

**Depresivní, bipolární a psychotické poruchy.** Přehnané obavy s podobnými znaky, jako má generalizovaná úzkostná porucha, jsou běžné u depresivní, bipolární a psychotické poruchy a generalizovaná úzkostná porucha by neměla být diagnostikována samostatně, pokud se nadměrné obavy vyskytly pouze v průběhu těchto poruch.

### Komorbidity

U jedinců, jejichž projevy splňují kritéria pro generalizovanou úzkostnou poruchu, je pravděpodobné, že zároveň splňují kritéria pro jiné úzkostné či unipolárně depresivní poruchy. Neuroticismus či emoční labilita, která je základem tohoto vzorce komorbidity, je spojena s rizikovými temperamentovými a genetickými faktory a faktory prostředí, které jsou těmto poruchám společné, ačkoli je možný rozvoj poruchy nezávislý na výše jmenovaných faktorech. Komorbidity s poruchou užívání látek, poruchou přizpůsobení, psychotickou, neurovývojovou nebo neurokognitivní poruchou je méně častá.

## Úzkostná porucha vyvolaná užíváním látek/léku

### Diagnostická kritéria

- A. V klinickém obraze převažují panické ataky nebo úzkost.
- B. Existují důkazy z anamnézy, tělesného nebo laboratorního vyšetření, nebo obojí (1) a (2):
  1. Příznaky v kritériu A jsou rozvinuty během nebo po intoxikaci, odvykání nebo po expozici léku.
  2. Příslušná látka/lék je schopna vyvolat příznaky v kritériu A.
- C. Poruchu nelze lépe vysvětlit jinou úzkostnou poruchou než tou, která nastane po užití léku nebo látky. Takový důkaz nezávislé úzkostné poruchy může zahrnovat následující:
 

Příznaky předcházejí začátku užívání látky či léku; příznaky přetrvávají po určitou dobu (např. 1 měsíc) po dokončeném odnětí látky nebo po těžké intoxikaci; nebo se objevují jiné důkazy podporující existenci úzkosti nezávislé na užití látky/léku (např. anamnéza opakujících se epizod nezávislých na látkách/lécích).
- D. Porucha se nevyskytuje pouze v průběhu deliria.
- E. Porucha způsobuje klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiných důležitých oblastech.

**Poznámka:** Tato diagnóza by měla být stanovena místo diagnózy intoxikace nebo odvykacího stavu pouze v případě, že převažují příznaky v kritériu A, které jsou dostatečně závažné, aby upoutaly klinickou pozornost.

**Kódovací poznámka:** Kódy MKN-9-CM a MKN-10-CM pro úzkostnou poruchu vyvolanou užíváním (specifické látky/léku) jsou uvedena v tabulce níže. Všimněte si, že kód MKN-10-CM závisí na tom, zda přidružená porucha vyvolaná užíváním látky/léku je, nebo není přítomna ve stejné třídě látek. Je-li mírné užívání spojeno s úzkostí vyvolanou látkou/lékem, pak je na 4. pozici uvedeno „1“ a lékař by měl zaznamenat mírnou poruchu užívání před úzkostnou poruchou vyvolanou užíváním látky/léku (např. „mírná porucha užívání kokainu s úzkostnou poruchou vyvolanou užíváním kokainu“). Je-li mírná nebo těžká porucha užívání komorbidní s úzkostnou poruchou vyvolanou látkou/lékem, je na 4. pozici uvedeno „2“ a kli-

nický pracovník by měl zaznamenat „mírnou poruchu užívání“ nebo „těžkou poruchu užívání“ podle závažnosti komorbidní poruchy užívání látek. Pokud není přidružená porucha užívání látek (např. po jednorázovém těžkém užití látky), pak je na 4. pozici uvedeno „9“ a klinický pracovník by měl zaznamenat pouze úzkostnou poruchu vyvolanou látkou/lékem.

### Diagnostické kódy pro specifikaci úzkostné poruchy vyvolané užíváním látky/léku komorbidní s poruchou užívání látky/léku.

	MKN-9-CM	MKN-10-CM		
		S mírnou poruchou užívání	Se středně těžkou nebo těžkou poruchou užívání	Bez poruchy užívání
Alkohol	291.89	F10.180	F10.280	F10.980
Kofein	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Kanabis	292.89	F12.180	F12.280	F12.980
Fencyklidin	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Jiné halucinogeny	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Organická rozpouštědla (inhalancia)	292.89	F18.180	F18.280	F18.980
Opioidy	292.89	F11.188	F11.288	F11.988
Sedativa, hypnotika či anxyolitika	292.89	F13.180	F13.280	F13.980
Amfetaminy (či jiná stimulancia)	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Kokain	292.89	F14.180	F14.280	F14.980
Jiné (či neznámé) látky	292.89	F19.180	F19.280	F19.980

Upřesněte poruchu (viz Tabulku 1 v kapitole „Poruchy spojené s užíváním látek a poruchy se závislostmi“ pro diagnózu spojenou s třídou látek na str. 506:

**S nástupem během intoxikace.** Toto upřesňující kritérium se použije, pokud jsou splněna kritéria pro intoxikaci látkou a příznaky se rozvíjí během intoxikace.

**S nástupem během odvykacího stavu.** Toto upřesňující kritérium se použije, pokud jsou splněna kritéria pro odvykací stav po látce a příznaky se rozvíjí krátce po odnětí nebo v jeho průběhu.

**S nástupem po užívání léku.** Příznaky se mohou objevit buď při zahájení medikace, nebo po úpravě či změně v užívání.

### Postup při zaznamenání

**MKN-9-CM.** Název úzkostné poruchy vyvolané užíváním látky/léku začíná konkrétní látkou (např. kokain, salbutamol), o níž se předpokládá, že způsobila příznaky úzkosti. Diagnostický kód, který je založen na klasifikaci léků, je vybrán z tabulky uvedených kritérií. U látek, které nejsou obsaženy v žádné z tříd (např. salbutamol), uijeme kód „jiné látky“ a v případě, že je látka považována za etiologický faktor, ale specifická třída není známa, použijeme kategorii „neznámá látka“.

Po názvu poruchy následuje upřesnění začátku (např. začátek během intoxikace, během odvykacího stavu, v průběhu užívání léku). Na rozdíl od záznamu podle MKN-10-CM, který uvádí poruchu vyvolanou užíváním látky/léku a poruchu užívání látky/léku pod jedním kódem, má MKN-9-CM pro poruchu užívání látky samostatný kód. Například u příznaků úzkosti objevujících se po odnětí u muže s těžkou poruchou užívání lorazepamu je diagnóza 292.89 – úzkostná porucha vyvolaná užíváním lorazepamu, se začátkem po odnětí lorazepamu. Přidružená diagnóza je zaznamenána jako 304.10, těžká porucha užívání lorazepamu. Pokud hraje

v rozvoji úzkostných příznaků významnou roli více látek, každá by měla být uvedena samostatně (např. 292.89 úzkostná porucha vyvolaná methylfenidátem, se začátkem v průběhu intoxikace; 292.89 úzkostná porucha vyvolaná salbutamolem, se začátkem po užití léku).

**MKN-10-CM.** Název úzkostné poruchy vyvolané užíváním látky/léku začíná konkrétní látkou (např. kokain, salbutamol), o níž se předpokládá, že způsobila příznaky úzkosti. Diagnostický kód je vybrán z tabulky zahrnující kritéria, která jsou založena na klasifikaci léků a přítomnosti nebo nepřítomnosti komorbidní poruchy užívání látek. Látky, které nespádají do žádné z tříd (např. salbutamol), kódujeme jako „jiné látky“ a v případě, že je látka považována za etiologický faktor, ale specifická třída není známa, použijeme kategorii „neznámá látka“.

Při zaznamenávání názvu poruchy je komorbidní porucha užívání látek (pokud existuje) uvedena jako první, následována předložkou „s“ a názvem úzkostná porucha vyvolaná užíváním látky. Následuje upřesnění začátku (např. začátek v průběhu intoxikace, po odnětí, v průběhu užívání). Například u příznaků úzkosti objevujících se po odnětí u muže s těžkou poruchou užívání lorazepamu je diagnóza F13.280 těžká porucha užívání lorazepamu s úzkostnou poruchou vyvolanou užíváním lorazepamu, se začátkem po odnětí.

Samostatná diagnóza komorbidní těžké poruchy užívání lorazepamu není stanovena. Objeví-li se úzkostná porucha vyvolaná užíváním látky bez komorbidní poruchy užívání látky (např. po jednorázovém těžkém užití látky), není porucha užívání látky zaznamenána (např. F16.980 úzkostná porucha vyvolaná užíváním psilocybinu, se začátkem během intoxikace). Pokud v rozvoji symptomů úzkosti hraje roli více látek, každá by měla být zaznamenána samostatně (např. F 15.280 těžká porucha užívání methylfenidátu s úzkostnou poruchou vyvolanou užíváním methylfenidátu, se začátkem během intoxikace; F19.980 úzkostná porucha vyvolaná užíváním salbutamolu, se začátkem po užití látky).

### Diagnostické znaky

Základními znaky úzkostné poruchy vyvolané užíváním látky/léku jsou výrazné příznaky paniky nebo úzkosti (kritérium A), u nichž se předpokládá, že je vyvolala právě užitá látka (např. droga, lék nebo toxická látka). Je důležité, aby se panické či úzkostné příznaky vyvinuly během intoxikace nebo krátce po ní, po odnětí nebo užití látky/léku. Látka/lék musí vyvolat příznaky uvedené v kritériu B2. Úzkostná porucha vyvolaná látkou/lékem v návaznosti na předepsanou léčbu duševní poruchy nebo jiného somatického onemocnění musí mít svůj začátek během užívání léku (nebo po odnětí, pokud je odnětí spojeno s medikací). Jakmile je léčba přerušena, mohou se příznaky zlepšit nebo zhoršit, což může trvat několik týdnů až měsíců (v závislosti na poločas rozpadu látky/léku a v závislosti na odnětí). Diagnóza úzkostné poruchy vyvolané užíváním látky/léku by neměla být stanovena, jestliže začátek panických a úzkostných příznaků předchází intoxikaci látkou nebo jejím odnětí. Nebo v případě, že příznaky přetrvávají po určitou dobu (většinou déle než 1 měsíc) od těžkého užití látky nebo po jejím odnětí. Pokud tyto příznaky přetrvávají značné časové období, je vhodné zvážit i jiné příčiny příznaků. Na úzkostnou poruchu vyvolanou užíváním látek/léků (namísto intoxikace látkou a odvykacího stavu) bychom měli usuzovat pouze v případě, že příznaky převládající v klinickém obraze splňují kritérium A a jsou natolik závažné, že je třeba jim věnovat pozornost.

### Přidružené znaky podporující diagnózu

Panika nebo úzkost se mohou objevit v případě intoxikace následujícími látkami: alkohol, kofein, kanabis, fencyklidin, jiné halucinogeny, organická rozpou-

štědla (inhalancia), stimulancia (včetně kokainu) a jiné (nebo neznámé) látky. Panika nebo úzkost se mohou objevit také v případě odvykacího stavu u následujících látek: alkohol, opioidy, sedativa, hypnotika, anxiolytika, stimulancia (včetně kokainu) a jiné (nebo neznámé) látky. Také některé léky mohou vyvolávat úzkostné příznaky, a to anestetika a analgetika, sympatomimetika, bronchodilatancia, anticholinergika, inzulin, léky užívané k léčbě poruchy funkcí štítné žlázy, antikoncepce, antihistaminika, antiparkinsonika, kortikosteroidy, antihypertenzní a kardiovaskulární preparáty, antikonvulziva, uhličitán lithný, antipsychotika a antidepresiva. Dále mohou být panické a úzkostné symptomy způsobeny těžkými kovy a toxiny (např. organofosfátové insekticidy, nervové plyny, oxid uhelnatý, oxid uhličitý, těkavé látky, jako je benzin a barvy).

### Prevalence

Prevalence úzkostné poruchy vyvolané užíváním látky/léku není zcela jasná. Data získaná od běžné populace ukazují, že tato porucha může být vzácná, s roční prevalencí asi 0,002 %. Avšak v klinické populaci je prevalence vyšší.

### Diagnostické markery

Laboratorní vyšetření (např. toxikologie moči) může být užitečné k měření intoxikace látkou, jako součást posuzování úzkostné poruchy vyvolané užíváním látky/léku.

### Diferenciální diagnóza

**Intoxikace látkou a odvykací stav po odnětí látky.** Příznaky úzkosti se běžně vyskytují při užívání látky a po jejím odnětí. Diagnóza úzkostné poruchy vyvolané užíváním látky/léku by měla být stanovena spolu s diagnózou intoxikace či odvykacího stavu, pokud v klinickém obraze převládají panické nebo úzkostné stavy, které jsou dostatečně závažné, aby vyžadovaly klinickou pozornost. Panické a úzkostné příznaky jsou například charakteristické pro odvykací stav po alkoholu.

**Úzkostné poruchy (tj. nevyvolané látkou/lékem).** Úzkostná porucha vyvolaná užíváním látky/léku má etiologický vztah k užití látky nebo léku. Tato porucha se od primární úzkostné poruchy liší začátkem, průběhem a jinými faktory s ohledem na látku či lék. Důležité je, aby byl fakt o užití dané látky/léku prokazatelný z anamnézy, tělesného nebo laboratorního vyšetření. Úzkostné poruchy vyvolané užíváním látky/léku vznikají pouze v souvislosti s intoxikací nebo odnětím látky/léku, zatímco primární úzkostná porucha může užití látky/léku předcházet. Přítomnost příznaků, které jsou pro primární úzkostnou poruchu atypické (jako například začátek poruchy po 45. roce) nebo symptomy (např. příznaky atypické panické ataky jako závratě, ztráta rovnováhy, ztráta vědomí, ztráta kontroly močového měchýře, bolesti hlavy, nezřetelná řeč) mohou poukazovat na etiologii vyvolanou látkou/lékem. Diagnóza primární úzkostné poruchy je namístě v případě, že panické nebo úzkostné příznaky přetrvávají po značnou dobu (asi 1 měsíc nebo déle) po ukončení užívání nebo po akutním odvykacím stavu, nebo pokud je v anamnéze úzkostná porucha.

**Delirium.** Pokud se vyskytnou panické nebo úzkostné symptomy výhradně v průběhu deliria, jsou zvažovány ve spojitosti s deliriem a nejsou diagnostikovány odděleně.

**Úzkostná porucha způsobená jiným somatickým onemocněním.** Pokud jsou panické nebo úzkostné symptomy připisovány důsledkům jiného somatického onemocnění (nikoli lékům užívaným v souvislosti s onemocněním), mělo by se

usuzovat na úzkostnou poruchu způsobenou jiným somatickým onemocněním. Pro takové rozhodnutí často poskytuje základ anamnéza. Někdy může být zapotřebí změna v léčbě jiného somatického onemocnění (např. substituční léčba nebo přerušení léčby), aby bylo možno určit, zda je příčinou lék (v tomto případě mohou být příznaky lépe vysvětleny úzkostnou poruchou vyvolanou látkou/lékem). Je-li porucha důsledkem jiného somatického onemocnění a zároveň užití látky, zvažujeme obě diagnózy (úzkostnou poruchu způsobenou jiným somatickým onemocněním a úzkostnou poruchu vyvolanou užíváním látky/léku). Pokud chybí důkazy, zda panické a úzkostné stavy vznikly užíváním látky/léku, nebo v důsledku jiného somatického onemocnění (tj. nelze je přiřadit ani k jednomu), zvažujeme jinou specifikovanou nebo nespecifikovanou úzkostnou poruchu.

## Úzkostná porucha způsobená jiným somatickým onemocněním 293.84 (F06.4)

### Diagnostická kritéria

- A. V klinickém obraze dominují panické nebo úzkostné ataky.
- B. Existuje důkaz z anamnézy, tělesného vyšetření nebo laboratorních výsledků, že je porucha přímým důsledkem jiného somatického onemocnění.
- C. Poruchu nelze lépe vysvětlit jinou poruchou.
- D. K poruše nedochází výlučně během deliria.
- E. Porucha způsobuje klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti.

**Kódovací poznámka.** Uveďte název jiného somatického onemocnění v názvu duševní poruchy (např. 293.84 [F06.4] úzkostná porucha způsobená feochromocytem). Jiné somatické onemocnění by mělo být kódováno a uvedeno před poruchou způsobenou jiným somatickým onemocněním (např. 227.0 [D35.00] feochromocyt; 293.84 [F06.4] úzkostná porucha způsobená feochromocytem).

### Diagnostické znaky

Základním znakem úzkostné poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním je klinicky významná úzkost, kterou lze nejlépe vysvětlit jako fyziologický účinek jiného somatického onemocnění. Mezi příznaky mohou náležet významné úzkostné symptomy nebo panické ataky (kritérium A). Příznaky lze nejlépe vysvětlit na základě anamnézy, tělesného a laboratorního vyšetření (kritérium B). Kromě toho musí být zřejmé, že příznaky nelze přičítat jiné duševní poruše, zejména poruše způsobené s úzkostí, u níž je stresorem somatické onemocnění (kritérium C). V tomto případě je jedinec s poruchou přizpůsoben nejvíce rozrušen významem nebo důsledky jiného somatického onemocnění. Při úzkosti způsobené jiným somatickým onemocněním hraje zásadní roli tělesná složka úzkosti (např. dušnost). Na tuto diagnózu nelze usuzovat, pokud se symptomy úzkosti objevují pouze v průběhu deliria (kritérium D). Příznaky úzkosti musí způsobovat klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní či jiné důležité oblasti (kritérium E).

Při určování, zda lze příznaky úzkosti přičíst jinému somatickému onemocnění, musí klinický pracovník nejdříve zjistit zdravotní stav. Než rozhodne, že toto je nejlepší vysvětlení příznaků u konkrétního jedince, musí potvrdit, že příznaky úzkosti etiologicky souvisejí se somatickým onemocněním cestou fyziologického

mechanismu. Je proto velmi důležité pečlivě a komplexně posoudit mnohočetné faktory. Dále je třeba vzít v úvahu několik klinických aspektů: (1) přítomnost jasné časové souvislosti mezi začátkem, zhoršením nebo remisí somatického onemocnění a úzkostných symptomů; (2) přítomnost prvků, které jsou pro primární úzkostnou poruchu atypické (např. netypický věk začátku nebo průběh onemocnění); a (3) důkaz známého fyziologického mechanismu uvedeného v literatuře, který způsobuje úzkost (např. hypertyreóza). Kromě toho nesmí být možné poruchu lépe vysvětlit primární úzkostnou poruchou, úzkostnou poruchou vyvolanou užíváním látky/léku, ani nesmí být způsobená jinou duševní poruchou (např. porucha přizpůsobení).

### Přidružené znaky podporující diagnózu

Je známa řada onemocnění, při kterých se projevují známky úzkosti. Patří sem například endokrinní onemocnění (hypertyreóza, feochromocytom, hypoglykémie, hyperadrenokorticismus), kardiovaskulární onemocnění (městnavé srdeční selhání, plicní embolie, arytmie, jako např. fibrilace síní), onemocnění dýchacích cest (chronická obstrukční plicní nemoc, astma, zápal plic), poruchy metabolismu (nedostatek vitamínu B12, porfyrie) a neurologická onemocnění (nádory, vestibulární dysfunkce, encefalitida, záchvatovité poruchy). Diagnóza úzkostné poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním je stanovena v případě, kdy je známo, že příznaky onemocnění vyvolávají úzkost.

### Prevalence

Prevalence úzkostné poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním je nejasná. Zdá se, že je vyšší u osob s různými somatickými onemocněními, mezi něž patří astma, hypertenze, žaludeční vředy a artritida. Tato zvýšená prevalence však může být i důsledkem jiných onemocnění.

### Vývoj a průběh

Vývoj a průběh úzkostné poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním většinou kopíruje průběh základního onemocnění. Tato diagnóza by neměla zahrnovat primární úzkost vzrůstající v průběhu onemocnění. Tento fakt je důležité zvážit u starších jedinců, u nichž se může rozvinout chronické onemocnění, na jehož základě se projeví úzkost jako sekundární důsledek.

### Diagnostické markery

K potvrzení diagnózy této úzkostné poruchy je nezbytné laboratorní a tělesné vyšetření.

### Diferenciální diagnóza

**Delirium.** Na diagnózu úzkostné poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním neusuzujeme v případě, že vznikla během deliria. Nicméně úzkostná porucha způsobená jiným somatickým onemocněním může být komorbidní se závažnou neurokognitivní poruchou (demence) v případě, že je etiologie úzkosti považována za fyziologický důsledek patologického procesu způsobujícího neurokognitivní poruchu, a pokud je úzkost významnou součástí klinického obrazu.

**Smíšené projevy příznaků (např. nálada a úzkost).** V případě, že se projeví směr různých typů příznaků, závisí specifická duševní porucha způsobená jiným somatickým onemocněním na tom, který z těchto příznaků v klinickém obraze převládá.

**Úzkostná porucha vyvolaná užíváním látky/léku.** Pokud existuje důkaz o nedávném nebo dlouhodobém užívání látek (včetně léků s psychoaktivními účinky),

odvykacím stavu nebo vystavení toxinu, je možné zvažovat úzkostnou poruchu vyvolanou látkou/lékem. U některých léků je známo, že zvyšují úzkost (např. kortikosteroidy, estrogeny, metoklopramid). V takovém případě je obtížné etiologicky odlišit, zda je úzkost vyvolána užíváním látky/léku, nebo jiným somatickým onemocněním jako takovým. Pokud úzkostnou poruchu vyvolanou užíváním látky/léku vztahujeme k občasnému užívání látky/léku nebo k užívání léků, které nejsou na předpis, je vhodné otestovat krev nebo moč na přítomnost látky v těle (popř. jiný druh vyšetření). Příznaky vyskytující se během nebo krátce (tj. do 4 týdnů) po intoxikaci, odnětí nebo užití léku mohou svědčit o úzkostné poruše vyvolané látkou/lékem. Závisí pak na typu, průběhu nebo množství užití látky. V případě, že je porucha spojena jak s jiným somatickým onemocněním, tak s užíváním látky, mohou být stanoveny obě diagnózy (tj. úzkostná porucha způsobená jiným somatickým onemocněním, úzkostná porucha vyvolaná užíváním látky/léku). Charakteristiky jako začátek po 45. roce života nebo přítomnost netypických symptomů během panické ataky (např. závrať, ztráta vědomí, ztráta kontroly nad vyprazdňováním močového měchýře nebo střev, nezřetelná řeč, amnézie) mohou naznačovat možnost jiného somatického onemocnění nebo fakt, že příznaky panické ataky může způsobovat látka.

**Úzkostná porucha (nezpůsobená jiným somatickým onemocněním).** Úzkostnou poruchu způsobenou jiným somatickým onemocněním je třeba odlišovat od jiných úzkostných poruch (zvláště od panické poruchy a generalizované úzkostné poruchy). U jiných úzkostných poruch nejsou s jiným somatickým onemocněním spojeny žádné specifické ani přímé fyziologické mechanismy. Začátek onemocnění v pozdním věku, atypické příznaky nebo absence úzkostné poruchy v osobní či rodinné anamnéze naznačují potřebu důkladného vyšetření, aby bylo možné vyloučit úzkostnou poruchu způsobenou jiným somatickým onemocněním. Úzkostné poruchy mohou zhoršit nebo zvýšit riziko somatických onemocnění, jako jsou kardiovaskulární příhody a infarkt myokardu. Neměly by proto být diagnostikovány jako úzkostné poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním.

**Nozofobie.** Úzkostné poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním je třeba odlišit od nozofobie. Nozofobie je charakterizována obavami o zdraví, strachem z bolesti a tělesných obtíží. V případě nozofobie může, ale nemusí být u jedince diagnostikováno somatické onemocnění. Ačkoli je u jedince se somatickým onemocněním a s nozofobií pravděpodobné, že se u něj projeví úzkost způsobená jiným somatickým onemocněním, nemá somatický stav s úzkostí fyziologickou spojitost.

**Poruchy přizpůsobení.** Úzkostnou poruchu způsobenou jiným somatickým onemocněním je třeba odlišit od poruch přizpůsobení s úzkostí nebo s úzkostí a depresivní náladou. Porucha přizpůsobení je prokázána v případě, kdy jedinec prožije maladaptivní reakci na stres způsobený jiným somatickým onemocněním. Reakce na stres se obvykle týká významu nebo důsledků stresu, ve srovnání se zkušenostmi z úzkostných nebo depresivních symptomů, které se vyskytují jako fyziologický důsledek jiného somatického onemocnění. U poruch přizpůsobení obvykle úzkostné příznaky souvisí se zvládáním stresu zaviněného celkovým onemocněním. Naproti tomu jedinci s úzkostnými poruchami způsobenými jiným somatickým onemocněním spíše mívají nápadné tělesné symptomy a bývají více zaměřeni na jiné záležitosti než na obavu z nemoci jako takové.

**Přidružené znaky jiné duševní poruchy.** Úzkostné symptomy mohou souviset s jinou duševní poruchou (např. schizofrenií, mentální anorexií).

**Jiná specifikovaná nebo nespecifikovaná úzkostná porucha.** Na tuto diagnózu usuzujeme v případě, že není možné určit, zda jsou příznaky úzkosti primární, vyvolané užíváním látky/léku, nebo souvisejí s jiným somatickým onemocněním.

### Jiná specifikovaná úzkostná porucha 300.09 (F41.8)

Tato kategorie se týká projevů, v nichž převažují příznaky charakteristické pro úzkostné poruchy, které způsobují klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti, které však plně nesplňují potřebná kritéria pro třídu úzkostných poruch. Dále je tato diagnóza užívána v případě, kdy klinický pracovník rozhodne, že projevy nesplňují kritéria pro specifikovanou úzkostnou poruchu. Do záznamu se proto uvede „Jiná specifikovaná úzkostná porucha“ a poté následuje specifikovaný důvod (např. „generalizovaná úzkostná porucha, neobjevující se po více dní“).

Příklady projevů, jimiž lze upřesnit použití „jiná specifikovaná“, zahrnují:

1. Omezené symptomy projevů.
2. Generalizovaná úzkostná porucha neobjevující se více dní.
3. *Khyâl cap*, viz „Slovník kulturních konceptů nepohody“ v příloze.
4. *Ataque de nervios* (nervová ataka), viz „Slovník kulturních konceptů nepohody“ v příloze.

### Nespecifikovaná úzkostná porucha 300.00 (F41.9)

Tato kategorie se týká projevů, které jsou typické pro úzkostné poruchy způsobující klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti, ale plně nesplňují kritéria pro žádnou z diagnostické třídy úzkostných poruch. Tato kategorie se používá v situacích, kdy nejsou splněna kritéria pro specifikovanou úzkostnou poruchu a klinický pracovník se rozhodne důvod nespecifikovat, a v situacích zahrnujících projevy, v nichž není dostatek informací pro stanovení specifické diagnózy (např. na pohotovosti).