

žádné rozdíly v klinických projevech mezi adolescenty a dospělými. Nicméně adolescenti mohou mít menší obavy ohledně přídatných panických atak než mladí dospělí. Zdá se, že nižší prevalenci panické poruchy u starších dospělých lze připisat „utlumování“ odpovědi autonomního nervového systému, jež souvisí s věkem. U mnoha starších jedinců s „panickými pocity“ jsou pozorovány „hybridní“ či symptomaticky limitované panické ataky a generalizovaná úzkostná porucha. Starší jedinci mají rovněž tendenci připisovat své panické ataky určitým stresujícím situacím, jako například lékařskému vyšetření či sociální situaci. Starší jedinci si mohou panické ataky vysvětlovat zpětně (což by vylučovalo diagnózu panické poruchy), a to i když byla ataka v dané chvíli ve skutečnosti neočekávaná (a tím splňovala základ pro diagnózu panické poruchy). To může vést k podcenění neočekávaných panických atak u starších jedinců. Je tak zapotřebí pečlivého dotazování starších dospělých, zda se před danou situací jednalo o očekávané panické ataky, aby nebyly přehlédnuty neočekávané panické ataky a diagnóza panické poruchy.

Nízká prevalence panické poruchy u dětí může souviset s obtížemi při popisu symptomů a je pravděpodobné, že děti nejsou schopny intenzivní strach či paniku popsat a vztáhnout k odloučení a fobickým objektům či situacím. Adolescenti mohou být méně ochotní než dospělí otevřeně mluvit o panických atakách. Kliničtí pracovníci by si tedy měli být vědomi, že se neočekávané panické ataky objevují u adolescentů podobně jako u dospělých, a v případech, že se potkají s adolescenty, kteří zažívají epizody intenzivního strachu či strádání, by s touto možností měli počítat.

Rizikové a prognostické faktory

Temperamentové. Negativní afektivita (neuroticismus, tj. sklon k prožívání negativních emocí) a citlivost k úzkosti (tj. tendence domnívat se, že symptomy úzkosti jsou škodlivé) jsou rizikovými faktory pro počátek panické poruchy a samostatně také pro obavy týkající se paniky, ačkoli jejich rizikovost pro diagnózu panické poruchy není známá. Anamnéza „období obav“ (např. symptomaticky limitované ataky, které nesplňují všechna kritéria pro panickou ataku) může být rizikovým faktorem pro pozdější panické ataky a panickou poruchu. Ačkoli separační úzkost v dětství, zvláště pak silná, může předcházet pozdějšímu rozvoji panické poruchy, nejedná se o stálý rizikový faktor.

Environmentální. Záznamy o sexuálním a fyzickém zneužívání v dětství jsou častější u panické poruchy než u jiných úzkostných poruch. Kouření je rizikovým faktorem pro panické ataky a panickou poruchu. Většina jedinců hlásí identifikovatelné stresory v měsících před první panickou atakou (např. interpersonální stresory a stresory týkající se tělesné pohody, jako jsou například negativní zkušenosti s ilegálními drogami či předepsanými léky, nemoc anebo smrt v rodině).

Genetické a fyziologické. Předpokládá se, že náchylnost k panické poruše podmiňuje více genů. Přesné geny, genové produkty či funkce, související s příslušnými genetickými oblastmi, však zůstávají neznámé. Současné modely nervových systémů pro panickou poruchu zdůrazňují roli amygdaly a připojených struktur podobně jako u jiných úzkostných poruch. Zvýšené riziko panické poruchy mají potomci rodičů, kteří trpí úzkostnými, depresivními a bipolárními poruchami. S panickou poruchou jsou spojeny dýchací obtíže, jako například astma, a to z hlediska komorbidit a osobní i rodinné anamnézy.

Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

Zdá se, že se míra strachu z duševních a tělesných příznaků úzkosti liší mezi kulturami, což může ovlivňovat výskyt panických atak a panické poruchy. Taktéž kulturní očekávání může ovlivňovat, zda jsou ataky klasifikovány jako očekávané

či neočekávané. Například jedinec z Vietnamu, který má panickou ataku poté, co se procházel ve větrném prostředí (*trúng gió*; „zasazen větrem“), může připisovat panickou ataku vystavení větru, a panická ataka je klasifikována jako očekávaná. S panickou poruchou je spojeno mnoho dalších kulturních syndromů, včetně *ataque de nervios* („nervová ataka“) u obyvatel Latinské Ameriky a ataky *khyâl* a „ztráta duše“ u Kambodžanů. *Ataque de nervios* může obnášet třes, nekontrolovatelný křik a pláč, agresivní či sebevražedné chování a depersonalizaci či derealizaci, které mohou být zažívány déle než několik minut typických pro panické ataky. Některé klinické projevy *ataque de nervios* splňují kritéria pro jiné obtíže než panickou ataku (např. jiné specifikované disociativní poruchy). Tyto syndromy ovlivňují symptomy a četnost panické poruchy, stejně jako posouzení, zda byla pro jedince očekávaná, či neočekávaná. Kulturní syndromy mohou totiž podmiňovat strach z určitých situací, od interpersonálních sporů (spojených s *ataque de nervios*), určitých typů námahy (spojených s atakami *khyâl*) až k atmosférickému větru (spojenému s atakami *trúng gió*). Podrobné objasnění kulturních faktorů může napomoci v rozlišování očekávaných a neočekávaných panických atak. Více informací, týkajících se kulturních syndromů, se nachází v kapitole „Slovník kulturních konceptů nepohody“ v příloze tohoto manuálu.

Specifické obavy z panických atak či jejich následků se pravděpodobně liší mezi kulturami (a různými věkovými skupinami a mezi pohlavími). Funkční narušení vlivem panické poruchy je významně mírnější u nelatinskoamerické bílé populace než u Afroameričanů. Také existuje vyšší výskyt objektivně definované závažnosti u nelatinské afrokaribské populace s panickou poruchou a celkově nižší výskyt panické poruchy u afroamerických a afrokaribských skupin, což nasvědčuje tomu, že u jedinců afrického původu mohou být splněna kritéria pro panickou poruchu jen v případech značné závažnosti a narušení.

Diagnostické faktory vázané na pohlaví

Zdá se, že klinické projevy panické poruchy se neliší u mužů a u žen. Existují některé důkazy pro sexuální dimorfismus se vztahem mezi panickou poruchou a genem pro katechol-O-methyltransferázu (COMT), jenž se nachází pouze u žen.

Diagnostické markery

Látky s rozdílným mechanismem účinku jako laktát sodný, kofein, isoproterenol, yohimbin, oxid uhličitý a cholecystokinin provokují panické ataky u jedinců s panickou poruchou mnohem víc než u zdravých kontrolních subjektů (a v některých případech než u jedinců s jinými úzkostnými, depresivními nebo bipolárními poruchami bez panických atak). Taktéž pro část jedinců s panickou poruchou jsou panické ataky spojené s hypersenzitivními míšními detektory oxidu uhličitého ústíčního v hypokapnii a jiné dechové nepravidlosti. Nicméně žádné z těchto laboratorních zjištění se nepovažuje za diagnostické kritérium pro panickou poruchu.

Riziko sebevraždy

Panické ataky a diagnóza panické poruchy v uplynulých 12 měsících jsou spojené s vyšším výskytem sebevražedných pokusů a myšlenek v uplynulých 12 měsících, a to i tehdy, bereme-li v úvahu komorbiditu a anamnézu zneužívání v dětství i jiné rizikové faktory sebevraždy.

Funkční důsledky panické poruchy

Panická porucha je spojená s vysokou úrovní sociální, pracovní a fyzické nezpůsobilosti, značnými ekonomickými náklady a nejvyšším počtem návštěv u lékaře mezi úzkostnými poruchami, ačkoli dopady jsou nejvyšší s komorbidní agorafobií. Jedinci s panickou poruchou mohou často chybět v práci či ve škole

z důvodu návštěvy lékaře a pohotovosti, což může vést k nezaměstnanosti či nedokončení studia. U starších dospělých může být pozorováno narušení pečovatelských povinností či dobrovolných aktivit. Plně vyjádřené panické ataky zpravidla více souvisí s vyšší úmrtností (např. vyšší využívání zdravotní péče, větší nezpůsobilost, horší kvalita života) než ataky vyjádřené v omezené míře.

Diferenciální diagnóza

Jiná specifikovaná či nespecifikovaná úzkostná porucha. Panická porucha by neměla být diagnostikována v případě, že se nevyskytly plně vyjádřené (neočekávané) panické ataky. V případě pouze omezeně vyjádřených neočekávaných panických atak by měla být zvážena diagnóza jiné specifikované nebo nespecifikované úzkostné poruchy.

Úzkostná porucha v důsledku jiného somatického onemocnění. Panická porucha není diagnostikována, pokud jsou panické ataky považovány za přímý fyziologický důsledek jiného somatického onemocnění. Příklady somatických onemocnění, která mohou zapříčinit panické ataky, zahrnují hyperthyroidismus, hyperparathyroidismus, feochromocytom, vestibulární dysfunkce, záchvatovité poruchy a kardiopulmonární obtíže (např. arytmie, supraventikulární tachykardie, astma, chronická obstrukční plicní nemoc [CHOPN]). Příslušné laboratorní testy (např. sérová kalciová hladina pro hyperparathyroidismus; Holter monitoring arytmie) nebo tělesné prohlídky (např. kvůli srdečním obtížím) mohou napomoci při určování etiologické role jiného somatického onemocnění.

Úzkostná porucha vyvolaná užíváním látek/léků. Panická porucha není diagnostikována v případě, že jsou panické ataky považovány za přímý fyziologický důsledek užívání látek. Panickou ataku může přivodit intoxikace stimulanty působícími na centrální nervovou soustavu (např. kokain, amfetaminy, kofein), intoxikace kanabisem a odvykací stav po sedativech působících na centrální nervovou soustavu (např. alkohol, barbituráty). Pokud se však panické ataky objevují dále i mimo kontext užívání látek (např. dlouho poté, co pominuly důsledky intoxikace či odvykacího stavu), může být zvážena diagnóza panické poruchy. Jelikož panická porucha může u některých jedinců užívání látek předcházet a může být spojována se zvýšeným užíváním látek obzvláště pro účely samoléčby, měla by být také zaznamenána detailní osobní anamnéza pro zjištění, zda měl jedinec panické ataky již před nadměrným užíváním látek. V takovém případě by měla být kromě diagnózy látkové závislosti zvážena i diagnóza panické poruchy. Začátek po 45. roku věku či přítomnost atypických symptomů během panické ataky (např. závrať, ztráta vědomí, ztráta kontroly nad vylučováním moči či výkalů, špatně artikulovaná řeč, amnézie) naznačují možnost, že symptomy panické ataky mohou být zapříčiněny nějakým jiným somatickým onemocněním či látkou.

Jiné duševní poruchy s panickými atakami jakožto přidruženým projevem (např. jiné úzkostné poruchy a psychotické poruchy). Panické ataky, které se objevují jako symptomy jiných úzkostných poruch, jsou očekávané (např. zapříčiněné sociálními situacemi u sociální fobie, fobickými objekty či situacemi u specifické fobie či agorafobie, obavou u generalizované úzkostné poruchy, odloučením od domova či významných druhých osob u separačních úzkostných poruch), a tak nesplňují kritéria pro panickou poruchu. (**Poznámka:** Někdy je neočekávaná panická ataka spojována se začátkem jiné úzkostné poruchy, pak se však ataky stávají očekávanými, zatímco panická porucha je charakterizovaná opakujícími se neočekávanými panickými atakami.) Pokud se panické ataky objevují jen v reakci na určité spouštěče, je stanovena jen diagnóza relevantní úzkostné poruchy. Pokud

však jedinec zažívá také neočekávané panické ataky a vykazuje dlouhotrvající obavy či změny v chování z důvodu atak, měla by být zvážena přídatná diagnóza panické poruchy.

Komorbidita

Panická porucha bez další psychopatologie se v klinickém prostředí vyskytuje jen zřídka. Prevalence panické poruchy je zvýšená u jedinců s jinými poruchami, zejména s jinými úzkostnými poruchami (a obzvláště agorafobií), velkou depresivní poruchou, bipolární poruchou a někdy i mírnou poruchou užívání alkoholu. Zatímco panická porucha má často časnější nástup než komorbidní porucha či poruchy, začíná často až po komorbidní poruše, což lze považovat za ukazatel závažnosti komorbidní nemoci.

Zaznamenaný celoživotní výskyt komorbidní velké depresivní poruchy s panickou poruchou se značně liší a pohybuje se v rozmezí 10–65 % u jedinců s panickou poruchou. Přibližně u jedné třetiny jedinců s oběma poruchami předchází deprese nástupu panické poruchy. U zbývajících dvou třetin se deprese objevuje současně či v návaznosti na panickou poruchu. U podskupiny jedinců s panickou poruchou se vyvine porucha související s látkami, což u některých z nich představuje úsilí léčit svou úzkost alkoholem či léky. Běžná je také komorbidita s jinými úzkostnými poruchami a somatoformní poruchou.

Panická porucha je významně komorbidní s četnými obecnými zdravotními symptomy a obtížemi, mimo jiné závratí, srdečními arytmiemi, hyperthyroidismem, astmatem, CHOPN a syndromem dráždivého tračníku. Povaha spojení (např. příčinnost) mezi panickou poruchou a těmito obtížemi však zůstává neznámá. Prolaps mitrální chlopně a onemocnění štítné žlázy jsou sice běžnější u jedinců s panickou poruchou než u běžné populace, rozdíly v prevalenci však nejsou konzistentní.

Specifikátory panické ataky

Poznámka: Symptomy jsou prezentovány za účelem identifikace panické ataky, ale panická ataka není duševní poruchou a nemůže být kódována. Panické ataky se mohou objevit v rámci jakékoli úzkostné poruchy, stejně jako u jiných duševních poruch (např. depresivní porucha, posttraumatická stresová porucha, porucha užívání látek) a některých somatických onemocnění (např. srdečních, respiračních, vestibulárních, gastrointestinálních). Pokud je rozpoznána přítomnost panické ataky, měla by být označena jako upřesňující kritérium (např. „posttraumatická stresová porucha s panickými atakami“). U panické poruchy je přítomnost panické ataky obsažena v kritériích pro tuto poruchu a panická ataka není používána jako specifikátor.

Náhlý záchvat intenzivního strachu nebo intenzivní nepohody, který dosahuje svého vrcholu během několika minut, a v této době se vyskytnou čtyři (nebo více) z následujících příznaků:

Poznámka: K náhlému záchvatu 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 (pocit 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.

Diagnostické znaky

Základním znakem panické ataky je náhlé zesílení intenzivního strachu nebo nepohodlí, který dosáhne vrcholu během několika minut a během této doby se vyskytnou čtyři nebo více z 13 fyzických a kognitivních symptomů. 11 z těchto 13 symptomů je tělesných (např. bušení srdce, pocení), zatímco dva jsou kognitivní (tj. strach jedince, že se „zblázní“ či ztratí kontrolu, strach ze smrti). Strach jedince, „že se zblázní“, je hovorový výraz, který osoby s panickými atakami často používají, a není zamýšlený jako pejorativní nebo diagnostický termín. Termín *během několika minut* znamená, že čas do vrcholné intenzity je doslova jen několik málo minut.

Panická ataka může vzniknout buď z klidného, nebo úzkostného stavu a čas do vrcholu intenzity by měl být posouzen nezávisle na jakékoli předchozí úzkosti. To znamená, že začátek panické ataky je spíš bod, ve kterém náhle vzroste nepohoda, než bod, ve kterém se poprvé rozvine úzkost. Podobně se panická ataka může navrátit do úzkostného či klidného stavu, případně znovu dosáhnout vrcholu. Panická ataka se od přetrvávající úzkosti odlišuje časem potřebným k dosažení vrcholu intenzity, který se objevuje do několika minut, svou odlišnou povahou a typicky těžší závažností. Ataky, které splňují všechna ostatní kritéria, ale mají méně než čtyři fyzické a/nebo kognitivní symptomy, jsou označovány jako *atomy s omezeným počtem symptomů*.

Vyskytují se dva charakteristické typy panických atak: očekávané a neočekávané. *Očekávané panické ataky* jsou ataky, pro které existuje zjevný podnět či spouštěč, jako jsou situace, ve kterých k panickým atakám typicky docházelo. *Neočekávané panické ataky* jsou ty, pro něž v době vzniku neexistuje žádný podnět nebo spouštěč (např. při relaxaci či ve spánku [noční panická ataka]). Zda jsou panické ataky očekávané či neočekávané, posuzuje klinický pracovník na základě kombinace pečlivého dotazování ohledně série událostí předcházejících či vedoucích k atace a vlastního posouzení jedince, zda se ataka objevila bez zjevné příčiny. Toto posouzení očekávanosti či neočekávanosti může být ovlivněno kulturními interpretacemi. Mohou se objevit kulturně specifické symptomy (např. pískání v uchu, bolest za krkem, bolest hlavy, nekontrolovatelný křik či pláč), nicméně takové symptomy by se neměly počítat jako jeden ze čtyř potřebných symptomů. Panické ataky se mohou objevit v kontextu jakékoli duševní poruchy (např. úzkostné poruchy, depresivní poruchy, bipolární poruchy, poruchy příjmu potravy, obsedantně-kompulzivní a související poruchy, poruchy osobnosti, psychotické poruchy, poruchy užívání látek) i některých somatických onemocnění (např. srdeční, dýchací, vestibulární, gastrointestinální), přičemž většina z nich nikdy nenaplní kritéria panické poruchy. Pro diagnózu panické poruchy jsou nutné opakující se neočekávané panické ataky.

Přidružené znaky podporující diagnózu

Jedním z typů neočekávané panické ataky je *noční panická ataka* (tj. probuzení ze spánku ve stavu paniky), která se liší od návalu paniky po úplném probuzení ze spánku. Panické ataky jsou spojené s vyšším rizikem sebevražedných pokusů a myšlenek, a to i když jsou brány v úvahu komorbidita a jiné rizikové faktory sebevraždy.

Prevalence

V běžné populaci USA jsou odhady roční prevalence panických atak 11,2 % u dospělých. Nezdá se, že by se odhady roční prevalence mezi Afroameričany, asijskými Američany a Latinoameričany výrazně lišily. Zdá se, že odhady nižší roční prevalence pro evropské země se pohybují v rozmezí 2,7–3,3 %. Ženy jsou postiženy častěji než muži, ačkoli tento pohlavní rozdíl je zřetelnější u panické poruchy. Panické ataky se mohou objevit u dětí, ale až do období puberty, kdy se míra prevalence zvyšuje, jsou relativně vzácné. Prevalence klesá u starších jedinců, nejspíše v návaznosti na závažnost klesající k subklinickým stavům.

Vývoj a průběh

Průměrný věk nástupu panických atak v USA je přibližně 22–23 let u dospělých. Průběh panických atak je však pravděpodobně ovlivněn průběhem jakékoli současné se objevující duševní poruchy a stresujících životních událostí. U preadolescentních dětí jsou panické ataky málo časté a neočekávané panické ataky jsou výjimečné. Adolescenti mohou být méně než dospělí ochotní otevřeně hovořit o panických atakách, ačkoli se u nich objevují epizody intenzivního strachu či nepohody. Nižší prevalence panických atak u starších jedinců může být spojena se slabší autonomní reakcí na emocionální stavy ve srovnání s mladšími jedinci. Starší jedinci mohou mít menší tendenci používat slovo „strach“ a větší tendenci používat slovo „nepohoda“ k popsání panických atak. Starší jedinci s „panickými pocity“ mohou mít kombinaci limitované-symptomatických atak a generalizované úzkosti. Starší jedinci mají navíc tendenci připisovat panické ataky určitým stresujícím situacím (např. lékařské procedury, sociální prostředí) a mohou panické ataky zpětně vysvětlovat, třebaže byly v dané chvíli neočekávané. To může vyústit v podhodnocení neočekávaných panických atak u starších jedinců.

Rizikové a prognostické faktory

Temperamentové. Negativní afektivita (neuroticismus; tj. náchylnost k prožívání negativních emocí) a citlivost k úzkosti (tj. dispozice věřit, že symptomy úzkosti jsou škodlivé) jsou rizikovými faktory pro vznik panických atak. Anamnéza „období obav“ (tj. ataky s omezeným počtem symptomů, které plně nesplňují kritéria panické ataky) může být rizikovým faktorem pro pozdější panické ataky.

Environmentální. Rizikovým faktorem panických atak je kouření. V měsících předcházejících první panické atace většina jedinců zaznamená identifikovatelné stresory (např. interpersonální stresory a stresory spojené s tělesnou pohodou, jako jsou negativní zkušenosti s nelegálními drogami či předepsanými léky, nemoc nebo smrt v rodině).

Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

Posouzení, zda je ataka očekávaná či neočekávaná, mohou ovlivňovat kulturní interpretace. Mohou se vyskytnout kulturně podmíněné symptomy (např. pískání v uchu, bolest za krkem, bolest hlavy, a nekontrolovatelný křik či pláč). Tyto symptomy by se neměly počítat jako jeden ze čtyř potřebných symptomů. Četnost každého z těchto 13 symptomů se liší mezi kulturami (např. vyšší výskyt parestézie

u Afroameričanů a nevolnosti u mnoha asijských skupin). Kulturní syndromy také ovlivňují transkulturní projevy panických atak, ústící v různé profily symptomů napříč různými kulturními skupinami. Příklady zahrnují (větrné) ataky *khyâl* kambodžský kulturní syndrom zahrnující nevolnost, pískání v uších, a bolest za krkem; a (s větrem spojené) ataky *trúng gió*, vietnamský kulturní syndrom, spojený s bolestmi hlavy. *Ataque de nervios* (nervová ataka) je kulturní syndrom u Latinoameričanů, který může zahrnovat třes, nekontrolovatelný křik či pláč, agresivní nebo sebevražedné chování a depersonalizaci či derealizaci a který může trvat déle než několik minut. Některé klinické projevy *ataque de nervios* naplňují kritéria pro jiná onemocnění než panickou ataku (např. jiné specifikované disociativní poruchy). Klasifikaci panických atak jako očekávaných či neočekávaných mohou ovlivňovat kulturní očekávání, protože kulturní syndromy mohou podmiňovat strach z určitých situací od interpersonálních hádek (spojených s *ataque de nervios*) po určité typy námahy (spojených s atakami *khyâl*), atmosférický vítr (spojený s atakami *trúng gió*). Objasnění detailů kulturní atribuce může napomoci v rozlišování očekávaných a neočekávaných panických atak. Více informací o kulturních syndromech se nachází v kapitole „Slovník kulturních konceptů nepohody“ v příloze tohoto manuálu.

Diagnostické faktory vázané na pohlaví

Panické ataky jsou častější u žen než u mužů, ale klinické projevy či symptomy panických atak se u žen a u mužů neliší.

Diagnostické markery

Fyziologické záznamy přirozeně se vyskytujícími panických atak u jedinců s panickou poruchou naznačují náhlé zvýšení excitace, obvykle srdečního tepu, který dosahuje vrcholu do několika minut a odezní během několika minut, a u některých jedinců mohou panické atace předcházet kardiopulmonální potíže.

Funkční důsledky panických atak

Ve srovnání s komorbidně se objevujícími psychickými poruchami, včetně úzkostné poruchy, depresivních poruch, bipolární poruchy, závislosti, psychotických poruch a poruch osobnosti, jsou panické ataky spojeny s těžší závažností příznaků, vyšším výskytem komorbidit a sebevražedných sklonů a horší reakcí na léčbu. Plně vyjádřené panické ataky jsou také obvykle spojeny s větší morbiditou (např. větší využívání zdravotní péče, větší handicap, horší kvalita života) než ataky s omezeným počtem symptomů.

Diferenciální diagnóza

Jiné záchvatovité epizody (např. „záchvaty vzteku“). Panické ataky by neměly být diagnostikovány, pokud epizody nezahrnují náhlý záchvat intenzivního strachu nebo nepohody, ale spíše jiné emocionální stavy (např. hněv, zármutek).

Úzkostná porucha způsobená jiným somatickým onemocněním. Zdravotní obtíže, které mohou působit či být nesprávně diagnostikovány jako panické ataky, zahrnují hyperthyroidismus, hyperparathyroidismus, feochromocytom, vestibulární dysfunkce, záchvatovité poruchy a kardiopulmonární obtíže (např. arytmie, supraventikulární tachykardie, astma, chronická obstrukční plicní nemoc). Příslušné laboratorní testy (např. sérová hladina kalcia pro hyperparathyroidismus; Holterovo monitorování arytmií) nebo tělesné prohlídky (např. pro srdeční obtíže) mohou napomoci určit etiologickou roli jiných somatických onemocnění.

Úzkostná porucha vyvolaná užíváním látek/léků. Panickou ataku může přivodit intoxikace stimulanty působícími na centrální nervovou soustavu (např. kokain, amfetaminy, kofein), intoxikace kanabisem a odvykací stav po sedativech působících na centrální nervovou soustavu (např. alkohol, barbituráty). Pro zjištění, zda jedinec trpěl panickými atakami před započítím nadměrného užívání látek, by měla být detailně zjištěna osobní anamnéza. Jevy jako počátek po 45. roku věku či přítomnost atypických symptomů během panické ataky (např. závrať, ztráta vědomí, ztráta kontroly nad vylučováním moči či výkalů, špatně artikulovaná řeč, amnézie) naznačují možnost, že symptomy panické ataky mohou být zapříčiněny nějakým jiným somatickým onemocněním či látkou.

Panická porucha. Pro diagnózu panické poruchy jsou vyžadovány opakované neočekávané panické ataky, které však nejsou dostatečným kritériem (tj. musí být zcela splněna diagnostická kritéria pro panickou poruchu).

Komorbidita

Panické ataky jsou spojené se zvýšenou pravděpodobností různých komorbidních duševních poruch, včetně úzkostných poruch, depresivní poruchy, bipolárních poruch, poruch kontroly impulzivity a poruch užívání látek. Panické ataky jsou spojené se zvýšenou pravděpodobností pozdějšího rozvoje úzkostných poruch, depresivní poruchy, bipolárních poruch, případně jiných poruch.

Agorafobie 300.22 (F40.00)

Diagnostická kritéria

- A. Výrazný strach či úzkost týkající se dvou (či více) z následujících pěti situací:
 1. Používání hromadné dopravy (např. automobily, autobusy, vlaky, lodě, letadla).
 2. Pobyť v otevřených prostranstvích (např. parkoviště, nákupní střediska, mosty).
 3. Pobyť v uzavřených prostorech (např. obchody, divadla, kina).
 4. Stání ve frontě či v davu.
 5. Pobyť o samotě mimo domov.
- B. Jedinec se obává nebo vyhýbá těmito situacím z důvodu myšlenek na obtížnost úniku či nedostupnost pomoci v případě, že se u něj rozvinou symptomy připomínající paniku či jiné zneschopňující či zahanbující symptomy (např. strach z pádu u starších osob, strach z inkontinence).
- C. Agorafobické situace téměř vždy vyvolávají strach či úzkost.
- D. Jedinec se agorafobickým situacím aktivně vyhýbá, vyžaduje přítomnost společníka nebo je snáší s intenzivním strachem a úzkostí.
- E. Strach či úzkost neodpovídá vlastnímu ohrožení, které agorafobické situace a sociokulturní kontext představují.
- F. Strach, úzkost nebo vyhýbání se je trvalé a typicky trvá 6 měsíců či déle.
- G. Strach, úzkost nebo vyhýbání se zapříčiňuje klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní či jiné důležité oblasti.
- H. Při výskytu jiného somatického onemocnění (např. zánětlivé střevní onemocnění, Parkinsonova nemoc), jsou strach, úzkost nebo vyhýbání se zjevně nadměrné.