

Specifikujte:

Omezená na strach z vystupování na veřejnosti. Je-li strach omezen na mluvení nebo vystupování na veřejnosti.

Specifikátory

Jedinci s typem sociální úzkostné poruchy omezujícím se pouze na veřejné vystupování jsou typicky omezeni strachem ve svém pracovním životě (např. hudebníci, tanečníci, herci, atleti) nebo ve funkcích, které vyžadují pravidelné mluvení na veřejnosti. Strach z vystupování se může projevat také v pracovním, školním nebo akademickém prostředí, kde je vyžadováno pravidelné mluvení před lidmi. Jedinci s typem sociální úzkostné poruchy omezeným na vystupování na veřejnosti se nebojí nebo se nevyhýbají sociálním situacím, při nichž nevystupují.

Diagnostické znaky

Hlavním znakem sociální úzkostné poruchy je zřetelný nebo intenzivní strach či úzkost ze sociálních situací, ve kterých jedinec může být bedlivě sledován druhými. U dětí se strach nebo úzkost musí vyskytovat v prostředí vrstevníků, ne pouze v průběhu interakce s dospělými (kritérium A). Je-li těmto sociálním situacím jedinec vystaven, bojí se, že bude negativně hodnocen. Obává se, že bude posouzen jako úzkostný, oslabený, šílený, hloupý, nudný, děsivý, špinavý nebo nesympatický. Jedinec se bojí, že bude jednat nebo vypadat určitým způsobem nebo na něm budou vidět příznaky úzkosti, jako je zrudnutí, třes, pocení, zadržávání ve slovech či strnulý pohled, což bude ostatními hodnoceno negativně (kritérium B). Někteří jedinci se bojí, že druhé urazí nebo kvůli tomu budou odmítnuti. Strach z urážky druhých – například zíráním nebo projevem příznaků úzkosti – může být převládajícím strachem u jedinců z kultur se silnou kolektivistickou orientací. Jedinci se strachem z třesu rukou se mohou vyhýbat pití, jídlu, psaní nebo ukazování na veřejnosti; jedinci se strachem z pocení se mohou vyhýbat potřesení rukou nebo ostrým jídlům; jedinci se strachem z červenání se mohou vyhýbat veřejným vystoupením, jasným světlům nebo diskusím na intimní témata. Někteří jedinci se bojí a vyhýbají se močení na veřejných záchodcích, pokud jsou tam přítomni další lidé (tzn. paruréza či syndrom stydlivého močového měchýře).

Sociální situace téměř vždy vyvolávají strach nebo úzkost (kritérium C). Jedinci, kteří v sociálních situacích pociťují úzkost pouze občas, by neměli být sociální úzkostnou poruchou diagnostikováni. Nicméně stupeň a typ strachu a úzkosti se může v různých situacích měnit (např. anticipační úzkost, panická ataka). Anticipační úzkost se může občas vyskytovat dlouho před nadcházející situací (např. každodenní obavy po mnoho týdnů před návštěvou sociální události, opakování si řeči mnoho dní dopředu). U dětí mohou být strach nebo úzkost vyjádřeny pláčem, záchvaty vzteku, ztuhnutím, přimknutím k rodičům, ucukáváním v sociálních situacích. Jedinec se často obávanou sociální situaci vyhýbá, popřípadě situace přetrpí s intenzivním strachem nebo úzkostí (kritérium D). Vyhýbání se může být značné (např. nechodí na večírky, odmítá jít do školy) nebo sotva patrné (např. nadměrná příprava textu řeči, převedení pozornosti na druhé, omezení očního kontaktu).

Strach či úzkost jsou hodnoceny neúměrně skutečnému riziku negativního hodnocení či následkům takového negativního hodnocení (kritérium E). Někdy nemusí být úzkost považována za nadměrnou, jelikož se vztahuje ke skutečnému nebezpečí (např. šikana či trýznění ostatními). Nicméně jedinci se sociální fobií často přeceňují negativní důsledky společenských situací, a tak míru neúměrnosti posoudí klinický pracovník. Ten přitom musí vzít v úvahu sociokulturní kontext daného jedince. Například chování, které by se mohlo jevit sociálně úzkostným, může být v určitých kulturách a společenských situacích považováno za přijatelné (např. může být vnímáno jako známka úcty).

Obtíže typicky trvají alespoň 6 měsíců (kritérium F). Tento práh trvání pomáhá rozlišit poruchu od přechodného sociálního strachu, který je častý zejména u dětí a v běžné populaci. Nicméně kritérium doby trvání by mělo být používáno jako obecné vodítko s tolerancí pro určitý stupeň flexibility. Strach, úzkost a vyhýbání musí značně zasahovat do běžného života daného jedince, pracovní či studijní oblasti, sociálních aktivit a vztahů; či musí působit klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní či jiné důležité oblasti (kritérium G). Například u jedince, který se bojí mluvit na veřejnosti, není diagnóza sociální fobie stanovena, pokud se tato aktivita nevyskytuje často na pracovišti či ve škole a pokud při ní jedinec do značné míry nestrádá. Pokud se však jedinec vyhýbá práci či vzdělání, které si velmi přeje, či je odmítnut kvůli symptomům sociální fobie, je kritérium G splněno.

Přidružené znaky podporující diagnózu

Jedinci se sociální fobií mohou být nedostatečně asertivní či nadměrně submisivní anebo méně často přehnaně kontrolují průběh konverzace. Mohou vykazovat příliš rigidní postoj těla či neadekvátní oční kontakt nebo mluvit příliš tiše. Tito lidé mohou být nesmělí či uzavření, v konverzaci méně otevření a sdělují o sobě málo informací. Mohou vyhledávat zaměstnání, která nevyžadují sociální kontakt, což se však netýká jedinců se sociální fobií, která se projevuje jen ve výkonu. Mohou žít déle v původní rodině. Muži se mohou ženit a zakládat rodinu později, zatímco ženy, které by si jinak přály pracovat mimo domov, mohou žít jako matky a ženy v domácnosti. Častá je samoléčba různými látkami (např. pití alkoholu před odchodem na večírek). U starších dospělých se může sociální fobie projevovat zhoršením symptomů různých onemocnění, jako je zvýšený třes či bušení srdce. Charakteristickou tělesnou odezvou sociální fobie je červenání.

Prevalence

Roční odhad prevalence sociální fobie v USA je přibližně 7 %. Z velké části světa jsou známé odhady nižší roční prevalence při použití stejných diagnostických nástrojů. Pohybují se v rozmezí 0,5–2 %; medián prevalence v Evropě je 2,3 %. Hodnoty roční prevalence u dětí a adolescentů jsou srovnatelné s těmi u dospělých. Hodnoty prevalence klesají s věkem. Roční prevalence u starších dospělých se pohybuje v rozmezí 2–5 %. Celkově se v běžné populaci vyskytuje sociální fobie častěji u žen než u mužů (v poměru asi 1,5:2,2) a rozdíl v prevalenci mezi pohlavími je zřetelnější u adolescentů a mladých dospělých. V klinických vzorcích je poměr mezi pohlavími vyrovnaný či mírně vyšší u mužů, což poukazuje na častější vyhledávání pomoci mužskými pacienty. Předpokládá se, že toto chování je zapříčiněno rozdělením genderových rolí podle pohlaví a společenským očekáváním. V USA je prevalence v porovnání s nehispanickým bílým obyvatelstvem vyšší u amerických indiánů a nižší u osob s asijským, latinskoamerickým, afroamerickým a afrokaribským původem.

Vývoj a průběh

Medián věku na začátku sociální fobie je v USA 13 let a u 75 % začíná porucha ve věku 8–15 let. Jak zjistily americké a evropské studie, porucha někdy vzniká na základě anamnézy sociálního zavržení či plachosti v dětství. Její začátek se také může objevit v raném dětství. Začátek sociální fobie může být spojen se stresující či ponižující událostí (např. šikana, zvracení během veřejného proslovu) nebo může být plíživý a může se vyvíjet pozvolna. Začátek až v dospělosti je relativně vzácný, s vyšší pravděpodobností výskytu po stresující či ponižující události nebo po životních změnách, jež vyžadují zaujetí nových sociálních rolí (např. svatba s někým z jiné sociální třídy, povýšení v práci). Sociální fobie může vymizet, jakmile jedinec s obavami

z navazování partnerských vztahů uzavře sňatek, a může se znovu objevit po rozvodu. U lidí v klinické péči je často porucha obzvláště perzistentní.

Ve srovnání s mladšími dětmi vykazují adolescenti širší vzorec strachu a vyhýbání, včetně vzorce navazování partnerských vztahů. Starší dospělí vyjadřují sociální úzkost na nižší úrovni, ale napříč širším spektrem situací, kdežto mladší dospělí vyjadřují vyšší úroveň sociální úzkosti ve specifických situacích. U starších dospělých se může sociální fobie týkat handicapu v důsledku slábnoucích smyslových funkcí (sluch, zrak) či pocitu trapnosti v důsledku vlastního vzhledu (např. třes jako symptom Parkinsonovy nemoci) či funkčnímu narušení v důsledku zdravotních obtíží, inkontinence či zhoršení kognitivních funkcí (např. zapomíná jména lidí). Přibližně 30 % jedinců se sociální fobií zažije remisi symptomů do jednoho roku a okolo 50 % zažije remisi do několika let. Přibližně 60 % jedinců bez specifické léčby zažívá sociální fobii několik let i déle.

Rozpoznání sociální fobie u starších dospělých může být obtížné vzhledem k mnoha faktorům, jako je například soustředění na tělesné symptomy, výskyt komorbidních nemocí, omezený vzhled, změny v sociálním prostředí či rolích, které mohou zakrývat funkční narušení v sociální oblasti či zdrženlivost při popisu duševní nepohody.

Rizikové a prognostické faktory

Temperamentové. Základní znaky, které predisponují jedince k sociální fobii, zahrnují behaviorální zábrany a strach z negativního hodnocení.

Environmentální. Časté špatné zacházení v dětství či jiné psychické strádání v raném dětství nemají k rozvoji sociální fobie kauzální vztah. Nicméně špatné zacházení a strádání v dětství jsou rizikovými faktory pro rozvoj sociální fobie.

Genetické a fyziologické. Znaky, predisponující jedince k sociální fobii, jako například zábrany v chování, jsou silně geneticky podmíněny. Genetický vliv podléhá interakci genů s prostředím, tzn. děti s vysokými zábranami v chování více podléhají vlivům z prostředí, jako je sociálně-úzkostné chování rodičů. Sociální fobie je dědičná (méně u strachu z vystupování na veřejnosti). U příbuzných prvního stupně je dva- až šestkrát vyšší pravděpodobnost, že budou trpět sociální fobií, a nevýhodou je, že nemoc zahrnuje souhru specifických (např. strach z negativního hodnocení) i nespecifických (např. neuroticismus) genetických faktorů.

Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

Syndrom *taijin kyofusho* (např. v Japonsku a Koreji) je často charakterizován obavami ze sociálního hodnocení, jež naplňují kritéria sociální fobie. Obavy jsou spojeny se strachem, že jedinec působí na ostatní lidi tak, že se cítí nesví (např.: „Můj pohled vyvádí lidi z rovnováhy, takže se dívají jinam a vyhýbají se mi.“). Tento strach je někdy prožíván až s intenzitou bludu. Tento symptom je možné nalézt také mimo prostředí Asie. Další projevy *taijin kyofusho* mohou splňovat kritéria pro tělesnou dysmorfofobii či poruchu s trvalými bludy.

Status imigranta je spojen se značně nižším výskytem sociální fobie u latinskoamerických i nelatinských bílých obyvatel. Prevalence sociální fobie nemusí odpovídat úrovni sebeposouzení sociální úzkosti v téže kultuře, tzn. společnosti se silnou kolektivistickou orientací mohou vykazovat vyšší úroveň sociální úzkosti, ale nízkou prevalenci sociální fobie.

Diagnostické faktory vázané na pohlaví

Ženy se sociální fobií zažívají více sociálních strachů a komorbidních depresivních, bipolárních či úzkostných poruch, zatímco muži se spíše obávají navazování

partnerských vztahů, vykazují opoziční vzdorovité chování a užívají alkohol a nelegální drogy za účelem úlevy od symptomů této poruchy. Paruréza je častější u mužů.

Funkční důsledky sociální fobie

Sociální fobie je spojována se zvýšeným výskytem zanechání studia a se sníženou úrovní osobní pohody, zaměstnanosti, produktivity na pracovišti, socioekonomického statusu a kvality života. Sociální fobie je také spojována s lidmi, kteří žijí sami, jsou nesezdaní či rozvedení a nemají děti; obzvláště to platí u mužů. U starších dospělých může nastat zhoršení nezbytné péče o sebe a omezení dobrovolných aktivit. Sociální fobie brání také volnočasovým aktivitám. V západní společnosti vyhledá léčbu pouze asi polovina jedinců se sociální fobií, a to navzdory závažnosti strádání a problémům ve společnosti, spojeným s touto poruchou. Mají tendenci tak učinit až po 15–20 letech zažívání symptomů. Silným prediktorem trvalosti sociální fobie je nezaměstnanost.

Diferenciální diagnóza

Normální plachost. Plachost (např. společenská rezervovanost) je častý osobnostní rys, který není sám o sobě patologický. V některých společnostech je dokonce plachost hodnocena pozitivně. Pokud má však významný negativní vliv na společenský nebo pracovní život či další významné oblasti života, měla by být zvážena diagnóza sociální fobie. Pokud jsou splněna všechna diagnostická kritéria sociální fobie, měla by být porucha diagnostikována. Pouze menšina (12 %) Američanů, kteří sami sebe považují za plaché, má symptomy splňující diagnostická kritéria pro sociální fobii.

Agorafobie. Jedinci s agorafobií se mohou vyhýbat sociálním situacím a obávat se jich (např. jít na film do kina), protože únik by mohl být obtížný nebo by v případě, že uvíznou nebo se u nich vyskytnou symptomy připomínající paniku, nemusela být k dispozici pomoc, zatímco jedinci se sociální fobií se nejvíce bojí, že je druzí budou pozorovat. Jedinci se sociální fobií navíc zůstanou v klidu spíše o samotě, kdežto u agorafobie je tomu častěji naopak.

Panická porucha. Jedinci se sociální fobií mohou zažívat panické záchvaty, nicméně obavy se týkají strachu z negativního hodnocení, zatímco u panické poruchy se obavy týkají samotných panických záchvatů.

Generalizovaná úzkostná porucha. Sociální obavy jsou běžné u generalizované úzkostné poruchy, ale v centru pozornosti je spíše povaha probíhajících vztahů než strach z negativního ohodnocení. Jedinci s generalizovanou úzkostnou poruchou, obzvláště děti, mohou mít nadměrné obavy ohledně kvality svého sociálního výkonu, ale tyto obavy se také vztahují na výkony mimo společnost a na výkony, kdy člověk není hodnocen ostatními. U sociální fobie se obavy zaměřují na sociální výkon a hodnocení druhých.

Separční úzkostná porucha. Jedinci se separční úzkostnou poruchou se mohou vyhýbat sociálnímu prostředí (včetně odmítání chodit do školy), protože se obávají odloučení od významných druhých osob, anebo u dětí nepřítomnosti rodičů, když to již není vývojově adekvátní. Jedinci se separční úzkostnou poruchou se obvykle cítí dobře v sociálním prostředí, ve kterém se vyskytuje osoba, k níž si vytvořili citový vztah, nebo když jsou doma, zatímco ti se sociální fobií mohou prožívat nepohodu, i když společenská událost nastane doma či v přítomnosti významné druhé osoby.

Specifické fobie. Jedinci se specifickými fobiemi se mohou obávat ztrapnění či zesměšnění (např. pocitu trapnosti z toho, že omdlí při odběru krve), ale obvykle se neobávají negativního hodnocení v jiných sociálních situacích.

Selektivní mutismus. Jedinci se selektivním mutismem mohou mít problém mluvit ze strachu z negativního hodnocení, ale neobávají se negativního hodnocení v sociálních situacích, kde není vyžadováno mluvit (např. neverbální hra).

Velká depresivní porucha. Jedinci s velkou depresivní poruchou se mohou obávat negativního hodnocení druhými, protože se domnívají, že jsou špatní nebo si nezaslouží, aby byli oblíbení. Jedinci se sociální fobií se naopak obávají negativního hodnocení z důvodu určitého sociálního chování či tělesných symptomů.

Dysmorfofobie. Jedinci s dysmorfofobií se zabývají jedním či více domnělými nedostatky svého tělesného vzezření, které nejsou pozorovatelné či se ostatním jeví jako nepatrné. Tato myšlenka často vyvolává sociální úzkost a vyhýbání. V případě, že sociální strach a vyhýbání mají původ pouze v přesvědčení o vlastním vzhledu, není diagnóza sociální fobie na místě.

Porucha s bludy. Jedinci s poruchou s bludy mohou mít nebizarní bludy a/nebo halucinace vztahující se k bludnému tématu, týkajícímu se zavržení ostatními či jejich urážky. Ačkoli se míra vzhledu do přesvědčení o sociálních situacích může lišit, mnoho jedinců se sociální fobií dobře chápe, že jejich názory neodpovídají skutečnému ohrožení v dané sociální situaci.

Porucha autistického spektra. Sociální úzkost a deficit v sociální komunikaci jsou poznávacími znaky poruchy autistického spektra. Jedinci se sociální fobií mají zpravidla svému věku adekvátní sociální vztahy a schopnost sociální komunikace, ačkoli mohou při první interakci s neznámými vrstevníky působit dojmem, že mají v těchto oblastech obtíže.

Poruchy osobnosti. Sociální fobie se vzhledem ke svému časnému začátku v dětství a trvání do dospělosti může podobat poruše osobnosti. Nejpatrnější podobnost je s vyhýbavou poruchou osobnosti. Jedinci s vyhýbavou poruchou osobnosti vykazují širší spektrum vyhýbání než ti se sociální fobií. Nicméně sociální fobie je zpravidla komorbidní spíše s vyhýbavou poruchou osobnosti než s jinými poruchami osobnosti a vyhýbavá porucha osobnosti je častěji komorbidní se sociální fobií než s jinými úzkostnými poruchami.

Jiné duševní poruchy. Sociální strach a nepohoda se mohou objevit jako součást schizofrenie, ale obvykle jsou přítomny i další ukazatele psychotických symptomů. Dříve než u nich stanovíme diagnózu sociální fobie, je důležité u jedinců s poruchou příjmu potravy určit, zda není strach či negativní hodnocení symptomů či chování, značící poruchu příjmu potravy (např. užívání projímadel, zvracení), jediným zdrojem sociální úzkosti. Podobně může být i obsedantně-kompulzivní porucha spojena se sociální úzkostí, nicméně přídatná diagnóza sociální fobie je stanovena pouze v případě, že sociální strach a vyhýbání jsou nezávislé na předmětech obsesí a kompulzí.

Jiné somatické onemocnění. Somatická onemocnění mohou doprovázet symptomy, které mohou danému jedinci připadat trapné (např. třes u Parkinsonovy nemoci). Diagnóza sociální fobie by měla být zvážena v případě, kdy je strach z negativního hodnocení v důsledku zdravotních obtíží nadměrný.

Porucha opozičního vzdorů. Odmítání mluvit ze vzdorů vůči autoritám by mělo být odlišeno od neschopnosti mluvit ze strachu z negativního hodnocení.

Komorbidita

Sociální fobie je často komorbidní s jinými úzkostnými poruchami, velkou depresivní poruchou a s poruchami užívání látek. Kromě specifické fobie a separační úzkostné poruchy nástup sociální fobie zpravidla předchází nástupu jiných poruch. Chronická sociální izolace v průběhu sociální fobie může vyústit ve velkou depresivní poruchu. Komorbidita s depresí je vysoká také u starších dospělých. Látky mohou být užívány jako samoléčba sociálního strachu, ale symptomy intoxikace látkou či odvykání (např. třes) mohou být také zdrojem (dalšího) sociálního strachu. Sociální fobie je často komorbidní s bipolární poruchou nebo dysmorfofobií. Například má jedinec dysmorfofobii týkající se zaměření na mírnou nepravidelnost vlastního nosu a také sociální fobii z důvodu silného strachu, že nepůsobí inteligentně. Více generalizovaná forma sociální úzkostné poruchy, ale nikoli sociální fobie z vystupování, je často komorbidní s vyhýbavou poruchou osobnosti. U dětí je běžná komorbidita s vysoce funkčním autismem a selektivním mutismem.

Panická porucha 300.01 (F41.0)

Diagnostická kritéria

- A. Rekurentní neočekávané panické ataky. Panická ataka je náhlý záchvat intenzivního strachu nebo intenzivní nepohody; svého maxima dosáhne během několika minut a během ataky se objevují čtyři (či více) z následujících symptomů:
Poznámka: K náhlému návalu může dojít z klidného nebo úzkostného stavu.
1. Palpitace, bušení srdce nebo zrychlený srdeční tep.
 2. Pocení.
 3. Třes nebo chvění.
 4. Pocity nedostatečnosti dechu nebo dušení.
 5. Pocity dušení.
 6. Bolest nebo nepříjemný pocit na hrudi.
 7. Zvedání žaludku či břišní nevolnost.
 8. Pocit závratě, vrávorání nebo mdloby.
 9. Zimnice nebo návaly horka.
 10. Parestézie (pocity necitlivosti nebo brnění).
 11. Derealizace (pocit neskutečnosti) nebo depersonalizace (odtrženosti od sebe sama).
 12. Strach jedince, že se „zblázní“ či ztratí kontrolu.
 13. Strach ze smrti.
- Poznámka:** Mohou se vyskytnout kulturně podmíněné symptomy (např. pískání v uchu, bolest za krkem, bolest hlavy, nekontrolovatelný křik či pláč). Tyto symptomy by se neměly počítat jako jeden ze čtyř potřebných symptomů.
- B. Alespoň jedna z atak byla následována během 1 měsíce (či více) jedním či více z následujících příznaků:
1. Přetrvávající starost či obava ohledně dalších panických atak či jejich následků (např. ztráta kontroly, infarkt myokardu, obava, že se jedinec „zblázní“).

2. Značná maladaptivní změna v chování, vztahující se k atakám (např. plánovitě chování za účelem vyhnout se panické atace, jako například vyhýbání se cvičení či neznámým situacím).
- C. Obtíže nelze připsat fyziologickým účinkům látek (např. abúzu drog, lékům) nebo jinému somatickému onemocnění (např. hyperthyroidismu, kardiopulmonárním poruchám).
- D. Obtíže nelze lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (např. panické záchvaty se neobjevují pouze v reakci na obávané sociální situace jako u sociální fobie; v reakci na vymezené fobické objekty či situace jako u specifické fobie; v reakci na obsese jako u obsedantně-kompulzivní poruchy; v reakci na připomínky traumatických událostí jako u posttraumatické stresové poruchy; nebo v reakci na odloučení od významných druhých osob jako u separační úzkostné poruchy).

Diagnostické znaky

Panická porucha odkazuje k rekurentním neočekávaným panickým atakám (kritérium A). Panická ataka je náhlý příval intenzivního strachu nebo intenzivní nepohody, která dosáhne svého maxima během několika minut a během níž se objeví čtyři (či více) symptomů ze seznamu 13 tělesných a kognitivních symptomů. Pojem rekurentní doslova znamená, že se objevila více než jedna neočekávaná panická ataka. Pojem neočekávaný odkazuje k panické atace, která nastane bez zjevného podnětu či spouštěče v době svého výskytu, ataka se tedy objeví nenadále, např. když jedinec relaxuje nebo se probouzí ze spánku (noční panická ataka). Naproti tomu očekávané panické ataky jsou takové ataky, které mají zjevný podnět či spouštěč jako situace, ve kterých se panické ataky typicky objevují. Rozhodnutí, zda jsou panické ataky očekávané, či neočekávané, posoudí klinický pracovník, a to po kombinaci pečlivého dotazování ohledně sledu událostí předcházejících či vedoucích k atace a vlastního úsudku daného jedince, zda se ataka objevila bez pádného důvodu. Kulturní interpretace mohou ovlivnit posouzení, zda je ataka očekávaná, či neočekávaná (viz část „Kulturní faktory ovlivňující diagnózu“ pro tuto poruchu). V USA a v Evropě má přibližně polovina jedinců trpících panickými atakami očekávané i neočekávané panické ataky. Přítomnost očekávaných panických atak tím pádem nevyklučuje diagnózu panické poruchy. Více podrobností týkajících se očekávaných a neočekávaných panických atak se nachází v textu o panických atakách (str. 225–229).

Četnost a závažnost panických atak je velmi rozmanitá. Co se týče četnosti, mohou se vyskytovat středně časté ataky (např. jedna za týden) po dobu několika měsíců, anebo krátká období častějších atak (např. denně), oddělená několika týdny či měsíci bez jakýchkoli atak či s méně častými atakami (např. dvě za měsíc) po dobu mnoha let. Lidé, kteří mají málo časté panické ataky, se podobají lidem s častějšími panickými atakami z hlediska symptomů panických atak, demografických charakteristik, komorbidit s jinými poruchami, rodinné historie a biologických údajů. Co se týče závažnosti, jedinci s panickou poruchou mohou mít plně vyjádřené (čtyři a více symptomů) i omezeně vyjádřené (méně než čtyři symptomy) ataky a počet a typ symptomů panické ataky se často liší ataku od ataky. Nicméně pro diagnózu panické poruchy je zapotřebí více než jedna plně vyjádřená panická ataka.

Obavy týkající se panických atak či jejich následků obvykle přísluší k obavám o tělesné zdraví, jako je například obava, že panická ataka odráží přítomnost život ohrožující nemoci (např. srdeční onemocnění, epilepsie); sociálním obavám, jako je například pocit trapnosti či strach z negativního hodnocení ostatními z důvodu viditelných panických symptomů; a obavám týkajícím se duševního zdraví, jako je například strach jedince, že se „zblázní“ či ztratí kontrolu (kritérium B). Maladaptivní změny v chování představují snahu o minimalizaci či vyhnout se panickým atakám či jejich následkům. Příkladem je vyhýbání se tělesné námaze, reorgani-

zace denního života za účelem zajištění pomoci v případě panické ataky, omezení běžných denních aktivit a vyhýbání se situacím navozujícím agorafobii, jako například odchod z domova, využívání hromadné dopravy či nakupování. Pokud je přítomná agorafobie, je stanovena samostatná diagnóza agorafobie.

Přidružené znaky podporující diagnózu

Jeden z typů neočekávané panické ataky je noční panická ataka (např. probuzení ze spánku ve stavu paniky, což se liší od paniky za plného vědomí po probuzení). V USA je odhadováno, že se tento typ panické ataky objeví minimálně jednou u zhruba jedné čtvrtiny až jedné třetiny jedinců s panickou poruchou, z nichž většina zažívá také denní ataky. Kromě obav z panických atak a jejich následků zažívá mnoho jedinců s panickou poruchou také nepřetržité či přerušované pocity úzkosti, které se vztahují i k dalším obavám o tělesné a duševní zdraví. Například jedinci s panickou poruchou často očekávají katastrofický závěr mírného tělesného symptomu či vedlejšího účinku léků (např. se domnívají, že mohou mít srdeční onemocnění nebo že bolest hlavy značí přítomnost mozkového nádoru). Tito jedinci mají často poměrně nízkou toleranci k vedlejším účinkům léků. Navíc se u nich mohou vyskytnout pervazivní obavy týkající se jejich schopnosti plnit běžné denní úkony či zvládnout denní stresory, objevuje se excesivní užívání látek (např. alkoholu, předepsaných léků či ilegálních drog) za účelem kontroly panických atak či extrémní chování cílené na kontrolování panických atak (např. přísné omezení příjmu jídla či vyhýbání se konkrétním potravinám z obavy o možné vyvolání tělesných symptomů, jež mohou panické ataky vyprovokovat).

Prevalence

V běžné populaci USA a Evropy se odhad roční prevalence panické poruchy u dospělých a adolescentů pohybuje v rozmezí 2–3 %. V USA byl zaznamenán významně nižší výskyt panické poruchy u latinskoamerické, afroamerické, afrokaribské a asijskoamerické populace v porovnání s nelatinskoamerickou bílou populací; u amerických indiánů byl naopak zaznamenán významně vyšší výskyt. Nižší odhady jsou zaznamenány pro asijské, africké a latinskoamerické země, a to v rozmezí 0,1–0,8 %. Častěji jsou postiženy ženy, a to přibližně v poměru 2:1. Tato odlišnost podle pohlaví se objevuje v adolescenci a lze ji pozorovat před 14. rokem věku. Ačkoli se panické ataky objevují i u dětí, celková prevalence panické poruchy je před 14. rokem nízká (< 0,4 %). Prevalence panické poruchy se zvyšuje v průběhu adolescence, obzvláště pak u žen, pravděpodobně navazuje na počátek puberty a vrcholí v dospělosti. Hodnoty prevalence klesají u starších osob (např. 0,7 % u dospělých nad 64 let), a to nejspíše v návaznosti na závažnost klesající k subklinickým hodnotám.

Vývoj a průběh

Medián věku na začátku panické poruchy v USA je 20–24 let. Malý počet případů začíná již v dětství a počátek po 45. roce je atypický, avšak může se objevit. Pokud není porucha léčena, průběh je obvykle chronický, se slabnoucími a silnějšími projevy. Někteří jedinci mohou zažívat epizodický propuknutí, mezi nimiž jsou léta remise, jiní mohou mít neustálou závažnou symptomatologii. Pouze menší procento jedinců zažije plnou remisi bez následného relapsu do několika let. Typický je průběh panické poruchy komplikován řadou dalších poruch, obzvláště dalšími úzkostnými poruchami, depresivními poruchami a poruchami užívání látek (viz část „komorbidita“ pro tuto poruchu).

Ačkoli v dětství je panická porucha vzácnější, první projevy „období strachu“ se často retrospektivně nacházejí v dětství. Podobně jako u dospělých mívá panická porucha i u adolescentů chronický průběh a je často komorbidní s dalšími úzkostnými, depresivními a bipolárními poruchami. Do dnešní doby nebyly objeveny