

vzorec symptomů PTSD reakcí na stresor, který nesplňuje kritérium A pro PTSD (např. opuštění manželem/manželkou, propuštění z práce).

Jiné posttraumatické poruchy a onemocnění. Ne všechna psychopatologie, která se vyskytuje u jedinců vystavených extrémnímu stresoru, musí být nutně přičítána PTSD. Tato diagnóza vyžaduje, aby trauma předcházelo nástupu nebo zhoršení relevantních symptomů. Pokud nadto vzorec symptomatických reakcí na extrémní stresor splňuje kritéria jiné duševní poruchy, měly by být tyto diagnózy stanoveny místo diagnózy PTSD nebo společně s touto diagnózou. Jiné diagnózy a onemocnění jsou vyloučeny, pokud lze symptomy lépe vysvětlit na základě PTSD (např. symptomy panické poruchy, které se vyskytují pouze tehdy, je-li jedinec vystaven připomínkám traumatické události). Pokud jsou závažné, mohou vzorce symptomatických reakcí na extrémní stresor vyžadovat samostatnou diagnózu (např. disociativní amnézie).

Akutní stresová porucha. Akutní stresová porucha se odlišuje od PTSD, protože vzorec symptomů akutní stresové poruchy je omezen trváním od 3 dnů do 1 měsíce po vystavení traumatické události.

Úzkostné poruchy a obsedantně-kompulzivní porucha. U OCD se objevují rekurentní vtíravé myšlenky, ty však splňují definici obsese. Kromě toho nejsou tyto vtíravé myšlenky spojeny s prožitou traumatickou událostí, obvykle jsou přítomné kompulze a typicky chybí další symptomy PTSD nebo akutní stresové poruchy. Iritabilita, disociativní symptomy panické poruchy ani vyhublost, podrážděnost a úzkostnost u generalizované úzkostné poruchy nejsou spojeny s konkrétní traumatickou událostí. Symptomy separační úzkostné poruchy zjevně jasně spojeny se separací od domova, a ne s traumatickou událostí.

Velká depresivní porucha. Velké depresivní poruše může, ale nemusí předcházet traumatické události a měla by být diagnostikována, pokud chybí další symptomy PTSD. Velká depresivní porucha nezahrnuje žádný ze symptomů kritérií B nebo C pro PTSD. Nezahrnuje ani řadu symptomů z kritérií D nebo E pro PTSD.

Poruchy osobnosti. Vztahové problémy, které začaly nebo se silně zhoršily po vystavení traumatické události, mohou spíše svědčit pro PTSD než poruchy osobnosti, zatímco u poruchy osobnosti jsou tyto problémy očekávány nezávisle na jakémkoli vystavení traumatu.

Disociativní poruchy. Disociativní amnézii, disociativní poruše identity a poruše depersonalizace-derealizace může, ale nemusí předcházet vystavení traumatické události a tyto poruchy mohou, ale nemusí zahrnovat souběžně se vyskytující symptomy PTSD. Pokud jsou však splněna všechna kritéria pro PTSD, měl by být zvážen podtyp PTSD „s disociativními symptomy“.

Konverzní porucha (porucha s funkčními neurologickými příznaky). Nový začátek somatických symptomů v kontextu posttraumatického stresu může svědčit spíše pro PTSD než pro konverzní poruchy.

Psychotické poruchy. Flashbacky u PTSD je třeba odlišovat od iluzí, halucinací a jiných poruch vnímání, které se mohou objevovat u schizofrenie, krátké psychotické poruchy a jiných psychotických poruch, depresivních a bipolárních poruch s psychotickými znaky, deliria, poruch vyvolaných užíváním látek/léků a psychotických poruch způsobených jiným somatickým onemocněním.

Traumatické poškození mozku (Traumatic Brain Injury). Dojde-li k poranění mozku v kontextu traumatické události (např. traumatická nehoda, výbuch bomby, úraz krční páteře), mohou se objevit symptomy PTSD. Událost způsobující poranění mozku může představovat také psychicky traumatizující událost. Neurokognitivní symptomy související s traumatickým poraněním mozku a symptomy PTSD se vzájemně nevylučují a mohou se vyskytovat souběžně. Symptomy dříve nazývané postkontuzní (např. bolesti hlavy, závrať, citlivost na světlo nebo zvuk, podrážděnost, problémy se soustředěním) se mohou vyskytovat u populace s poraněním mozku i bez poranění mozku včetně jedinců s PTSD. Jelikož se symptomy PTSD a neurokognitivní symptomy související s poraněním mozku mohou překrývat, diferenciální diagnóza mezi PTSD a symptomy neurokognitivní poruchy zapříčiněné poraněním mozku může být provedena na základě přítomnosti symptomů, jimiž se obě poruchy liší. Zatímco znovuprožívání a vyhýbání jsou charakteristické pro PTSD, a nikoliv pro poranění mozku, přetrvávající dezorientace a zmatek jsou specifické spíše pro poranění mozku (neurokognitivní důsledky) než pro PTSD.

Komorbidita

Jedinci s PTSD mají o 80 % větší pravděpodobnost vzniku symptomů, které splňují diagnostická kritéria pro nejméně jednu další duševní poruchu (např. depresivní, bipolární či úzkostnou poruchu nebo poruchu užívání látek) než jedinci bez PTSD. Komorbidita poruchy užívání látek a poruchy chování je běžnější u mužů než u žen. Mezi americkým vojenským personálem a válečnými veterány, kteří se účastnili nedávných válek v Afghánistánu a Iráku, je souběžný výskyt PTSD a mírné TPM 48 %. I když většina malých dětí s PTSD má také nejméně jednu další diagnózu, vzorce komorbidity jsou odlišné od dospělých, kdy u dětí převládá výskyt poruchy opozičního vzoru a porucha separační úzkosti. Mezi PTSD a vážnou neurokognitivní poruchou existuje významná komorbidita a obě poruchy mají některé symptomy, které se překrývají.

Akutní stresová porucha 308.3 (F43.0)

Diagnostická kritéria

- A. Vystavení skutečné nebo hrozící smrti, vážnému zranění nebo sexuálnímu násilí jedním (nebo více) z následujících způsobů:
1. Přímý zážitek traumatické události.
 2. Být osobně svědkem traumatické události, která se stala jiným lidem.
 3. Dozvědět se, že se traumatická událost stala blízkému rodinnému příslušníkovi nebo blízkému příteli.
Poznámka: V případech skutečné nebo hrozící smrti člena rodiny nebo přítele musí událost zahrnovat násilí nebo nehodu.
 4. Zážitek opakovaného nebo extrémního vystavení nepříjemným detailům traumatické události (např. osoby, které náhodou najdou mrtvé tělo, policisté, kteří jsou opakovaně vystavováni detailům o zneužívání dětí).
Poznámka: Neplatí to pro vystavení prostřednictvím elektronických médií, televize, filmu nebo fotografií, pokud toto vystavení nesouvisí se zaměstnáním.
- B. Přítomnost devíti (nebo více) z následujících symptomů z jakékoli z těchto pěti kategorií: vtíravé myšlenky, negativní nálady, disociace, vyhýbání se, vzrušivost, které začaly nebo se zhoršily poté, co se traumatická událost odehrála:

Vtíravé symptomy

1. Opakující se, nechtěné a vtíravé stresující vzpomínky na traumatickou událost. **Poznámka:** U dětí se může objevovat repetitivní hra, ve které dítě vyjadřuje témata nebo aspekty traumatické události.
2. Opakující se stresující sny, jejichž obsah a/nebo dopad souvisí s traumatickou událostí. **Poznámka:** U dětí se mohou objevovat děsivé sny bez rozpoznatelného obsahu.
3. Disociativní reakce (např. flashbacky), kdy se jedinec cítí nebo kdy jedná, jako by se traumatická událost opakovala. (Tyto reakce se mohou dít v kontinuu, přičemž extrémní projevy zahrnují úplnou ztrátu uvědomování si skutečného okolí.) **Poznámka:** Děti si mohou při hře přehrávat (a znovu prožívat) prožitá traumata.
4. Intenzivní nebo prodloužená psychická nepohoda při vystavení interním nebo externím podnětům, které symbolizují nebo připomínají nějaký aspekt traumatické události.

Negativní nálada

5. Přetrvávající neschopnost prožívat pozitivní emoce (např. štěstí, uspokojení nebo pocity lásky a náklonnosti).

Disociativní symptomy

6. Změněné vnímání reality okolí nebo sebe samého (např. vidět se z jiné perspektivy, vidět věci jako v mlze, zpomalené vnímání času).
7. Neschopnost pamatovat si důležitý aspekt traumatické události (typicky vlivem disociativní amnézie, a nikoli jiných faktorů, jako je poranění hlavy, alkohol nebo drogy).

Symptomy vyhýbání se

8. Snaha vyhýbat se stresujícím vzpomínkám, myšlenkám nebo pocitům vztahujícím se k traumatické události nebo s traumatickou událostí úzce spojenými.
9. Vyhýbání se nebo snaha vyhýbat se externím připomenutím (lidem, místům, rozhovorům, aktivitám, předmětům, situacím), která vyvolávají stresující vzpomínky, myšlenky nebo pocity vztahující se k traumatické události nebo které jsou s traumatickou událostí úzce spojené.

Symptomy vzrušivosti

10. Poruchy spánku (např. potíže usnout, přerušovaný spánek nebo neklidný spánek).
 11. Podrážděnost a hněvivé výbuchy (už při malé nebo žádné provokaci) typicky vyjadřované jako verbální nebo fyzická agrese vůči lidem nebo předmětům.
 12. Hypervigilita (nadměrná bdělost/ostražitost).
 13. Problémy se soustředěním.
 14. Snížený práh úlekové reakce.
- C. Trvání poruchy (symptomy v kritériu B) je 3 dny až 1 měsíc po vystavení traumatu. **Poznámka:** Symptomy typicky začínají okamžitě po traumatu, ale ke splnění kritérií pro diagnózu poruchy je nutné jejich přetrvání nejméně po 3 dny až jeden měsíc.
- D. Porucha způsobuje klinicky závažnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti života.
- E. Poruchu nelze přičíst fyziologickým účinkům látky (např. léky, alkohol) nebo jinému somatickému onemocnění (např. mírnému poranění mozku), ani ji nelze vysvětlit existencí krátké psychotické poruchy.

Diagnostické znaky

Klíčovým znakem akutní stresové poruchy je rozvoj charakteristických symptomů trvajících od 3 dnů do 1 měsíce po vystavení jedné nebo více traumatickým událostem. Přímo zažívané traumatické události zahrnují mimo jiné zážitek války, ať v roli vojáka, nebo civilisty, hrozící nebo skutečný fyzický útok (např. sexuální násilí, fyzické napadení, účast ve vojenské bitvě, fyzické týrání a/nebo sexuální násilí v dětství, únos, zajetí v pozici rukojmího, teroristický útok, mučení), přírodní katastrofy nebo lidmi způsobené katastrofy (např. zemětřesení, hurikán, pád letadla), vážné nehody (např. vážné nehody motorových vozidel, průmyslová nehoda). U dětí může sexuální násilí zahrnovat vývojově nevhodné sexuální zážitky bez fyzického násilí nebo zranění. Život ohrožující nemoc nebo závažné somatické onemocnění nemusí být nutně považovány za traumatickou událost. Mimořádné události ve zdravotnictví, které se pokládají za traumata, jsou především náhlé katastrofické události (např. procitnutí během operace, anafylaktický šok). Stresující události, které nemají vážné traumatické složky uvedené v kritériu A, mohou vést k poruše přizpůsobení, ale ne k akutní stresové poruše.

Klinické projevy akutní stresové poruchy jsou u každého jedince jiné, ale typicky zahrnují úzkostnou reakci, která obsahuje nějakou formu opětovného prožívání traumatické události nebo reakci na traumatickou událost. U některých jedinců převládají disociativní symptomy nebo symptomy odtržení, i když tito jedinci typicky také vykazují silnou emocionální nebo psychickou reaktivitu na připomínky traumatu. U jiných jedinců se může objevit silná hněvivá reakce, která je charakterizována podrážděnými nebo potenciálně agresivními reakcemi. Celý obraz symptomů musí být přítomen nejméně 3 dny po traumatické události a lze ho diagnostikovat do 1 měsíce po události. Symptomy, které se objevují okamžitě po události, ale zmizí za méně než 3 dny po události, nesplňují kritéria akutní stresové poruchy.

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, je omezeno 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). Takové události zahrnují násilné napadení, sebevraždu, vážnou nehodu, vážné zranění. Porucha může být vážná nebo dlouhotrvající zejména v případě, kdy se jedná o stresor, který je úmyslný a objevuje se ve vztahu s jinou osobou (např. týrání, sexuální násilí). Pravděpodobnost rozvoje této poruchy se může zvyšovat s intenzitou fyzické blízkosti stresoru.

Traumatická událost může být znovuprožívána různými způsoby. Běžně má jedinec rekurentní, nechtěné a vtíravé vzpomínky na traumatickou událost (kritérium B1). Znovuprožití zahrnuje spontánní nebo opakující se vzpomínky na událost, které se obvykle dějí v reakci na podnět připomínající traumatický zážitek (např. zvuk píchnuté pneumatiky vyvolá vzpomínky na výstřely). Tyto vtíravé vzpomínky obvykle zahrnují sensorické (např. intenzivní horko připomíná prožitý požár), emocionální (např. strach z pobodání) nebo fyziologické složky (kdy člověk nemůže popadnout dech podobně, jako to zažíval, když se topil).

Stresující sny mohou obsahovat témata, ve kterých je znovu přehrávána samotná událost nebo která jsou tematicky spojena s hlavními hrozbami traumatické události. (Například u člověka, který přežil autonehodu, mohou sny obsahovat automobilové nehody obecně; v případě vojáka mohou sny zobrazovat zranění utrpěná jinak než v bitvě.)

Disociativní stavy mohou trvat od několika vteřin až po několik hodin, nebo dokonce dní, a jedinec během nich znovu prožívá složky traumatické události a chová se, jako by traumatickou událost právě v daný okamžik prožíval. Přestože jsou disociativní reakce u traumatické události běžné, z hlediska diagnostikování akutní stresové poruchy lze zvažovat pouze disociativní reakce, které trvají déle než 3 dny po vystavení traumatu. U malých dětí se může přehrávání prožitého traumatu objevovat při hře a může zahrnovat disociativní momenty (např. dítě, které přežilo autonehodu, může při hře opakovaně narážet jedním autíčkem do druhého soustředěným a stresujícím způsobem). Tyto epizody, často nazývané flashbacky, jsou typicky krátké, bývají však spojené s pocitem, že se traumatická událost odehrává v současném okamžiku, místo aby si ji jedinec pamatoval jako minulou událost, a jsou spojovány s významnou mírou nepohody.

Někteří jedinci s touto poruchou nemají vtíravé vzpomínky na událost samotnou, ale zažívají intenzivní psychickou nepohodu nebo fyziologickou reakci, pokud jsou vystaveni spouštěcím událostem, které připomínají nebo symbolizují nějaký aspekt traumatické události (např. jakýkoliv větrný den po prožití hurikánu, vstup do výtahu po znásilnění ve výtahu, spatření někoho, kdo připomíná útočníka). Spouštěcí podnět může být i fyzický vjem (např. pocit horka po prožití požáru, člověku po úrazu hlavy se točí hlava), a to hlavně u jedinců s vysoce somatickými projevy. Jedinec může být dlouhodobě neschopný pociťovat pozitivní emoce (např. štěstí, radost, uspokojení nebo emoce související s intimitou, něhou a sexualitou), ale může zažívat negativní emoce jako smutek, hněv, vinu nebo pocit hanby.

Změny vědomí zahrnují depersonalizaci, pocit odtržení sebe sama (jedinec např. vidí sám sebe z druhé strany místnosti) nebo derealizace, kdy jedinec vnímá okolí zkresleně (např. pocit, že se věci pohybují zpomaleně, vidí věci jako v mlze, není si vědom událostí, které by normálně vnímal). Někteří jedinci také mluví o neschopnosti pamatovat si důležitý aspekt traumatické události, o kterém se předpokládá, že byl uložen v paměti. Tento symptom nelze přičíst disociativní amnézii, poranění hlavy, alkoholu nebo drogám.

Jedinec se trvale vyhýbá podnětům spojeným s traumatem. Může odmítat mluvit o traumatickém zážitku nebo může používat strategie vyhýbání se, aby si své emocionální reakce uvědomoval jen v minimální míře (např. nadměrné pití alkoholu při vzpomínce na traumatický zážitek). Tyto strategie vyhýbání mohou znamenat, že se jedinec vyhýbá sledování televizních zpráv týkajících se traumatického zážitku, odmítá se vrátit na pracoviště, kde došlo k traumatické nehodě, nebo se vyhýbá interakcím s lidmi, s nimiž sdílí zážitek stejné traumatické události.

U jedinců s akutní stresovou poruchou je velmi běžné, že mají problémy s usínáním a přerušovaným spánkem, jež mohou souviset s nočními můrami nebo nadměrnou vzrušivostí, která brání adekvátnímu spánku. Jedinci s akutní stresovou poruchou mohou být prchlivi a mohou být dokonce verbálně nebo i fyzicky agresivní už po mírné nebo nulové provokaci (např. křičí na lidi, dostávají se do rvaček, ničí předměty). Akutní stresová porucha je často charakterizována zvýšenou citlivostí na potenciální hrozbu 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), i těch, které s traumatickou událostí nesouvisejí (např. strach z infarktu). 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. delší sledování konverzace). Jedinci s akutní stresovou poruchou mohou přehnaně reagovat na neočekávané podněty a vykazovat snížený práh úlekové reakce nebo precitlivělost vůči hlasitým zvukům nebo nečekaným pohybům (např. jedinec leknutím vyskočí při zaslechnutí zvonění telefonu).

Přidružené znaky podporující diagnózu

Jedinci s akutní stresovou poruchou mají často katastrofické nebo extrémně negativní myšlenky týkající se jejich role v traumatické události, jejich reakce na traumatický zážitek nebo pravděpodobnosti budoucího ohrožení. Například jedinec s akutní stresovou poruchou může cítit přehnanou vinu, protože nedokázal zabránit traumatické události nebo se nedokázal úspěšněji přizpůsobit traumatickému zážitku. Jedinci s akutní stresovou poruchou mohou také své symptomy interpretovat katastrofickým způsobem, takže flashbacky nebo emocionální otupění mohou být interpretovány jako příznak zhoršení duševních schopností. Je běžné, že jedinci s akutní stresovou poruchou zažívají v prvním měsíci po vystavení traumatu panické záchvaty, které mohou být spouštěny připomínkami traumatu nebo se mohou objevovat zcela spontánně. Kromě toho jedinci s akutní stresovou poruchou mohou vykazovat chaotické nebo impulzivní chování. Například mohou řídit auto nebezpečným způsobem, činit iracionální rozhodnutí nebo přehnaně riskovat. U dětí se může objevit významná separační úzkost potenciálně manifestovaná přehnanou potřebou pozornosti pečovateli. V případě zármutku nad smrtí blízké osoby, k níž došlo za traumatických okolností, mohou symptomy akutní stresové poruchy zahrnovat akutní reakci zármutku. V těchto případech mohou symptomy znovuprožívání, disociativní symptomy a symptomy vzrušivosti zahrnovat reakce na ztrátu, jako jsou vtíravé vzpomínky na okolnosti smrti dané osoby, popírání faktu, že osoba zemřela, pocit hněvu z takové smrti. Postkontuzní symptomy (např. bolesti hlavy, závrať, citlivost na světlo nebo zvuk, podrážděnost, problémy se soustředěním), které se běžně vyskytují po mírném traumatickém poranění mozku, jsou také často zjišťovány u jedinců s akutní stresovou poruchou. Postkontuzní symptomy jsou stejně běžné u populace s poraněním mozku jako u populace bez poranění mozku a častý výskyt postkontuzních symptomů může být přičítán symptomům akutní stresové poruchy.

Prevalence

Prevalence akutní stresové poruchy u populací nedávno vystavených traumatu (tj. do 1 měsíce od vystavení traumatu) se liší podle povahy události a kontextu, ve kterém je hodnocena. Jak u populace v USA tak u populací mimo USA bývá akutní stresová porucha identifikována u méně než 20 % případů následně po traumatických událostech, které nezahrnují interpersonální napadení; u 13–21 % nehod motorových vozidel, 14 % mírných traumatických poranění mozku, 19 % napadení, 10 % vážných popálenin a 6–12 % průmyslových nehod. Vyšší procenta (tj. 20–50 %) jsou zjišťována po interpersonálních traumatických událostech včetně napadení, znásilnění a případů, kdy je jedinec svědkem zastřelení více osob.

Vývoj a průběh

Akutní stresovou poruchu nelze diagnostikovat před uplynutím 3 dnů po traumatické události. I když akutní stresová porucha může po 1 měsíci přejít v posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD), může to také být pouze přechodná stresová reakce, která do 1 měsíce po traumatické události ustoupí a nerozvine se v PTSD. Přibližně u poloviny jedinců s akutní stresovou poruchou se akutní stresová porucha nakonec rozvine v PTSD. Může dojít ke zhoršení symptomů v průběhu prvního měsíce, často v důsledku trvalých životních stresorů nebo dalších traumatických událostí.

Formy znovuprožívání se mohou lišit mezi věkovými skupinami. Na rozdíl od dospělých nebo adolescentů se mohou u malých dětí objevovat děsivé sny bez obsahu, který by zřetelně odrážel aspekty traumatu (např. dítě se opakovaně budí strachem po prožití traumatu, ale není schopné uvést obsah snu do souvislosti s traumatickou událostí). U dětí do šesti let je větší pravděpodobnost než starších dětí, že budou vyjadřovat znovuprožívání traumatu prostřednictvím hry, která přímo

nebo symbolicky odkazuje na prožitá trauma. Například velmi malé dítě, které přežilo požár, může kreslit obrázky plamenů. U malých dětí se nemusí nutně manifestovat reakce strachu v době vystavení nebo znovuprožívání traumatu. Rodiče typicky zjišťují u dětí širokou řadu emocionálních nebo behaviorálních změn, jako je hněv, pocit viny a emocionální uzavřenost, a dokonce nadměrně pozitivní afekty u malých dětí, které byly traumatizovány. I když se mohou děti připomínkám traumatu vyhýbat, jindy se mohou takovými připomínkami přehnaně zabírat (např. malé dítě, které pokousal pes, neustále mluví o psech, ale nechce jít ven, protože se bojí, že tam nějakého psa potká).

Rizikové a prognostické faktory

Temperamentové. Rizikové faktory zahrnují předchozí duševní poruchy, vysokou úroveň negativní afektivity (neuroticismus), větší vnímanou závažnost traumatické události a vyhýbání se jako styl vyrovnávání se s traumatem. Katastrofické hodnocení traumatického zážitku často charakterizované přehnaným očekáváním budoucí hrozby, vinou nebo bezmocí je silnou indikací akutní stresové poruchy.

Environmentální. Jedinec musí být především vystaven traumatické události, aby u něj existovalo jakékoliv riziko vzniku akutní stresové poruchy. Rizikové faktory poruchy zahrnují historii předchozího traumatu.

Genetické a fyziologické. Větší riziko výskytu akutní stresové poruchy je u žen. Zvýšená reaktivita, která se odráží zvýšenou úlekovou reakcí na zvukové vjemy, existující už před vystavením traumatu, zvyšuje riziko vzniku akutní stresové poruchy.

Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

Profil symptomů akutní stresové poruchy se může lišit mezi kulturami, zejména co se týče disociativních symptomů, nočních můr, vyhýbání se, somatických symptomů (např. závrať, neschopnost popadnout dech, pocity horka). Kulturní syndromy a idiomy pro nepohodu utvářejí lokální podobu akutní stresové poruchy. Některé kulturní skupiny mohou vykazovat varianty disociativních reakcí, jako je posedlost nebo stavy transu, v prvním měsíci po vystavení traumatu. Panické symptomy v rámci akutní stresové poruchy mohou být výrazné u Kambodžanů z důvodu asociace s panickými záchvaty *khyâl* a u Latinoameričanů z důvodu asociace s *ataque de nervios*.

Diagnostické faktory vázané na pohlaví

Akutní stresová porucha je častější u žen než u mužů. Neurobiologické rozdíly spojené s pohlavím mohou přispívat ke zvýšenému riziku výskytu akutní stresové poruchy u žen. Zvýšené riziko poruchy u žen může být částečně vysvětleno větší pravděpodobností vystavení typům traumatických událostí s vysokým podmíněným rizikem výskytu akutní stresové poruchy, jako je znásilnění a jiné interpersonální násilí.

Funkční důsledky akutní stresové poruchy

Funkční narušení v sociální, vztahové nebo pracovní oblasti se vyskytuje u osob, které přežily nehodu, napadení, znásilnění a u kterých vznikla akutní stresová porucha. Extrémní úroveň úzkosti, jež může souviset s akutní stresovou poruchou, může narušovat spánek, hladinu energie a schopnost plnit úkoly. Vyhýbání se může mít u akutní stresové poruchy za následek obecně únik z mnoha situací, které jsou vnímány jako potenciálně ohrožující, což může vést k vyhýbání se návštěvám lékařů, neochota jet automobilem na důležité schůzky a absence v práci.

Diferenciální diagnóza

Poruchy přizpůsobení. U poruchy přizpůsobení může mít stresor jakoukoli závažnost, a ne závažnost a typ vyžadované kritériem A u PTSD. Diagnóza poruchy přizpůsobení se používá, pokud reakce na událost podle kritéria A nesplňuje kritéria akutní stresové poruchy (nebo jiné specifikované duševní poruchy) a pokud se vzorec symptomů akutní stresové poruchy vyskytuje v reakci na stresor, který nesplňuje kritérium A pro vystavení skutečné nebo hrozící smrti, vážnému zranění nebo sexuálnímu násilí (např. opuštění manželem/manželkou, výpověď z práce). Například závažné stresové reakce na život ohrožující onemocnění, které mohou zahrnovat některé symptomy akutní stresové poruchy, je vhodnější popsat jako poruchu přizpůsobení. Některé formy akutní stresové reakce nezahrnují symptomy akutní stresové poruchy a mohou být charakterizovány hněvem, depresí nebo vinou. Tyto reakce je vhodnější popsat primárně jako poruchy přizpůsobení. Depresivní nebo hněvivé reakce u poruchy přizpůsobení mohou zahrnovat přemítání o traumatické události, které je v protikladu k nechtěným a vtíravým vzpomínkám u akutní stresové poruchy.

Panická porucha. Spontánní panické záchvaty jsou u akutní stresové poruchy velmi časté. Panická porucha je však diagnostikována pouze tehdy, pokud jsou panické záchvaty nečekané a existují obavy z budoucích záchvatů nebo maladaptivních změn v chování spojených se strachem z nepříznivých následků panických záchvatů.

Disociativní poruchy. Vážné disociativní reakce (při chybění charakteristických symptomů akutní stresové poruchy) mohou být diagnostikovány jako derealizace/depersonalizační porucha. Pokud po traumatu přetrvává závažná amnézie a chybí charakteristické symptomy akutní stresové poruchy, může být indikována diagnóza disociativní amnézie.

Posttraumatická stresová porucha. Akutní stresová porucha se odlišuje od PTSD tím, že vzorec symptomů akutní stresové poruchy se musí odehrát a odeznít do 1 měsíce po traumatu. Pokud symptomy trvají déle než 1 měsíc a splňují kritéria pro PTSD, je diagnóza změněna z akutní stresové poruchy na PTSD.

Obsedantně-kompulzivní porucha. U OCD existují rekurentní vtíravé myšlenky, které ovšem splňují definici obsese. Navíc nejsou tyto vtíravé myšlenky spojeny s prožitou traumatickou událostí, obvykle jsou přítomné kompulze a typicky chybí další symptomy akutní stresové poruchy.

Psychotické poruchy. Flashbacky u akutní stresové poruchy je třeba odlišovat od iluzí, halucinací a jiných narušených vjemů, které se mohou objevovat u schizofrenie, jiných psychotických poruch, depresivních a bipolárních poruch s psychotickými znaky, poruch vyvolaných užíváním látek/léků a psychotických poruch způsobených jiným somatickým onemocněním. Flashbacky u akutní stresové poruchy se od těchto poruch vnímání liší tím, že přímo souvisí s traumatickým zážitkem a chybí zde jiné psychotické příznaky nebo příznaky vyvolané látkami.

Traumatické poranění mozku. Dojde-li k poranění mozku v kontextu traumatické události (např. traumatická nehoda, výbuch bomby, úraz krční páteře), mohou se objevit symptomy akutní stresové poruchy. Událost způsobující poranění hlavy může také představovat psychicky traumatizující událost. Neurokognitivní symptomy související s poraněním mozku a symptomy akutní stresové poruchy se vzájemně nevylučují a mohou se vyskytovat souběžně. Symptomy dříve nazývané postkontuzní (např. bolesti hlavy, závrať, citlivost na světlo nebo zvuk, podrážděnost, problémy se soustředěním) se mohou vyskytovat u populací s poraněním mozku i bez poranění mozku včetně