

# PANICKÁ PORUCHA U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ – ČÁST 2. Klinické projevy, rizikové faktory a terapie

MUDr. Michal Goetz, doc. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

Panická porucha u dětí a adolescentů je dosud podceňovanou diagnózou. Přes svou podobnost s projevem u dospělých často uniká rozpoznání. Při srovnání s dospělými je patrné, že frekvence jednotlivých symptomů se výrazněji neliší. Nejčastěji popisovanými komorbiditami jsou agorafobie, generalizovaná úzkostná porucha, specifická fobie, separační porucha a depresivní porucha. Předpokládanými rizikovými faktory jsou separační porucha, citlivost k úzkosti, deprese a behaviorální inhibice, nepřehlédnutelnou roli hraje i kouření a abúzus drog. V terapii jsou kromě tricyklických antidepresiv, clonazepamu a alprazolamu dobré zkušenosti se skupinou SSRI a postupy kognitivně behaviorální terapie.

**Klíčová slova:** panická porucha, děti, adolescenti, komorbidita, rizikové faktory, terapie.

**Klíčové slova MeSH:** porucha panická – dieťa, adolescent, terapia; komorbidita; faktory rizikové.

## PANIC DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS – PART 2: CLINICAL PICTURE, RISK FACTORS AND THERAPY

Panic disorder in children and adolescents belongs to usually underestimated diagnoses in paedopsychiatry. The symptom frequency in children and adolescents does not differ substantially from the symptom frequency in adults. The comorbidity most often described in literature is agoraphobia, generalized anxiety disorder, depression, and separation anxiety disorder. Anticipated risk factors comprise separation anxiety disorder, anxiety sensitivity, behavioral inhibition, smoking and drug abuse. Therapeutic experiences available include tricyclic antidepressants, clonazepam, alprazolam as well as SSRI antidepressants and cognitive – behavioral therapy.

**Key words:** panic disorder, children, adolescents, comorbidity, risk factors, therapy.

**Key words MeSH:** panic disorder – child, adolescent, therapy; comorbidity; risk factors.

### Úvod

V první části jsme předložili souhrn údajů, které v rozličných populačních skupinách dětí a adolescentů prokazují výskyt panických atak a panické poruchy. Připomeňme jen, že prevalence se v průřezových studiích pohybuje od 1,6% do 5,4% se vzestupnou tendencí směrem

k adolescenci. Předmětem této druhé části je podrobnější rozbor různých aspektů, ze kterých byla juvenilní panická porucha (Panic disorder, PD) sledována. Pro přehled a srovnání uvedeme v jednotlivých částech (symptomy, komorbidita, rizikové faktory a terapie) také poznatky z výzkumu této diagnózy u dospělých.

### 1. Symptomatika

Zastoupení jednotlivých symptomů u mladistvých s panickou poruchou je podobné s údaji od dospělých pacientů. Pro srovnání jsme vybrali rozsáhlou studii Briggse et al. (4) (viz tabulka 1). V pedopsychiatrické oblasti lze za reprezentativní pro přehled symptomů

Tabulka 1. Symptomy panické poruchy u dětí a adolescentů – srovnání s dospělými

Symptom	Frekvence symptomu v %				
	Pedopsychiatřiští pacienti				Dospělí
	Bradley a Hood, 1993	Kearney et al., 1997	Masi et al., 2000	Hrdlička, Goetz, Dudová, 2004	
Tachykardie /palpitace	86	75	87	61	88
Pocení	75	60	74	30	75
Dyspnoe	72	55	61	46	63
Nausea	68	75	43	38	55
Závratě/pocit na omdlení	65	65	52	46	83
Mrazení/návaly horka	64	75	35/48	23	80
Chvění/třes	54	75	52	30	76
Depersonalizace/derealizace	33	55	39	23	49
Strach ze zešílení	33	50	22	7	56
Strach ze smrti	25	45	43	69	63
Hrudní dyskomfort	40	50	35	30	60
Dušení	18	35	22	7	63

považovat práce Bradleyové a Hoodové (2) Kearneyho et al. (15) a Masiové et al. (23). Nejčastěji byly popisovány tachykardie (86; 75; 87%), mrazení nebo návaly horka (64; 75; 35%), pocity zkráceného dechu nebo dušení (89; 55; 61%), pocení (75; 60; 74%), závratě nebo pocity na omdlení (61; 65; 52%), chvění nebo třes (54; 75; 52%), nauzea (68; 75; 43%), derealizace nebo depersonalizace (32; 55; 39%) strach ze zešlení, nebo ztráty sebekontroly (32; 45; 22%), strach ze smrti (25; 50; 43%), hrudní dyskomfort nebo bolest na hrudi (39; 50; 35%). V našem souboru (10) zřetelně vyniká vyšší zastoupení strachu ze smrti (69%) oproti prvním dvěma uvedeným pedopsychiatrickým studiím (viz tabulka 1). Jedno z možných vysvětlení se nabízí, podívali-li se na věkové průměry citovaných prací. Zatímco u Kearneyho et al. (15) činil věkový průměr souboru 12,9 let a Bradleyová a Hoodová (2) uvádějí průměrný věk nástupu obtíží u svých pacientů 12 let, pak u našich pacientů je to 15 let. Tento nálezn je konzistentní se zjištěním Masiové et al. (23), která, když svůj soubor s věkovým průměrem 14 let rozdělila na dvě skupiny s průměrem 11,6 let a 16 let, našla pouze 30% výskyt strachu ze smrti u mladších dětí oproti 54% v druhé skupině. Obdobně se v první skupině nevyskytla obava ze zešlení, zatímco u starších tímto symptomem trpělo 38% pacientů. To odpovídá závěru Kinga et al. (17), který uvedl, že u strachu ze smrti a dalších kognitivních příznaků lze pozorovat s věkem vzestupný gradient.

## 2. Komorbidita

U dospělých pacientů bývá panická porucha až v 67% případů doprovázena nějakou další duševní poruchou. Mezi nejvíce uváděné patří agorafobie, depresivní porucha, generalizovaná úzkostná porucha, specifické fobie, sociální fobie, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická porucha, závislost na alkoholu a jiných návykových látkách, bipolární porucha, dystymie a poruchy osobnosti. Přítomnost komorbidit má pak vliv i na prognózu léčby a zejména v případě zároveň se vyskytující depresivní poruchy stoupá suicidální riziko až na 20% (12).

V dětské a adolescentní populaci (viz tabulka 2) se výzkumem psychiatrické komor-

bidity panické poruchy zabývali Biederman et al. (3). Soubor tvořilo 26 dětí a adolescentů splňujících DSM-III-R kriteria pro PD s věkovým průměrem 11,8 let. Nejčastěji byla vedle panické poruchy diagnostikována přítomnost dalších, až dvou úzkostných poruch (92%), dále deprese (73%), agorafobie (66%), porucha opozičního vzvodu (64%), generalizovaná úzkostná porucha (62%), separační úzkostná porucha (54%), ADHD (52%), bipolární afektivní porucha (52%). Zejména ve vztahu k bipolární poruše jsou tato data překvapivá a dosud nejsou jednoznačně přijímána. Kearney et al. (15) popsal soubor 20 ambulantně léčených mladistvých, průměrného věku 12,9 let, z čehož 18 trpělo panickou poruchou s agorafobií a 2 bez agorafobie. Nejčastější komorbidní poruchou byla generalizovaná úzkostná porucha (60%), specifická fobie (40%), separační porucha (30%), depresivní porucha, nebo dystymie (30%), sociální fobie (15%), posttraumatická porucha (10%) a porucha opozičního vzvodu (5%). Masiová et al. (23) zjistila 74% výskyt komorbidní generalizované úzkostné poruchy, agorafobie a specifické fobie byla nalezena u 56% jedinců, a depresivní porucha u 43%.

## Vztah panické poruchy a agorafobie

Zejména v americké literatuře je agorafobie považována za druhotnou komplikaci panických atak (33). Údaje z některých klinických studií u dospělých ukazují, že výskyt agorafobie bez předcházejících, alespoň podprahových panických atak je velmi vzácný (8). S odlišnými údaji však přišly průřezové studie, v nichž naopak menšina respondentů s agorafobií situovala první panické ataky před počátek agorafobie (33). V pedopsychiatrické oblasti se této problematice věnovali Wittchen et al. (33) v průřezové studii u souboru 3021 adolescentů. V první fázi zjistili, v souladu s epidemiologickými údaji u dospělých pacientů, výrazně vyšší prevalenci (7,8%) agorafobie bez panické poruchy, oproti panické poruše bez agorafobie (0,8%) a panické poruše s agorafobií (0,8%). Po podrobnějším klinickém přezkoumání, klesla prevalence agorafobie na 3,5%. Významným zjištěním byl údaj o absenci předcházejících panických atak u těchto pacientů. Předmětem obav u většiny

**Tabulka 3. Nejvíce sledované rizikové faktory u dětí a adolescentů**

Separaci úzkostná porucha
Zvýšená citlivost k úzkosti
Behaviorální inhibice
Abúzus nikotinu a drog

pacientů s agorafobií, nebyly obvykle uváděné psychofyziologické příznaky, ale události jako přepadení, zabloudění apod.

Biederman et al. (3) ve studii 472 dětí vyšetřených na dětské psychofarmakologické klinice, rovněž zjistili 3x vyšší prevalenci agorafobie než panické poruchy a navíc u agorafobie prokázali nižší věk nástupu ve srovnání s panickou poruchou. Tyto výsledky jsou konzistentní s retrospektivními údaji od dospělých pacientů ve studii Von Korffa et al. (32).

Zdá se tedy, že přes nepochybnou příbuznost agorafobie a panické poruchy, nemusí u dětí a adolescentů platit původní předpoklad o kauzální úloze panických atak v etiopatogenetickém řetězci agorafobie. Biederman et al. (3) dokonce naznačují, že agorafobie by mohla být u mladistvých vývojovým prekurzorem panické poruchy.

## 3. Rizikové faktory

Již v prvních popisech panické poruchy u dospělých se objevovaly úvahy o možném vztahu k úzkosti v dětském věku. Nejdříve Klein (18) v tomto smyslu upozornil na separační poruchu, později se do centra pozornosti dostávají temperamentové charakteristiky – citlivost k úzkosti a behaviorální inhibice. Kromě souvislosti s úzkostnými poruchami v dětství je zkoumán i význam rodinné zátěže, depresivního onemocnění, traumatických událostí a abúzu návykových látek – nikotinu, kanabinoidů a stimulantů (viz tabulka 3).

## Separaci úzkostná porucha v dětství

Údaje o vysokém výskytu separační úzkostné poruchy (Separation anxiety disorder, SAD) u pacientů s panickou poruchou získané v retrospektivních studiích u dospělých vedly k hypotéze, zda SAD není pro panickou poruchu rizikovým faktorem, nebo jejím vývojovým předstupněm.

**Tabulka 2. Komorbidita panické poruchy u dětí a adolescentů**

Studie	Komorbidní porucha k PD									
	AG	GAD	Deprese	SAD	SPF	ADHD	SF	OCD	OP	BAP
Biederman et al. 1997	66	62	73	54	31	58	54	28	65	52
Kearney et al. 1997	90	70	30	30	40	—	15	10	5	—
Masi et al. 2000	56	74	43	22	56	—	17	30	—	—

Legenda: AG – agorafobie, GAD – generalizovaná úzkostná porucha, SAD – separační úzkostná porucha, SPF – specifická fobie, ADHD – porucha pozornosti a hyperkinetická porucha, SF – sociální fobie, OCD – obsedantně kompulzivní porucha, OP – porucha opozičního vzvodu, BAP – bipolární afektivní porucha

Jako první se touto otázkou podrobněji zabývali Gittelmanová a Klein (7). Kromě podobné farmakoterapeutické reaktivity si povšimli též rodinného výskytu obou poruch. Protože v jejich pozorování vyšel vztah mezi separační poruchou a panickou poruchou pouze v ženské podskupině pacientek, vyslovili úvahu, zda nemá panická porucha u mužů a u žen jiný etiologický vývoj. V roce 1987, Casat et al. (5) uvedli případ 12 leté dívky se separační poruchou a prolapsem mitrální chlopně, jež uváděla příznaky velmi podobné panickým atakám, a u které se později rozvinuly obavy z davů, samoty, výšek a cizích lidí. V přehledové práci tentýž autor o dva roky později podpořil názor, že u dětí se separační poruchou se může v dospělosti snáze rozvinout panická porucha s agorafobií.

Od té doby se objevilo více než 20 studií na toto téma, většinou s retrospektivním uspořádáním, které však přinesly rozdílné výsledky. Van der Molen et al. (31) porovnávali soubor 41 pacientů s agorafobií a/nebo panickou poruchou se souborem 83 psychiatrických pacientů s jinou diagnózou a kontrolním souborem 50 zdravých jedinců. Nejistili vyšší incidenci parentální separace v souboru s panickou poruchou ve srovnání s kontrolní skupinou a souborem pacientů s jinou diagnózou. Naproti tomu Yeragani et al. (34) našli vyšší incidenci separační poruchy ve skupině 35 pacientů s panickou poruchou, ve srovnání se 30 zdravými kontrolami. U pacientů, kde byla zachycena separační porucha, se panická porucha rozvinula v nižším věku než u zbytku souboru. Při srovnání skupiny s panickou poruchou se souborem pacientů s depresí se prevalence SAD významně nelišila. Battaglia et al. (1) se zabývali vztahem věku nástupu panické poruchy a výskytem panické poruchy v rodině u 231 ambulantních pacientů. Tento soubor porovnával se 131 chirurgickými ambulantními pacienty. Zjistili významně vyšší výskyt separační poruchy v dětství v souboru s panickou poruchou a obdobně s pozorováním Yeraganiho et al. (34) byl u těchto pacientů časnější nástup panické poruchy. Výhradně ženský soubor 80 pacientek s panickou poruchou porovnávali Laraia et al. (20) se souborem 100 zdravých dobrovolnic. Kromě abúzu návykových látek a školních problémů potvrdili také význam separační poruchy jako rizikového faktoru pro panickou poruchu. Silove et al. (28) sledovali vztah panické poruchy resp. agorafobie a SAD u 136 žen. Ve skupině s panickou poruchou resp. agorafobií se separační porucha v dětství vyskytovala častěji než u žen s generalizovanou úzkostí nebo specifickou fobií. Na základě kritického shrnutí dosavadních studií (29) se tento autor přiklání k platnosti hypotézy

o vztahu SAD a panické poruchy v dospělosti. Ačkoliv upozorňuje na mnohá metodologická úskalí (retrospektivní hodnocení, odlišení komorbidit, výběr pacientů).

Významným přínosem je ojedinělá studie, kterou provedli Hayward et al. (9). Jako první se zaměřili na prospektivní sledování souboru adolescentů. Za použití strukturovaných klinických pohovorů a sebeposuzovacího dotazníku po čtyři roky hodnotili soubor 2365 studentů středních škol, průměrného věku 15,4 roky.

Nepotvrdili funkci SAD jako predikčního faktoru pro Panickou poruchu, narozdíl od předcházejícího depresivního onemocnění, převažující negativní afektivitu a citlivosti k úzkosti.

Zatím není jasné do jaké míry jsou posléze jmenované faktory specifické pro rozvoj panické poruchy, nebo zda se týkají celé skupiny úzkostných poruch případně i deprese.

I když intuitivně mnoho psychiatrů tuší možnou souvislost, není úloha separační poruchy jako rizikového faktoru pro rozvoj panické poruchy zatím plně prokázána. Většina prací totiž vychází z retrospektivních údajů a dotazníkových metod, které jsou zatíženy určitou chybovostí. Původní hypotéza má své obháje i odpůrce a pro její definitivní zhodnocení budou přínosné nejen studie s prospektivním designem a využitím strukturovaných klinických pohovorů u dospělých, ale zejména výzkum v mladších věkových skupinách. Rozvoj panické poruchy v dětském a adolescentním věku vzbuzuje větší suspekci na přítomnost raných rizikových faktorů, ke kterým by mohla patřit i separační porucha. To naznačuje i vysoké procentuelní zastoupení SAD v nálezech z klinických studií juvenilní panické poruchy.

### Citlivost k úzkosti

Citlivost k úzkosti (Anxiety sensitivity, AS) je psychologickou charakteristikou, která popisuje míru přesvědčení jedince, že příznaky úzkosti znamenají onemocnění nebo ohrožení. Vyšší AS vede k vyšší ostražitosti k signálům předznamenávajícím úzkost a vystupňované motivaci vyhnout se podnětům, které by mohly úzkost vyvolat (24).

U dospělých se k hodnocení citlivosti k úzkosti používá 16položkový sebehodnotící dotazník Anxiety sensitivity index (ASI), který zkoumá míru strachu z tělesných projevů vegetativního vybuzení – arousalu. V pedopsychiatrickém výzkumu se používá modifikovaná podoba dotazníku (Childhood anxiety sensitivity index CASI) (30), který se ptá na stejné položky jako u dospělých, ale jednodušším jazykem.

Vyšší AS bývá nalézána u panické poruchy a dalších úzkostných poruch. Je též

dobrym prediktorem úzkostné reakce v biologických expozičních testech (hyperventilace, kofein, inhalace CO<sub>2</sub>), které se však z etických důvodů v pedopsychiatrii nepoužívají.

V prospektivních studiích u dospělých byla AS opakovaně ověřena jako rizikový faktor pro rozvoj panické poruchy.

U adolescentů se vztahem citlivosti k úzkosti a panické poruchy zabývali Lau et al. (21). V průřezové studii 77 amerických středoškoláků našli 39% výskyt panických atak a 6,5% výskyt panické poruchy. Kromě toho, že skóre v CASI pozitivně korelovalo se skórem v dotazníku panických atak (Panic attack questionnaire, PAQ), byla nalezena i signifikantní korelace s frekvencí panických atak v posledním roce a posledních 4 týdnech.

Ačkoliv tyto výsledky jsou v souladu s nálezy u dospělých pacientů, upozorňují autoři na pouze malý rozdíl ve skóru CASI mezi skupinami PD/non PD. S rozsáhlým souborem a prospektivním uspořádáním přichází již uvedená studie Haywarda et al. (9), kteří rovněž potvrdili korelaci CASI a výskytu 4 symptomových panických atak. CASI se v této studii ukázal jako poměrně specifický faktor, narozdíl od sledovaného ženského pohlaví a separační úzkostné poruchy.

### Behaviorální inhibice

Behaviorální inhibice (Behavioral inhibition, BI) je temperamentová charakteristika zahrnující tendenci dítěte reagovat strachem a vyhýbavým chováním při expozici neznámé nebo nepřátelské situace (26). Někteří autoři se snaží ověřit do jaké míry by mohlo stanovení BI pomoci při vytypování dětí více ohrožených rozvojem panické poruchy s ohledem na jejich časné zařazení do preventivních programů. Popisy chování inhibovaných dětí totiž značně připomínají retrospektivní údaje z dětství u dospělých s panickou poruchou nebo agorafobií. Rosenbaum et al. (27) se zabývali stanovením BI u dětí rodičů s panickou poruchou a depresí. Míra behaviorální inhibice významně stoupala u dětí rodičů s komorbiditou panické poruchy a deprese. Tento nálezn odpovídá klinickým pozorováním, že komorbidita PD a deprese zvyšuje závažnost symptomatiky, vyžaduje častější hospitalizace a vykazuje vyšší prevalenci suicidálních pokusů a zde můžeme připojit – významně se podepisuje i v další generaci. Zatím není jasné, jakým způsobem k přenosu dochází, zda spíše geneticky nebo psychosociálně – učením od rodičů, výchovným působením apod.

Behaviorální inhibice je faktorem spíše obecnější povahy, resp. predikuje riziko celé skupiny úzkostných poruch. Nejvýznamnější predikční hodnotu mají vyšší skóre BI ve věku mezi 21 měsíci a 7 lety (27).

## Abúzus drog

U adolescentních pacientů s PD bývá nalézán vyšší abusus drog (14). V populačním vzorku adolescentů a mladých dospělých výrazně narostla frekvence panických symptomů se začátkem užívání drog a to ze 14,1 % na 30,6 % (14). V našem souboru 13 pacientů s panickou poruchou (10) se v předchorobí vyskytl abúzus drog u 46,1 % jedinců, u několika z těchto mladistvých byl začátek panické poruchy subjektivně spojován se zážitkem z intoxikace. Comeau et al. (6) zjistili, že abúzus marihuany pozitivně koreloval s vyšší citlivostí k úzkosti, která je považována za možný rizikový faktor panické poruchy. Pozornost je věnována i abúzu nikotinu. Johnson et al. (13) prokázali, že kouření více než 20 cigaret denně během adolescence, zvyšuje riziko pro vznik panické poruchy v dospělém věku. S podobným zjištěním přišli Isenseeová et al. (11), když v rozsáhlé prospektivní studii (soubor čítal 3021 jedinců ve věku 14–24 při zařazení) vyhodnotili kouření jako významný a vysoce specifický rizikový faktor pro panickou poruchu.

## 4. Terapie

Údaje o léčbě panické poruchy u mladistvých jsou dosud poměrně řídké. Byly učiněny kazuistické zkušenosti s clonazepamem, alprazolamem, imipraminem a desipraminem. Jedinou dvojitě slepou studii u mladistvých s PD provedl Kutcher (19) u souboru 12 adolescentů. Ve skupině léčené clonazepamem bylo 80% pacientů na škále CGI (Clinical Global Impression) hodnoceno jako značně zlepšených oproti pouze 20% pacientů užívajících placebo. Nežádoucí účinky byly minimální a zahrnovaly podrážděnost a rozechvělost u jednoho pacienta, který byl proto ze studie vyřazen. V souladu s trendem u dospělých pacientů i u juvenilní panické poruchy v posledních letech převládají zprávy o použití antidepresiv SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors). Jak případové (citalopram), tak ve formě otevřených studií.

V prospektivní studii s otevřeným designem Renaud et al. (25) hodnotili efektivitu SSRI antidepresiv jako skupiny. 12 pacientům (8–18 let) podávali SSRI a průběžně prováděli hodnocení terapie použitím CGI škály. Na této škále 75% pacientů vykazovalo výrazné až velmi výrazné zlepšení, bez přítomnosti nežádoucích účinků. Na konci studie, tedy po 6 měsících sledování, 67% pacientů již dále nenaplněvalo kritéria pro panickou poruchu, ale u 4 pacientů přetrvávaly významné reziduální příznaky. Paroxetin použili v souboru 18 pacientů (7–18 let) s panickou poruchou Masiová et al. (22). Iničiální dávka činila 8,9 mg ( $\pm$  2,1 mg) a byla postupně zvyšována na 40 mg/den podle klinické odpovědi a nežádoucích účinků. Léčba trvala v průměru 11,7 měsíců při

průměrné dávce 23,9 mg paroxetinu. Všichni zařazení pacienti léčbu dokončili a 15 jedinců (83%) bylo hodnoceno jako respondenti se signifikantním zlepšením.

I v našem souboru 13 pacientů (10) převažovala antidepresiva SSRI – jako úvodní léčba byl použit citalopram (5x), sertralin (3x), paroxetin (3x), fluvoxamin (1x). U 2 pacientů byl paroxetin pro nežádoucí účinky změněn za sertralin. Příznivé zkušenosti s fluvoxaminem přinesly Stárková a Němečková (35).

Kromě farmakoterapie jsou již i údaje o psychotherapeutických aspektech léčby, zejména zkušenosti s kognitivně behaviorální terapií. Základní postupy jsou shodné s terapií dospělých (edukace; kognitivní restrukturační; seberegulační strategie – brániční dýchání a Jacobsonova progresivní relaxace; expozice a desenzitizace). Významným rozdílem však je zapojení rodičů. Již od první fáze terapie, edukaci o poruše, jsou rodiče považováni za důležité účastníky terapeutických sezení. V případě dětských pacientů mohou rodiče zůstat aktivní i v dalších krocích. Hrají pak roli jakýchsi „trenérů“, kteří některé techniky nacvičují spolu s dítětem a zároveň je za zvládnuté postupy odměňují. Děti si pak mohou zvolit menší odměnu za krátkodobé úspěchy a významnější odměnu za dobrou spolupráci v delším časovém období, obvykle

jednom týdnu. Nedoporučuje se ovšem dítě trestat, pokud stanovených cílů nedosáhne. U adolescentů není již z vývojového hlediska vhodné ponechávat odměňování na rodičích. Pacient sám by si měl dopředu stanovit vlastní pravidla odměňování za „dobrou práci“.

## Závěr

Panická porucha je onemocnění s výrazným potenciálem k narušení kvality života. Ve světle přibývajících údajů o jejím výskytu v mladších věkových skupinách je překvapivé, že přes svůj poměrně jasně vyjádřený projev dlouhou dobu unikala rozpoznání a uznání jako plnohodnotná diagnostická kategorie. Ze zkušeností z dospělé psychiatrie vyplývá, že panickou poruchu není těžké poznat, pokud se na tuto diagnózu nemýlí. To je nadějně i pro pedopsychiatrické pacienty, jejichž onemocnění se ve svém projevu od dospělých výrazně neodlišuje. Diagnostika však může být komplikována často přítomnými komorbiditami. S pacienty s panickou poruchou se častěji setkávají pediatři a dětské neurologové, spíše než pedopsychiatři, jak jsme popsali u našeho souboru (10). K zajištění včasné diagnostiky a léčby panické poruchy je tedy třeba edukace všech těchto odborností.

*Naše poděkování za laskavou technickou pomoc patří paní Markétě Mohaplové.*

## Literatura

- Battaglia M, Bertella S, Politi E, Bernardeschi L, Perna A, Bellodi G. Age at onset of panic disorder: Influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1362–1364.
- Bradley S, Hood J. Psychiatrically referred adolescents with panic attacks: presenting symptoms, stressors and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 4: 826–829.
- Biederman J, Faraone SV, Marris A, Moore P, Garcia J, Ablon S, Mick E, Gershon J, Kearns ME. Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 214–223.
- Briggs AC, Stretch DD, Brandon S. Subtyping of panic disorder by symptom profile. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 201–209.
- Casat CD, Ross BA, Scardina R, Sarno C, Smith KE. Mitral valve prolapse in a 12-year-old girl. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26: 444–446.
- Comeau N, Stewart SH, Loba P. The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette and marijuana use. *Addict Behav* 2001; 26: 803–825.
- Gittelman R, Klein DF. Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology* 1984; 17: 55–65.
- Goisman RM, Warshaw MG, Peterson LG, Rogers MP, Cueno P, Hunt MF, Tomlin-Albanese JM, Kazim A, Gollan JK, Epstein-Kaye T, Reich JH, Keller MB. Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia: Data from a multicenter anxiety disorders study. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 72–79.
- Hayward C, Killen JD, Kraemer HC, Taylor CB. Predictors of panic attacks in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 207–214.
- Hrdlička M, Goetz M, Dudová I. Panická porucha v pedopsychiatrii. *ČS Psychiatr* 2004, 100: 4–8.
- Isensee B, Wittchen HU, Stein MB, Hofler M, Lieb R. Smoking increases the risk of panic: Findings from a prospective community study. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 692–700.
- Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 805–808.
- Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA* 2000; 284: 2348–2351.
- Katerndahl DA, Realini JP. Relationship between substance abuse and panic attacks. *Addict Behav* 1999; 24: 731–736.
- Kearney CA, Alabano AM, Eisen AR, Allan WD, Barlow DH. The phenomenology of panic disorder in young: an empirical study of a clinical sample. *J Anx Disord* 1997; 11: 49–62.
- Kecskes I, Rihmer Z, Kiss K, et al. Gender differences in panic disorder symptoms and illicit drug use among young people in Hungary. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 29–35.
- King NJ, Ollendick TH, Mattis SG. Panic in children and adolescents: Normative and clinical studies. *Australian Psychologist* 1994; 29: 89–93.
- Klein DF. Delineation of two-drug responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia* 1964; 5: 397–408.
- Kutcher SP. High potency benzodiazepines in child and adolescent anxiety disorders. Presented at the annual meeting of the American College of Neuropsychopharmacology 1990; Puerto Rico.

20. Laraia MT, Stuart GW, Frye LH, Lydiard RB, Ballenger JC. Childhood environment of women having panic disorder with agoraphobia. *J Anx Disord* 1994; 8: 1–17.
21. Lau JJ, Calamari JE, Waraczynski M. Panic attack symptomatology and anxiety sensitivity in adolescents. *J Anx Disord* 1996; 10: 355–364.
22. Masi G, Toni C, Mucci M, Millepiedi S, Mata B, Perugi G. Paroxetine in child and adolescent outpatients with panic disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2001; 11: 151–157.
23. Masi G, Favilla L, Mucci M, Millepiedi S. Panic disorder in clinically referred children and adolescents. *Child Psychiat Hum Dev* 2000; 31: 139–151.
24. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the predictions of fearfulness. *Behav Res Ther* 1986; 24: 1–8.
25. Renaud J, Birmaher B, Wassick SC, Bridge J. Use of selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of childhood panic disorder: A pilot study. *J Child Adolesc Psychopharmacology* 1999; 9: 73–83.
26. Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld DR, Bolduc EA. Behavioral inhibition in children: A possible precursor to panic disorder or social phobia. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 5–9.
27. Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld-Becker DR, Kagan J, Snidman N, Friedman D, Nineberg A, Gallery DJ, Faraone SV. A controlled study of behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 2002–2010.
28. Silove D, Harris M, Morgan A, Boyce P, et al. Is early separation anxiety a specific precursor of panic disorder-agoraphobia? A community study. *Psychol Med* 1995; 25: 405–411.
29. Silove D, Manicavasagar V, Curtis J, Blaszczyński, A. Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? A critical review. *Compr Psychiatry* 1996; 37: 167–179.
30. Silverman WK, Fleisig W, Rabian B, Peterson RA. Child Anxiety Sensitivity Index. *J Clin Child Psychol* 1991; 20: 162–168.
31. Van der Molen GM, Van den Hout MA, Van Dieren AC, Griez E. Childhood separation anxiety and adult-onset panic disorders. *J Anx Disord* 1989; 3: 97–106.
32. Von Korff M, Eaton W, Keyl P. The epidemiology of panic attacks and panic disorder: results of three community surveys. *Am J Epidemiology* 1985; 122: 970–981.
33. Wittchen HU, Reed V, Kessler RC. The Relationship of Agoraphobia and Panic in a Community Sample of Adolescents and Young Adults. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 1017–1024.
34. Yeragani VK, Meiri PC, Balon R, Patel H. History of separation anxiety in patients with panic disorder and depression and normal controls. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 550–556.
35. Stárková L, Němečková P. Fluvoxamin v pedopsychiatrické praxi – retrospektivní studie. *ČS Psychiat* 2002; 5: 278–282.

KBT institut



## Akreditovaný pětiletý výcvik v kognitivně behaviorální terapii

pro zdravotnické pracovníky — zdravotní sestry, lékaře, psychology, sociální pracovníky

Garanty výcvikového programu jsou **MUDr. Ján Práško, CSc.** a **MUDr. Petr Možný**. Výcvik odpovídá standardům Evropské asociace pro kognitivně behaviorální terapii (EABCT) a je akreditován Českou psychoterapeutickou společností ČLS JEP. Zahájen bude na jaře 2008 a ukončen na podzim 2008.

**Lektoři** – MUDr. Ján Práško, CSc., MUDr. Petr Možný, PhDr. Miloš Štepecký, CSc., MUDr. Beata Paříková a další. **Supervizeři** – Prof. Paul Selkova (Velká Británie), Arnd Timmann, Dipl. Psych. (Německo), Krish Nath (Velká Británie), Prof. Tullio Scimell (Itálie).

**Kontakt** – Stanislava Veselková, koordinátor KBT institutu, telefon 723 789 904, e-mail info@kbtinstitut.cz  
Přihlášky a bližší informace na [www.kbtinstitut.cz](http://www.kbtinstitut.cz), uzávěrka přihlášek 30. srpna 2008.

[www.kbtinstitut.cz](http://www.kbtinstitut.cz)