD, ovšem nesplňuje žádné z dalších kritérií pro PTSD (nebo kritéria pro jinou duševní poruchu). Poruchy přizpůsobení se také diagnostikují, je-li