

## Związki między atakami paniki i zaburzeniami panicznymi a innymi zaburzeniami lękowymi u dzieci i młodzieży

*Panic attacks and panic disorder as related to other anxiety disorders in children and adolescents*

JOLANTA RABE-JABŁOŃSKA

*Z II Kliniki Psychiatrycznej Katedry Psychiatrii Akademii Medycznej w Łodzi*

**STRESZCZENIE.** *Celem tej pracy było poszukiwanie związków między atakami paniki i zaburzeniem panicznym a pojawieniem się innych zaburzeń lękowych (wg DSM-IV) u 60 osób w okresie rozwojowym (30 dzieci w wieku 5-14 lat oraz 30 młodocianych w wieku 15-18 lat). Z badanymi oraz ich matkami lub opiekunkami przeprowadzono ustrukturalizowany wywiad, skonstruowany na podstawie kryteriów rozpoznawania ataków paniki oraz zaburzenia panicznego w DSM-IV. Analizowano dokumentację leczniczą badanych pod kątem przyczyn napadów paniki. Uzupełnieniem były badania ich stanu somatycznego, neurologicznego oraz w razie konieczności badania dodatkowe. U 45% badanych, głównie u osób z aktualnie występującym zaburzeniem lękowym uogólnionym, występowały wcześniej ataki paniki (u 26,7%) - w postaci napadowych lęków samoistnych, najczęściej poprzedzonych hiperwentylacją lub w postaci napadowych lęków sytuacyjnych, a także zaburzenia paniczne (u 18,3% badanych). Należy przypuszczać, że istnieją związki między występowaniem zaburzenia panicznego a zaburzeniem lękowym uogólnionym wymagające dalszych badań.*

**SUMMARY.** *The aim of this study was to look for relationships between panic attacks, panic disorder and other anxiety disorders (according to DSM-IV criteria) in 60 persons (30 children aged 5-14, and 30 adolescents aged 15-18). The subjects and their mothers or carers were examined with a structured interview based on DSM-IV criteria for diagnosing panic attacks and panic disorder. Medical, and especially psychiatric records of Ss were analyzed for causes of panic attacks and panic disorder. All the Ss underwent physical and neurological examination, and - in some cases - also additionally a laboratory check-up or CT of the brain. 45% of Ss, especially those with general anxiety disorder at present, were found to have suffered from panic attacks and panic disorder in the past. 18,3% of the Ss had suffered from panic disorder, while panic attacks (usually situationally determined or preceded by hyperventilation) had occurred in 26,7% of them. The relationship between panic disorder in the past and current general anxiety disorder seems to be an interesting finding requiring further study.*

---

**Słowa kluczowe:** dzieci / młodzież / ataki paniki / zaburzenia paniczne / zaburzenia lękowe  
**Key words:** children / adolescents / panic attacks / panic disorder / anxiety disorder

---

Od wielu lat w literaturze psychiatrycznej pojawiają się opisy lęku występującego napadowo. Systematyczne badania nad tym problemem klinicznym rozpoczęły się jednak dopiero w latach siedemdziesiątych (prace

Kleina i Finka - 14). Wtedy również wprowadzono termin "zaburzenie paniczne". Wprowadzenie tego terminu miało na celu podkreślenie różnicy pomiędzy ograniczonymi atakami paniki a złożonym obrazem klini-

cznym specyficznego zaburzenia lękowego, składającego się z szeregu innych objawów poza atakami paniki (8, 9, 10, 25, 26).

Przegląd literatury obejmującej ponad 20 lat badań nad zaburzeniem panicznym przynosi szereg teorii biologicznych i psychologicznych tłumaczących patogenезę tego zaburzenia (np. teorię katecholaminową, genetyczną, miejsca sinawego, GABA-benzodwiazepinową, panikogennego działania mleczanów, behawioralną, lęku separacyjnego (6, 7, 12, 22, 23, 25)).

W klasyfikacji ICD-10 (24) lęk napadowy przedstawiono wyłącznie jako ataki paniki. Zakwalifikowano go do zaburzeń nerwicowych - zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny) i zdefiniowano jako zaburzenia, których istotną cechą są nawracające napady ostrego lęku (stany paniki). Stany te, zdaniem autorów ICD-10, nie są ograniczone do jakiejś szczególnej sytuacji czy okoliczności, a więc niemożliwe do przewidzenia. Podstawowe objawy obejmują nagłe wystąpienie przyspieszonego bicia serca, bólów w klatce piersiowej, zawrotów głowy, uczucia duszności, depersonalizacji lub derealizacji. Często występuje wtórny strach przed śmiercią, utratą kontroli czy chorobą psychiczną (24). Wydane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne klasyfikacje zaburzeń psychicznych DSM-III (8), DSM-III-R (9) oraz DSM-IV (10, 11) wyróżniają zarówno ataki paniki, jak i zaburzenie paniczne i wydzielają je spośród innych zaburzeń lękowych jako odrębną kategorię diagnostyczną. Istotą zaburzenia panicznego jest, poza atakami paniki, pojawienie się obaw przed wystąpieniem kolejnych ataków lęku oraz powstanie lęku antycypacyjnego, który w istotny sposób, podobnie jak same ataki paniki, zaburza funkcjonowanie pacjenta.

Zgodnie z kryteriami DSM-IV, zaburzenie paniczne można rozpoznać, gdy:

dyskomfortu psychicznego), które pojawiają się  
1/ nieoczekiwanie (np. nie występują bezpośrednio przed i natychmiast po narażeniu na sytuację powodującą u większości osób prawie zawsze lęk) i

2/ nie są one wynikiem sytuacji, w której jest się przedmiotem uwagi innych osób.

B. Występują 4 ataki paniki w ciągu 4 tygodni i każdy z nich przebiega tak, jak to określono w kryterium A, albo występuje jeden lub więcej ataków, po których pojawia się co najmniej miesięczny okres przeżywania uporczywych obaw przed ich nawrotem.

C. Przynajmniej 4 z następujących objawów pojawiają się podczas choćby jednego z ataków:

1/ skrócenie oddechu lub uczucie duszenia się,

2/ zawroty głowy, uczucie chwiania się lub omdlewania,

3/ odczucie kołatania serca lub przyspieszenie czynności serca,

4/ odczucie dygotania lub trzęsienia się,

5/ pocenie się,

6/ dławienie się,

7/ nudności lub różne doznania w jamie brzusznej,

8/ depersonalizacja lub derealizacja,

9/ drętwienia lub mrowienia,

10/ uderzenia "gorąca" lub dreszcze,

11/ bóle lub uczucie dyskomfortu w klatce piersiowej,

12/ obawa, że nastąpi śmierć,

13/ obawa przed szaleństwem lub utratą kontroli nad swoim zachowaniem.

D. Podczas trwania przynajmniej jednego z ataków, co najmniej 4 objawy z listy C pojawiają się nagle i nasilają się w ciągu 10 minut od pojawienia się pierwszego symptomu ataku.

E. Ataki paniki nie są wywołane i podtrzymywane przez takie przyczyny jak: przyjmowanie amfetaminy, kofeiny oraz nie są spowodowane nadczynnością tarczycy.

---

Trzeba dodać, że niektórzy autorzy prezentują pogląd, iż ataki paniki mogą również występować w przebiegu innych zaburzeń lękowych (np. w fobiach specyficznych i w fobii społecznej) i część z nich może mieć charakter oczekiwanych ataków paniki spowodowanych określonymi czynnikami sytuacyjnymi, najczęściej wcześniej uznanymi przez osobę doświadczającą lęku za lękotwórcze. Może zdarzyć się i tak, że pierwotnie nieoczekiwane ataki paniki zmieniają się wraz z upływem czasu w sytuacyjne (17, 21, 27).

---

A. Występuje jeden lub więcej ataków paniki (oddzielonych okresami przeżywania obaw lub

Badania epidemiologiczne nad rozpowszechnieniem zaburzenia panicznego przynoszą rozbieżne wyniki. Najczęściej jednak uważa się, że występują one u 1-2% populacji generalnej (1, 2, 3, 17, 19, 25), przy czym szacuje się, że dodatkowo u ok. 1% populacji występują zaburzenia o łagodnym przebiegu, nie wymagające pomocy lekarskiej.

Z wielu doniesień wynika, że zaburzenia paniczne pojawiają się przede wszystkim u ludzi młodych (1, 2, 3, 25); pierwsze ataki paniki występują najczęściej między 10 a 28 r.ż. Przez długi okres toczyły się dyskusje, czy zaburzenie paniczne występuje u osób w okresie przedpokwitaniowym (4, 5, 16). Wyniki badań prowadzonych w latach dziewięćdziesiątych przyniosły nieoczekiwane rezultaty. Okazało się, że ataki paniki (co najmniej jeden atak) i zaburzenie paniczne występują u ok. 30-40% dzieci i młodocianych do 18 r.ż. (u 26% dzieci i u 42.9% młodocianych) - (5, 16, 18).

Klein uważa, że mechanizm, który leży u podłoża lęku przed separacją, poza wieloma innymi (genetycznymi, środowiskowymi), jest również obecny w zaburzeniu panicznym (5, 14, 18, 20). Obserwacje wielu badaczy potwierdzają podobieństwo pierwszego ataku paniki, szczególnie u osób w okresie rozwojowym, do przebytej wcześniej reakcji na separację. Pierwszy atak paniki jest początkowo jakościowo różny od typowych napadów lęku, po czym zmienia się jego obraz kliniczny i powtarza się w sytuacjach zagrożenia separacją.

W wielu przeprowadzonych badaniach retrospektywnych ustalono, że około 20-50% osób z rozpoznaniem zaburzenia panicznego, przebiegającego z agorafobią lub bez niej, doznawało w dzieciństwie typowego lęku przed separacją. Należy dodać, że leki znoszące lub zmniejszające objawy zaburzenia panicznego są również skuteczne w leczeniu lęku separacyjnego.

Przegląd badań przeprowadzonych w latach dziewięćdziesiątych nad występowaniem zaburzenia panicznego u dzieci i młodocianych

oraz u członków ich rodzin, prowadzi do wniosku, że u krewnych pierwszego stopnia znacznie częściej niż w populacji generalnej występuje zaburzenie paniczne, ale również i inne zaburzenia lękowe, szczególnie zaburzenie lękowe uogólnione (20, 28, 30).

W bogatej literaturze dotyczącej różnych aspektów zaburzenia panicznego oraz ataków paniki, niewiele jest prac poświęconych zaplanowanej, długoterminowej obserwacji osób z tymi zaburzeniami. Istnieją wprawdzie doniesienia udowadniające, że ataki paniki mogą występować poza zaburzeniem panicznym, w innych zaburzeniach lękowych, np. w fobii społecznej, w fobii izolowanej oraz w zaburzeniach lękowych pojawiających się po przeżyciu stresu (11), ale tylko pojedyncze prace dotyczą występowania zaburzenia panicznego u osób, które aktualnie wykazują inne zaburzenia psychiczne. Są to głównie badania retrospektywne (1, 2, 3). Tego typu badania obarczone są zwykle dużym błędem, szczególnie w przypadku, kiedy pacjent po latach ma ocenić charakter przeżywanego lęku napadowego i wypowiedzieć się o ich ewentualnych powodach lub ich braku. Ocena kontekstu ataków lęku występujących aktualnie sprawia z reguły pacjentom wiele trudności, wydaje się więc, że podczas badań retrospektywnych łatwo może dojść do zafałszowania wyników, przede wszystkim w kierunku nadmiernie częstego rozpoznawania lęków samodzielnymi. Dlatego też z dużą rezerwą należy traktować doniesienia mówiące o niezwykle częstym występowaniu w przeszłości zaburzenia panicznego u osób z zespołem depresyjnym w przebiegu choroby afektywnej (60% osób) oraz u osób dorosłych z zaburzeniem lękowym uogólnionym - 40% badanych (2, 14, 15, 21, 25).

Przeprowadzane przeze mnie badania dzieci i młodzieży z różnymi formami zaburzeń lękowych, tzn. fobią społeczną, lękiem separacyjnym i lękiem uogólnionym (wg DSM-IV) wykazywały, że często u osób w tym wieku, przed ujawnieniem się wspomnianych zaburzeń lękowych, występowały napady sil-

nego, lecz krótkotrwałego lęku z licznymi objawami wegetatywnymi. Obserwacja ta skłoniła mnie do podjęcia badań nad ewentualnymi związkami między atakami paniki oraz zaburzeniem panicznym a innymi zaburzeniami lękowymi wieku rozwojowego

## OSOBY BADANE

Badaniem objęto grupę 30 dzieci (5-14 lat) oraz grupę 30 młodocianych (15-18 lat), u których zgodnie z kryteriami DSM-IV rozpoznano zaburzenia lękowe wieku rozwojowego (fobię społeczną, lęk separacyjny oraz - u najliczniejszej grupy - zaburzenie lękowe uogólnione). Rozkład zaburzeń lękowych rozpoznanych wg kryteriów DSM-IV u badanych ilustruje tabl. 1.

## METODA

Obie grupy, tzn. grupa dzieci i młodzieży, zostały poddane ustrukturalizowanemu, skonstruowanemu na podstawie kryteriów DSM-IV wywiadowi dotyczącemu wcześniejszego występowania u nich ataków paniki i zaburzenia panicznego. Przeprowadzono również szczegółowy, ustrukturalizowany wywiad z matkami lub opiekunkami badanych pod kątem ewentualnego występowania u ich dzieci wspomnianych zaburzeń.

Przeprowadzono analizę dokumentacji psychiatrycznej badanych w przypadku, gdy takowa istniała (u 11 badanych - 18.3%). W przypadkach niejasnych, procedurę tę uzupełniano przeprowadzając jedną lub kilka rozmów z badanymi, a także z ich rodzinami w celu ustalenia charakteru lęków napadowych występujących u badanych w przeszłości (samoistne czy sytuacyjne?).

Oceniono stan somatyczny i neurologiczny badanych, zebrano wywiad od matek na temat stanu somatycznego ich dzieci (aktualnego i przeszłego), a w przypadkach gdy dziecko leczyło się wcześniej z powodu dolegliwości somatycznych - przeprowadzono analizę istniejącej dokumentacji lekarskiej.

U osób, u których zachodziło podejrzenie, że napady lęku spowodowane były stanem somatycznym (np. podejrzenie nadczynności tarczycy, zespołu wypadania płątka zastawki dwudzielnej) wykonano odpowiednie badania dodatkowe.

U wszystkich badanych wykonano badanie EEG, a u 3 osób, u których w zapisie stwierdzono zmiany ogniskowe, wykonano badanie CT głowy.

Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej.

Tabela 1. Rozkład zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży, rozpoznanych wg kryteriów DSM-IV w czasie badań.

Rodzaj zaburzeń lękowych (DSM-III R)	Dzieci 5-14 lat		Młodzież 15-18 lat		Razem	
	n	%	n	%	N	%
Lęk separacyjny	5	17	-	-	5	8.4
Fobia społeczna	7	23	9	30	16	26.6
Zaburzenie lękowe uogólnione	18	60	21	70	39	65.0
Razem	30	100	30	100	60	100.0

Tabela 2. Występowanie ataków paniki i zaburzenia panicznego w przeszłości u badanych dzieci i młodocianych z aktualnym rozpoznaniem innych zaburzeń lękowych (wg DSM-IV).

Rodzaj zaburzeń lękowych w przeszłości	Dzieci rozpoznanie aktualne		Młodzież rozpoznanie aktualne	Razem (N=60)	
	FS	ZLU	ZLU	n	%
Ataki paniki	2	6	8	16	26.7
Zaburzenie paniczne	-	5	6	11	18.3
Razem	2	11	14	27	45.0

Uwaga: FS - fobia społeczna

ZLU - zaburzenie lękowe uogólnione

W tabeli nie ujęto osób z lękiem separacyjnym, ponieważ nie stwierdzono występowania u nich w przeszłości ataków paniki oraz zaburzenia panicznego.

## WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Pomimo ostrożnej procedury kwalifikowania lęków napadowych, występujących w przeszłości u badanych jako samoistne, uzyskane dane mogą nadal budzić wątpliwości. Stwierdzono, że zarówno u badanych, jak i u ich rodzin istniała wyraźna tendencja do uznawania napadów lękowych za samoistne. W związku z tym w każdym przypadku, gdy istniały wątpliwości co do genezy lęków, które szczególnie często pojawiały się po bliższym poznaniu dziecka, przeprowadzeniu z nim kilku rozmów oraz po spotkaniach z jego rodziną, przyjmowano zasadę rozpoznawania ich jako lęki sytuacyjne. Taka kwalifikacja niektórych lęków napadowych nadal pozwalała postawić rozpoznanie zaburzenia panicznego, albowiem zgodnie z wymogami DSM-IV zaburzenie to można rozpoznać wówczas, gdy u danej osoby dominują napady lęku samoistnego, choć napady lęku sytuacyjnego mogą być również obecne. Ostatecznie ustalono, że - jak pokazuje tabela 2 - ataki paniki (napadowe lęki samoistne i sytuacyjne) występowały w przeszłości u 26.7% badanych, głównie u osób, u których aktualnie rozpoznawano zaburzenie

lękowe uogólnione (u 14 osób) i tylko u dwójga dzieci z fobią społeczną. Należy dodać, że największe wątpliwości z właściwą retrospektywną oceną napadów lęku związane były z tą grupą osób. Wydaje się, że końcowe ustalenia wykazujące, że u tych osób prawie trzykrotnie częściej występowały napady lęku sytuacyjnego niż lęku samoistnego, nie są obciążone dużym błędem.

Zaburzenie paniczne rozpoznano istotnie rzadziej niż ataki paniki - u 18.3% badanych, podobnie często u dzieci (u 5 osób spośród 30 badanych), jak i u młodzieży (u 6 osób spośród 30 badanych). Wszystkie te osoby w trakcie badania miały zaburzenie lękowe uogólnione.

Ciekawym spostrzeżeniem wydaje się stwierdzenie tendencji do hiperwentylacji u większości dzieci (ok. 2/3) z atakami lęku samoistnego. Obserwacja ta wymaga potwierdzenia na większej grupie dzieci, bo być może właśnie ten mechanizm (13, 17) jest częstą przyczyną samoistnych lęków w tej grupie wiekowej. Należy dodać, że w tabeli 2 nie ujęto 1 osoby z grupy młodzieżowej, u której, po wykonaniu odpowiednich badań, postawiono jednocześnie rozpoznanie zaburzenia panicznego oraz zespołu wypadania płatków za-

stawki dwudzielnej. Związki między tymi dwoma schorzeniami są nadal niejasne, różnie oceniane przez różnych autorów i dlatego pominięto je w statystyce (16, 19).

Analiza dokonanych zapisów EEG wykazała, że u 21% badanych istniały zapisy ewidentnie patologiczne, przy czym występowały one u 10% badanych, u których wcześniej miały miejsce ataki paniki lub wszystkie objawy składające się na zaburzenie paniczne.

W wykonanych u 2 osób badaniach CT głowy nie stwierdzono istotnych odchyień od stanu prawidłowego. Aktualny stan somatyczny (poza jedną osobą z zespołem wypadania płatką zastawki dwudzielnej) oraz neurologiczny badanych nie budził zastrzeżeń.

Część osób, u których stwierdzano w przeszłości występowanie ataków paniki lub zaburzenia panicznego, nie leczyła się nigdy z tego powodu. Wprawdzie 11 osób pozostawało pod opieką placówek psychiatrycznych, ale tylko 6 z nich leczyło się z powodu objawów zaburzenia panicznego. Pozostałe powody leczenia to: moczenie nocne (2 osoby) i trudności szkolne wynikające z zespołu hiperkinetycznego oraz z zaburzeń koncentracji uwagi (3 osoby). Osoby z zaburzeniem panicznym leczono benzodiazepinami (diazepam), karbamazepiną.

U większości badanych ataki paniki oraz objawy zaburzenia panicznego zniknęły po okresie od 2 do 4 lat wraz z pojawieniem się objawów pozwalających zgodnie z kryteriami DSM-IV rozpoznać u nich inne zaburzenia lękowe, tzn. fobię społeczną, a przede wszystkim zaburzenie lękowe uogólnione. Tylko u dwojga dzieci, u których w trakcie badań rozpoznano lęk separacyjny, sporadycznie nadal pojawiały się ataki lęku przypominającego panikę, lecz z powodu wątpliwości, czy jest to lęk samoistny, nie ujęto ich w statystyce.

Obserwacje powyższe skłaniają do poszukiwania związków między różnymi rodzajami zaburzeń lękowych okresu rozwojowego, szczególnie między zaburzeniem panicznym a zaburzeniem lękowym uogólnionym. Uży-

skane wyniki wymagają potwierdzenia na liczniejszej populacji, a także podobnych badań osób dorosłych. Można jednak przypuszczać, że zaburzenie paniczne i uogólnione zaburzenie lękowe nie są tak odrębnymi zaburzeniami lękowymi, jak to się zwykło do tej pory uważać. Istnieją dane, które pozwalają zakładać, że występowanie zaburzenia panicznego zwiększa ryzyko pojawienia się w przyszłości innych zaburzeń lękowych. Z drugiej strony niektóre badania przynoszą dowody, że właśnie zaburzenie lękowe uogólnione często poprzedza wystąpienie zaburzenia panicznego, fobii prostych czy fobii społecznej (4, 29). Czynniki usposabiające do rozwoju zaburzenia lękowego uogólnionego, jak i panicznego są analogiczne - cechy osobowości wycofującej się od wczesnego dzieciństwa, zaburzenia lękowe u rodziców, szczególnie u matek, a także objawy zespołu deficytu uwagi i nadruchliwość (28). Wszystkie te informacje skłaniają do dalszych badań wczesnych zaburzeń lękowych, tym bardziej, że jak wykazują niektóre prace, u ponad 36% dzieci i młodocianych współwystępują objawy kilku rodzajów zaburzeń lękowych, przy czym część z nich ma tendencje do chronicznego przebiegu i przedłuża się na okres dorosłego życia pacjentów.

## WNIOSKI

1. Stwierdzono, że u 45% dzieci i młodzieży z fobią społeczną oraz z zaburzeniem lękowym uogólnionym występowały wcześniej (od 2 do 4 lat) - ataki paniki (u 26.7%) lub zaburzenia paniczne (u 18.3%).
2. Zaburzenie paniczne występowało w przeszłości u 18.3% badanych, u których aktualnie rozpoznawano zaburzenie lękowe.
3. Można przypuszczać, że między zaburzeniem panicznym a zaburzeniem lękowym uogólnionym zachodzą związki wymagające dalszych badań.
4. Można przypuszczać, że ataki lęku samoistnego u niektórych dzieci uwarunkowane są hiperwentylacją.

## PIŚMIENNICTWO

1. Alessi N.E., Magen J.: Panic disorder in psychiatrically hospitalized children. *Am. J. Psychiat.* 1988, 145, 11, 1450.
2. Alessi N.E., Robbins D.R., Dilsaver S.C.: Panic and depressive disorders among psychiatrically hospitalized adolescents. *Psychiat. Res.* 1987, 20, 275.
3. Aronson T.A., Logue C.M.: On longitudinal course of panic disorder. *Compr. Psychiat.* 1987, 28, 344.
4. Berstein G.A., Borchard C.M.: Anxiety disorders of childhood and adolescence: a critical review. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1991, 4, 519-532.
5. Bradley S., Wachsmuth R., Swinson R., Hnatko G.: A pilot study of panic attacks in a child and adolescent psychiatric population. *Can. J. Psychiatry* 1990, 55, 6, 526-528.
6. Carry D.B., Sheehan D.V.: Panic anxiety and new biological model. *J. Clin. Psychiat.* 1984, 45, 323.
7. Crowe R.R., Wilson A.F., Elston R.C.: A linkage study of panic disorder. *Arch. Gen. Psychiat.* 1987, 44, 933.
8. DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. III Edition. American Psychiatric Association. Washington 1980.
9. DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. III Edition, Revised. American Psychiatric Association. Washington 1987.
10. DSM-IV-Options Book. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV. Options Book. American Psychiatric Association. Washington 1991.
11. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV Edition. Draft. American Psychiatric Association. Washington 1994.
12. Fyer A.J., Gorman J.M., Liebowitz M.R.: Sodium lactate infusion, panic attacks and ionised calcium. *Biol. Psychiat.* 1984, 19, 1437.
13. Gorman J.M., Askanazi J., Liebowitz M.R.: Hyperventilation in panic attacks. *J. Psychosom. Res.* 1975, 19, 375.
14. Gorman J.M., Liebowitz M.R., Klein F.D.: Panic disorder and agoraphobia. Current concepts. The Uphijon Company. Michigan 1984.
15. Grunhaus L.: Clinical and psychobiological characteristic of simultaneous panic disorder and major depression. *Am. J. Psychiat.* 1988, 145, 10, 1214.
16. Hayward C., Killen J.D., Taylor C.B.: Panic attacks in young adolescents. *Am. J. Psychiatry* 1989, 146, 8, 1061-1062.
17. Katon W.: Panic disorder: epidemiology, diagnosis, treatment in primary care. *J. Clin. Psychiat.* 1986, 47 (suppl.), 21.
18. King N.J., Gullone E., Tongue B.J., Ollendick T.V.: Self-reports panic attacks and manifest anxiety in adolescents. *Behav. Res. Ther.* 1993, 31, 1, 111-116.
19. Korff M.R., Eaton W., Keyl P.M.: The epidemiology of panic attacks and panic disorder. Results of three community surveys. *Am. J. Epidemiology* 1985, 122, 970.
20. Last C.G., Husen M., Kazdin A., Orvaschel H., Perrin S.: Anxiety disorders in children and their families. *Arch. Gen. Psychiatry* 1991, 48, 19, 928-934.
21. Leckman J.F., Eissman M.M., Merinkanagas K.R.: Panic disorder and major depression. *Arch. Gen. Psychiat.* 1983, 40, 1055.
22. Linderman C.G., Zitrin G.M., Klein D.: Thyroid dysfunction in panic patients. *Psychosom.* 1984, 25, 603.
23. Lum L.C.: Hyperventilation. The tip and the iceberg. *J. Psychosom. Res.* 1975, 19, 375.
24. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów. X Rewizja. Zaburzenia Psychiczne. ICD-10. WHO. Genewa 1994.
25. Rabe-Jabłońska J.: Ataki paniki i zaburzenia paniczne. Rozpoznawanie, rozpowszechnienie, etiopatogeneza, obrazy kliniczne i leczenie. *Psychiatr. Pol.* 1993, XXVII, 2, 165.
26. Rabe-Jabłońska J.: Robocza wersja IV edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych przygotowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV, Options Book. *Psychiatr. Pol.* 1993, XXVII, 2, 109.
27. Rabe-Jabłońska J., Bieńkiewicz W.: Zaburzenia lękowe w roboczej wersji IV edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych, przygotowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-Options Book). *Psychiatr. Pol.* 1994, XXVIII, 2, 255.
28. Rapee R.M.: Distinction between panic disorder and generalized anxiety disorder. Clinical presentation. *Aust. NZJ. Psychiatry* 1985, 19, 227-232.
29. Rosenbaum J.F., Biederman J., Bolduc E.A.: Comorbidity of parental anxiety disorders as risk childhood onset anxiety in inhibited children. *Am. J. Psychiatry* 1992, 149, 4, 475-481.
30. Torgersen S.: Childhood and family disorders in panic and generalized anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry* 1986, 143, 5, 630-632.

*Adres: Dr Jolanta Rabe-Jabłońska, II Klinika Psychiatryczna AM,  
ul. Czechostowacka 8/10, 92-218 Łódź*