

Diagnostické znaky

Jestliže se děti se selektivním mutismem při sociální interakci setkají s ostatními, nezahajují hovor nebo při hovoru s druhými reagují nepřímě. Absence řeči se vyskytuje v sociální interakci s dětmi nebo dospělými. Děti se selektivním mutismem mluví doma v přítomnosti nejbližších členů rodiny, ale často nehovoří ani před blízkými kamarády nebo vzdálenějšími příbuznými, jako jsou prarodiče nebo bratrance a sestřenice. Porucha se často vyznačuje vysokou sociální úzkostlivostí. Děti se selektivním mutismem často odmítají mluvit ve škole, což vede k studijnímu nebo školnímu neúspěchu, protože pro učitele je často obtížné hodnotit dovednosti, jako je třeba čtení. Nedostatek mluvení může narušovat sociální komunikaci, ačkoli děti s touto poruchou někdy komunikují neartikulovaně nebo neverbálně (např. bručením, ukazováním, psaním) a mohou být ochotné nebo dychtivé se projevit nebo se zapojit do sociálních aktivit, když při nich není vyžadována řeč (např. neverbální role ve školních divadelních hrách).

Přidružené znaky podporující diagnózu

Přidružené znaky selektivního mutismu mohou zahrnovat nadměrnou stydlivost, strach jedince, že se společensky znemožní, sociální izolaci a stažení, citovou závislost, nutkavé rysy, negativismus, výbuchy vzteku nebo mírné opoziční chování. Ačkoli děti s touto poruchou obvykle disponují normálními jazykovými dovednostmi, může se u nich někdy objevit přidružená porucha komunikace, přestože žádná konkrétní spojitost se specifickými poruchami komunikace nebyla nalezena. Ačkoli jsou přítomny tyto poruchy, může být přítomna i úzkost. V klinických vzorcích mají děti se selektivním mutismem téměř vždy nějakou další úzkostnou poruchu – nejčastěji sociální úzkostnou poruchu (sociální fobii).

Prevalence

Selektivní mutismus je relativně ojedinělá porucha a nebývá zahrnována jako diagnostická kategorie do epidemiologických studií prevalence dětských onemocnění. Prevalence v různých klinických nebo školních populacích se pohybuje v rozmezí 0,03–1 % v závislosti na prostředí (např. klinické vs. školní prostředí vs. obecná populace) a věku jedinců ve vzorku. Zdá se, že se prevalence poruchy neliší podle pohlaví nebo rasy/etnické příslušnosti. Porucha se pravděpodobněji projevuje v raném dětství než v dospívání nebo dospělosti.

Vývoj a průběh

Selektivní mutismus začíná obvykle před 5. rokem věku, ale porucha nemusí vyžadovat klinickou péči až do nástupu do školy, kde narůstá sociální interakce a plnění úkolů, jako je čtení nahlas. Trvání poruchy je variabilní. Ačkoli klinické studie tvrdí, že mnoho jedinců ze selektivního mutismu „vyroste“, longitudinální průběh nemoci je neznámý. V některých případech, zejména u jedinců se sociální úzkostnou poruchou, může selektivní mutismus vymizet, ale příznaky sociální úzkosti přetrvávají.

Rizikové a prognostické faktory

Temperamentové. Rizikové temperamentové faktory pro selektivní mutismus nelze dobře rozeznat. Roli může hrát negativní afektivita (neuroticismus) nebo inhibice chování, stejně jako přítomnost studu u rodičů, sociální izolace a sociální úzkosti. Děti se selektivním mutismem mohou mít nepatrné potíže s porozuměním řeči v porovnání se svými vrstevníky, ačkoli sociální porozumění je stále v normě.

Environmentální. Jako model pro sociální rezervovanost a selektivní mutismus v dětství mohou sloužit sociální zábrany na straně rodičů. Navíc rodiče dítěte se

selektivním mutismem byli popsáni jako hyperprotektivní nebo více kontrolující než rodiče dětí s jinou úzkostnou poruchou nebo zdravých dětí.

Genetické a fyziologické. Kvůli významnému překrývání mezi selektivním mutismem a sociální úzkostnou poruchou mohou u těchto poruch působit společně genetické faktory.

Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

Děti v rodinách přistěhovalců ze zemí, kde se mluví jiným jazykem, mohou odmítat mluvit novým jazykem vzhledem k jeho nedostatečné znalosti. Jestliže je porozumění novému jazyku adekvátní, ale nechota mluvit přetrvává, diagnóza selektivního mutismu může být oprávněná.

Funkční důsledky selektivního mutismu

Selektivní mutismus může vyústit v sociální narušení, protože děti s touto poruchou mohou být příliš úzkostné, než aby se zapojily do oboustranné sociální interakce s jinými dětmi. Když děti se selektivním mutismem dospívají, mohou čelit narůstající sociální izolaci. Ve školním prostředí mohou tyto děti trpět narušením v oblasti studia, protože o svých studijních či osobních potřebách často nekomunikují s učitelem (např. nerozumí úkolu, nezeptají se, zda si smějí odskočit). Je běžné těžké funkční narušení ve školní a sociální oblasti včetně narušení vyvolaného posměchem vrstevníků. V některých případech může selektivní mutismus sloužit jako kompenzační strategie ke snížení úzkostné excitace v sociálních setkáních.

Diferenciální diagnóza

Poruchy komunikace. Selektivní mutismus by se měl odlišovat od poruch řeči, jež lze lépe vysvětlit poruchami komunikace, jako je porucha jazyka a řeči, porucha artikulace řeči (dříve fonologická porucha), porucha plynulosti řeči s počátkem v dětství (kóktavost) nebo sociální (pragmatická) porucha komunikace. Na rozdíl od selektivního mutismu není porucha řeči omezena na specifickou sociální situaci.

Neurovývojové poruchy, schizofrenie a jiné psychotické poruchy. Jedinci s poruchou autistického spektra, schizofrenií, jinou psychotickou poruchou nebo s těžkým postižením intelektu mohou mít problémy v sociální komunikaci a být neschopni mluvit v sociálních situacích přiměřeně. Oproti tomu selektivní mutismus by měl být diagnostikován, pouze když byla u dítěte zjištěna schopnost mluvit v některých sociálních situacích (obvykle to dokáže doma).

Sociální úzkostná porucha (sociální fobie). Sociální úzkost a sociální vyhýbání u sociální úzkostné poruchy může být spojeno se selektivním mutismem. V těchto případech můžeme stanovit obě diagnózy.

Komorbidity

Nejběžnějšími komorbidity poruchami jsou jiné úzkostné poruchy, nejčastěji sociální úzkostná porucha, následovaná separační úzkostí a specifickými fobiemi. U dětí se selektivním mutismem byl zaznamenán výskyt opozičního chování, ačkoli to může být omezeno na situace, ve kterých je požadován hovor. U některých dětí se selektivním mutismem se mohou objevit také opoždění nebo poruchy komunikace.

Specifické fobie

Diagnostická kritéria

- A. Výrazný strach nebo úzkost ze specifického objektu či situace (např. létání, výšky, zvířata, injekce, krev).
Poznámka: U dětí se může strach či úzkost projevat pláčem, záchvaty vzteku, ztuhnutím nebo lepením se na rodiče.
- B. Fobický objekt nebo situace téměř vždy vyvolává bezprostřední strach nebo úzkost.
- C. Jedinec se fobickému objektu nebo situaci aktivně vyhýbá nebo je snáší s intenzivním strachem či úzkostí.
- D. Strach nebo úzkost nejsou úměrné aktuálnímu ohrožení, které představuje daný objekt nebo situace, a sociokulturnímu kontextu.
- E. Strach, úzkost nebo vyhýbání je trvalé, obvykle trvá 6 měsíců nebo více.
- F. Strach, úzkost nebo vyhýbání zapříčiňuje klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti.
- G. Poruchu lze lépe vysvětlit příznaky jiné duševní nemoci, včetně strachu, úzkostí a vyhýbání se situacím, spojenými s příznaky podobnými panice nebo jinými ochromujícími příznaky (jako u agorafobie); objekty nebo situacemi spojenými s obsesí (jako u obsedantně-kompulzivní poruchy); vtíravými myšlenkami na traumatickou událost (jako u posttraumatické stresové poruchy); odloučením od domova nebo významných druhých osob (jako u separační úzkostné poruchy); nebo sociálními situacemi (jako u sociální úzkostné poruchy).

Specifikujte:

Kódy založené na fobickém stimulu:

300.29 (F40.218) Zvíře (např. pavouci, hmyz, psi).

300.29 (F40.228) Přírodní prostředí (např. výšky, bouřky, voda).

300.29 (F40.23x) Krev-injekce-zranění (např. jehly, invazivní lékařské zákroky).

Kódovací poznámka: Vyberte specifický kód z MKN-10-CM jako u následujících: **F40.230** strach z krve; **F40.231** strach z injekcí a transfuzí; **F40.232** strach z jiné lékařské péče; **F40.233** strach ze zranění.

300.29 (F40.248) Situační (např. v letadle, výtahu, uzavřených prostorách).

300.29 (F40.298) Jiné (např. situace, které mohou vést k dušení nebo zvracení; u dětí např. hlasité zvuky či lidé v maskách).

Kódovací poznámka: Je-li přítomen více než jeden fobický stimul, kódujte všechny s pomocí kódů MKN-10-CM, které platí (např. pro strach z hadů a létání, **F40.218** specifická fobie ze zvířat a **F40.248** specifická situační fobie).

Specifikátory

Je běžné, že jedinci mají několik specifických fobií. Průměrný jedinec se specifickou fobií se bojí tří objektů nebo situací a přibližně 75 % jedinců se specifickou fobií se bojí více než jednoho objektu či situace. V takových případech je potřeba stanovit diagnózu mnohočetné specifické fobie; každý diagnostický kód pak bude odrážet příslušný fobický stimul. Má-li například jedinec strach z bouřek a létání, můžeme u něj stanovit dvě diagnózy: specifickou fobii z přírodního prostředí a specifickou situační fobii.

Diagnostické znaky

Klíčovým znakem této poruchy je, že se strach nebo úzkost omezují na konkrétní situaci nebo konkrétní objekt (kritérium A), které lze označit jako fobické podněty. Pro upřesnění jsou přidány kategorie obávaných objektů nebo situací.

Mnoho jedinců se bojí objektů nebo situací z více než jedné kategorie fobických podnětů. Pro diagnózu specifické fobie musí být reakce na podnět odlišná od normálního přechodného strachu, jež se v populaci běžně vyskytuje. Pro splnění tohoto kritéria musí být strach nebo úzkost intenzivní či závažné (tzn. výrazné; kritérium A). Intenzita prožívaného strachu se může měnit podle blízkosti obávaného objektu či situace; strach se může objevit při anticipaci nebo v přítomnosti objektu nebo situace. Strach nebo úzkost mohou mít rovněž podobu plně nebo částečně vyjádřené panické ataky (tzn. očekávané panické ataky). Jinou charakteristikou specifické fobie je, že strach nebo úzkost se projeví téměř vždy, když se jedinec dostane do kontaktu s fobickým podnětem (kritérium B). U jedince, který se stane úzkostným pouze občas, když je konfrontován se situací nebo objektem (např. pociťuje úzkost jenom při každém pátém letu letadlem), tudíž nemůže být specifická fobie diagnostikována. Nicméně stupeň strachu nebo úzkosti se při různých příležitostech setkání s fobickým objektem nebo situací může měnit (od anticipační úzkosti po plně vyjádřenou panickou ataku) vzhledem k mnoha souvisejícím faktorům, jako je přítomnost druhých, trvání expozice objektu a jiné hrůzy nahánějící prvky, jako jsou turbulence v průběhu letu u jedince, který se bojí létání. Strach či úzkost jsou často vyjádřeny různě u dětí a dospělých. Navíc strach nebo úzkost nastupuje okamžitě po setkání s fobickým objektem nebo situací (tzn. spíše okamžitě než s časovým odstupem).

Jedinec se takovým situacím aktivně vyhýbá, a pokud toho není schopen či se rozhodne se jim nevyhnout, situace nebo objekt v něm vyvolá intenzivní strach či úzkost (kritérium C). Aktivně se vyhýbat znamená, že se jedinec úmyslně chová tak, aby vyloučil nebo minimalizoval kontakt s fobickým objektem nebo situací (např. při strachu z výšek jede do práce tunelem místo přes most; vyhýbá se temným místnostem ze strachu z pavouků; nepřijme práci v místě, kde je více fobických podnětů, než je běžné). Vyhýbavé chování je často zřejmé (např. jedinec, který se bojí krve, odmítá jít k lékaři), ale někdy je méně zřetelné (např. jedinec, který se bojí hadů, se odmítá podívat na obrázek, který se tvarem podobá hadu). Mnoho jedinců se specifickou fobií po mnoho let trpí a své životní podmínky si utváří tak, aby se vyhnuli fobickým objektům a situacím, jak je to jen možné (např. jedinec s diagnostikovanou fobií ze zvířat, který se přestěhuje do oblasti, v níž se konkrétní zvíře, jehož se bojí, nevyskytuje). Proto už ve svém životě nezažívají strach nebo úzkost. V těchto případech se může vyhýbavé chování nebo přetrvávající odmítání zapojit do situací, které mohou zapříčinit vystavení fobickému objektu nebo situaci (např. opakované odmítání přijmout nabídku pracovních cest ze strachu z létání), napomoci potvrzení diagnózy při absenci zjevné úzkosti nebo paniky.

Strach nebo úzkost jsou neúměrné skutečnému nebezpečí, které hrozí ze strany objektu nebo situace, nebo je silnější, než je považováno za nutné (kritérium D). Ačkoli jedinci se specifickou fobií často uznávají, že je jejich reakce nepřiměřená, mají tendenci zveličovat nebezpečí plynoucí z obávané situace a je na klinickém pracovníku, aby posoudil, zda je reakce neúměrná. Zohlednit by se také mělo sociokulturní prostředí jedince. Například strach ze tmy může být v kontextu probíhajících násilí smysluplný, zatímco strach z hmyzu může být neúměrný v prostředí, kde je hmyz konzumován. Strach, úzkost nebo vyhýbavé chování je trvalé, obvykle trvá 6 měsíců a déle (kritérium E), což pomáhá odlišit tuto poruchu od přechodného strachu, který je v populaci, především u dětí, běžný. Nicméně kritérium trvání příznaků by mělo být použito jako obecné vodítko s tolerancí pro určitý stupeň flexibility. Aby mohla být specifická fobie diagnostikována, musí být příčinou klinicky významné nepohody nebo funkčního narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti (kritérium F).

Přidružené znaky podporující diagnózu

Jedinci se specifickou fobií obvykle zažívají zvýšení fyziologické excitace při očekávaném nebo probíhajícím vystavení fobickému objektu nebo situaci. Samotná fyziologická reakce na obávaný objekt nebo situaci se však liší. Zatímco jedinci se situační specifickou fobií z přírodního prostředí a zvířat pravděpodobně vykazují excitaci sympatiku, u jedinců se specifickou fobií z krve/injekcí/zranění často dochází k vazovagálnímu mdlobám nebo mráкотné reakci, což je zapříčiněno počáteční krátkou akcelerací srdeční frekvence a zvýšením krevního tlaku, po němž následuje zpomalení srdeční frekvence a pokles krevního tlaku. Současné modely nervového systému u specifických fobií zdůrazňují amygdalu a s ní související struktury stejně jako u ostatních úzkostných poruch.

Prevalence

Roční prevalence výskytu specifických fobií se v USA odhaduje zhruba na 7–9 %. Prevalence v evropských zemích je podobná jako v USA (např. kolem 6 %), zatímco míra výskytu je obecně nižší v Asii, Africe a Latinské Americe (2–4 %). Prevalence je přibližně 5 % u dětí a zhruba 16 % u 13–17letých. Prevalence je nižší u starších lidí (3–5 %), což nejspíše odráží závažnost klesající na subklinickou úroveň. Ženy jsou postiženy častěji než muži, v míře zhruba 2:1, ačkoli míra se liší na základě fobického stimulu. Situační specifické fobie ze zvířat a přírodního prostředí se více vyskytují u žen, zatímco fobie z krve/injekcí/zranění se vyskytují téměř stejně u obou pohlaví.

Vývoj a průběh

Specifické fobie se někdy rozvíjejí po traumatické události (např. napadení zvířetem nebo uvíznutí ve výtahu), nebo po tom, co jedinec viděl, jak trauma zažívají jiní lidé (např. viděl někoho, kdo utonul), po prožitku neočekávané panické ataky v dané situaci (např. nečekaná panická ataka v metru), nebo po informačním vysílání (např. rozsáhlá mediální reportáž o letecké havárii). Nicméně mnoho jedinců se specifickou fobií si není schopno vybavit konkrétní důvod vzniku své fobie. Specifická fobie se obvykle rozvíjí v raném dětství, většina případů se rozvine před 10. rokem věku. Věk na začátku poruchy je mezi 7 a 11 lety, průměr je kolem 10 let. Situační specifické fobie se rozvíjejí spíše v pozdějším věku než fobie z přírodního prostředí, zvířat či krve/injekcí/zranění. Specifické fobie, které vznikly v dětství a v adolescenci, pravděpodobně narůstají a slábnou v tomto období. Nicméně fobie, které přetrvávají do dospělosti, pravděpodobně u většiny jedinců nepoleví.

Je-li specifická fobie diagnostikována v dětství, měly by být zváženy dvě věci. Za prvé, malé děti mohou vyjadřovat svůj strach a úzkost pláčem, záchvaty vzteku, ztuhnutím nebo lepením se na rodiče. Za druhé, malé děti obecně nejsou schopny porozumět pojmu vyhýbání. Z toho důvodu by měl klinický pracovník shromáždit další informace od rodičů, učitelů a jiných osob, které dítě dobře znají. Nadměrný strach je celkem běžný u malých dětí, ale obvykle je přechodný a pouze lehce narušující, a je tedy považován za vývojově přiměřený. V těchto případech by diagnóza specifické fobie neměla být stanovena. Je-li diagnóza specifické fobie zvažována u dítěte, je důležité posoudit stupeň narušení a míru strachu, úzkosti nebo vyhýbavého chování, a zda je to typické pro vývojový stupeň daného dítěte.

Ačkoli je prevalence specifických fobií nižší u starších lidí, stále je to jedna z nejběžnějších poruch v pozdním věku. Při stanovení diagnózy specifické fobie u starších lidí by mělo být zváženo několik věcí. Za prvé, starší jedinci budou spíše vykazovat známky specifických fobií z přírodního prostředí a fobií z pádu. Za druhé, specifické fobie (jako všechny úzkostné poruchy) mají u starších jedinců tendenci vyskytovat se spolu s obavami o zdraví, včetně koronárních srdečních chorob a chronické obstrukční pulmonální choroby. Za třetí, starší lidé mohou spíše připisovat

příznaky úzkosti zdravotním onemocněním. Za čtvrté, starší jedinci mohou spíše považovat úzkost netypickými způsoby (např. spojení příznaků deprese a úzkosti), a tudíž je oprávněnější jim diagnostikovat nespecifikovanou úzkostnou poruchu. Přítomnost specifické fobie je navíc v pozdní dospělosti spojena se sníženou kvalitou života a může být rizikovým faktorem pro závažnou neurokognitivní poruchu. Ačkoli se většina specifických fobií rozvíjí v dětství a adolescenci, mohou se rozvinout v jakémkoli věku, často jako důsledek traumatické události. Například fobie z dušení téměř vždy následuje těsně po události, ve které se jedinec dusil, a to v každém věku.

Rizikové a prognostické faktory

Temperamentové. Rizikové temperamentové faktory pro specifické fobie, jako je negativní afektivita (neuroticismus) nebo inhibované chování, jsou rizikovými faktory i pro ostatní úzkostné poruchy.

Environmentální. Environmentální rizikové faktory pro specifické fobie, jako je rodičovská hyperprotektivita, ztráta rodiče nebo odloučení do něj, fyzické a sexuální zneužívání, mají tendenci jedince predisponovat i k ostatním úzkostným poruchám. Jak bylo řečeno výše, negativní nebo traumatické setkání s obávaným objektem nebo situací někdy předchází vzniku specifické fobie.

Genetické a fyziologické. Mohou existovat genetické dispozice k určité kategorii specifických fobií (např. u jedince s příbuzností prvního stupně k jedinci se specifickou fobií ze zvířat je významně větší pravděpodobnost vzniku této fobie než fobie jiné kategorie). Jedinci s fobií z krve/injekcí/zranění vykazují příznačnou náchyllost k vasovagální synkopě (mdlobám) v přítomnosti fobického podnětu.

Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

Asiaté a Hispánci v USA vykazují významně nižší míru specifických fobií než nehispanští běloši, Afroameričané a původní obyvatelé. Kromě nižší prevalence specifických fobií se v některých zemích mimo USA, zejména asijských a afrických, objevuje odlišný obsah fobií, věk začátku a poměr prevalence mezi pohlavími.

Riziko sebevraždy

U jedinců se specifickou fobií je o více než 60 % větší pravděpodobnost, že se pokusí o sebevraždu, než u lidí bez této diagnózy. Avšak tato vysoká míra je pravděpodobně především důsledkem komorbidit s poruchami osobnosti a jinými úzkostnými poruchami.

Funkční důsledky specifických fobií

Jedinci se specifickou fobií vykazují stejnou formu funkčního narušení v psychosociální oblasti a pokles kvality života jako jedinci s jinou úzkostnou poruchou nebo poruchami užívání látek či alkoholu, včetně funkčního narušení v pracovní a interpersonální oblasti. V pozdní dospělosti může být narušení patrné v sebeobsluze a dobrovolných aktivitách. Rovněž strach z pádu u starších lidí může vést k omezení hybnosti a funkčnímu omezení fyzického výkonu a v sociální oblasti může vést k přijetí formální nebo neformální domácí péče. Nepohoda a narušení zapříčiněné specifickou fobií mají sklon silit s počtem obávaných objektů a situací. A tak u jedince, který se bojí čtyř objektů či situací, dojde k funkčnímu narušení v pracovní a sociální oblasti a kvalita jeho života bude pravděpodobně nižší než u jedince, který se bojí pouze jednoho objektu nebo situace. Jedinci se specifickou fobií z krve/injekcí/zranění často navzdory svým zdravotním problémům odmítají lékařskou péči. Strach ze zvracení a dušení může navíc značně snížit příjem potravy.

Diferenciální diagnóza

Agorafobie. Situační specifická fobie může připomínat agorafobii v její klinické podobě, což je dáno překrýváním obávaných situací (např. létání, uzavřené prostory, výtahy). Pokud se jedinec bojí pouze jedné z agorafobických situací, může být diagnostikována specifická situační fobie. Pokud se obává dvou nebo více agorafobických situací, je oprávněnější diagnóza agorafobie. Například jedinec, který se bojí v letadle a ve výťahu (což se překrývá s agorafobickými situacemi v prostředcích hromadné dopravy), ale nebojí se v jiných agorafobických situacích, by byl diagnostikován situační specifickou fobií, kdežto jedinec, který se bojí v letadle, ve výťahu a v davu (což se překrývá se dvěma agorafobickými situacemi – využití veřejné dopravy a stání ve frontě či pobyt v davu), by byl diagnostikován agorafobií. Pro odlišení agorafobie od specifické fobie může být také užitečné kritérium B u agorafobie (jedinec se situace obává nebo se jí vyhýbá, protože si myslí, že by bylo obtížné z ní uniknout nebo že by tam nebyla dostupná pomoc v případě rozvoje panických příznaků nebo jiných ochromujících zahanbujících příznaků). Jestliže se jedinec obává situací z jiného důvodu, třeba ze strachu, že bude zraněn daným objektem nebo v dané situaci (např. strach z pádu letadla, strach z pokousání zvířetem), je vhodnější diagnostikovat specifickou fobii.

Sociální úzkostná porucha. Jestliže se jedinec situací obává kvůli negativnímu ohodnocení ze strany druhých osob, měla by být diagnostikována spíše sociální úzkostná porucha než specifická fobie.

Separční úzkostná porucha. Jestliže se jedinec situace bojí kvůli odloučení od primární pečovatelské nebo vztahové osoby, měla by být diagnostikována spíše separční úzkostná porucha než specifická fobie.

Panická porucha. Jsou-li jedinci se specifickou fobií konfrontováni s obávaným objektem, mohou zakoušet panické ataky. Diagnóza specifické fobie by měla být stanovena, pokud se panické záchvaty vyskytují pouze jako reakce na specifický objekt nebo situaci, zatímco diagnóza panické poruchy by měla být stanovena, pokud jedinec zažívá také neočekávané panické záchvaty (které nejsou reakcí na konkrétní fobický objekt nebo situaci).

Obsedantně-kompulzivní porucha. Jestliže primární strach nebo úzkost jedince pramení z objektu nebo situace jako reakce na obsesi (např. strach z krve v důsledku obsedantních myšlenek na kontaminaci krve patogeny [např. HIV]; strach z řízení kvůli jedincově obsedantní představě, že někoho zraní) a jestliže jsou ostatní diagnostická kritéria pro obsedantně-kompulzivní poruchu naplněna, měla by být diagnostikována obsedantně-kompulzivní porucha.

Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem. Jestliže se fobie rozvine následně po traumatické události, měla by být zvažována posttraumatická stresová porucha (PTSD). Nicméně traumatická událost může předcházet rozvoji PTSD i specifické fobie. V tomto případě je diagnóza specifické fobie stanovena pouze tehdy, nejsou-li naplněna kritéria pro PTSD.

Poruchy příjmu potravy. Diagnóza specifické fobie není stanovena, je-li vyhýbavé chování omezeno pouze na vyhýbání se jídlu a s jídlem spojeným podnětům; v tomto případě bychom měli zvážit stanovení diagnózy mentální anorexie nebo mentální bulimie.

Poruchy schizofrenního spektra a jiné psychotické poruchy. Je-li strach a vyhýbavé chování důsledkem bludného myšlení (jako u schizofrenie a jiných poruch schizofrenního spektra a jiných psychotických poruch), není diagnóza specifické fobie namístě.

Komorbidita

V lékařském a klinickém prostředí se specifická fobie bez přítomnosti jiné psychopatologie vyskytuje málokdy a častěji se s ní setkáváme v nemedicínských zařízeních souvisejících s duševním zdravím. Specifická fobie je často spojena se škálou jiných poruch, zvláště s depresí v pozdní dospělosti. Kvůli časnému rozvoji je specifická fobie obvykle časově prvotní poruchou. U jedinců se specifickou fobií je zvýšené riziko rozvoje jiných poruch, včetně jiných úzkostných poruch, depresivní a bipolární poruchy, poruch spojených s užíváním látek, somatických příznaků a přidružených poruch a poruch osobnosti (především závislé poruchy osobnosti).

Sociální úzkostná porucha (sociální fobie) 300.23 (F40.10)

Diagnostická kritéria

- A. Výrazný strach či úzkost z jedné nebo více sociálních situací, ve kterých by jedinec mohl být vystaven zkoumavým pohledům druhých lidí. Mezi příklady patří sociální interakce (např. konverzace, setkání s neznámými lidmi), situace, kdy je jedinec pozorován (např. při jídle nebo pití) a vystupuje před ostatními (např. má projev).
Poznámka: U dětí se úzkost musí vyskytovat i v přítomnosti vrstevníků, a ne jen při interakci s dospělými.
- B. Jedinec se bojí, že bude jednat určitým způsobem nebo na něm bude patrná úzkost, a ostatní ho proto budou negativně hodnotit (např. bude ponížěn nebo zahanben, ostatní se urazí nebo ho odmítnou).
- C. Sociální situace téměř vždy vyvolávají strach nebo úzkost.
Poznámka: U dětí mohou být strach nebo úzkost vyjádřeny pláčem, záchvaty vzteku, ztuhnutím, přimknutím k rodičům, ucukáváním nebo oněměním v sociálních situacích.
- D. Sociálním situacím se vyhýbá nebo je přetrpí se strachem či úzkostí.
- E. Strach nebo úzkost jsou neúměrné skutečnému ohrožení představovanému sociální situací a sociokulturnímu kontextu.
- F. Strach, úzkost nebo vyhýbavé chování jsou trvalé, obecně trvají 6 měsíců nebo déle.
- G. Strach, úzkost nebo vyhýbavé chování vyvolávají klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti.
- H. Strach, úzkost nebo vyhýbavé chování nelze přisoudit fyziologickým účinkům látek (např. abúzu drog, lékům) nebo jinému somatickému onemocnění.
- I. Strach, úzkost nebo vyhýbavé chování nejsou lépe vysvětlitelné příznaky jiné duševní poruchy, jako je panická porucha, dysmorfofobie či porucha autistického spektra.
- J. Pokud je přítomno jiné somatické onemocnění (např. Parkinsonova choroba, obezita, znetvoření v důsledku popálenin nebo úrazu), strach, úzkost nebo vyhýbavé chování s ním zjevně nesouvisí nebo jsou mu nepřiměřené.