

## ZNAČAJ KOMORBIDITETA PANIČNOG POREMEĆAJA I SOMATSKIH BOLESTI

Ljiljana Stanimirović  
Opšta bolnica, Šabac

## IMPORTANCE OF COMORBIDITY OF PANIC DISORDER AND SOMATIC ILLNESSES

Ljiljana Stanimirovic  
General Hospital, Sabac, Serbia

### SAŽETAK

*Cilj.* U medicinskoj praksi komorbidnost mentalnih i somatskih bolesti veoma je česta. Cilj ovog rada je da ukaže na važnost holističkog pristupa i diferencijalne dijagnostike uz kompletne dijagnostičke procedure svih somatskih simptoma kod pacijenta, uzimajući u obzir i doživljaj paničnog poremećaja u odnosu na postojanje somatskih simptoma.

*Metode.* Ispitivanje je obavljeno u službi psihijatrije OB Šabac u Šapcu, u periodu od 1. marta do 31. maja 2017. godine, analizom rezultata dobijenih praćenjem 48 bolesnika sa osnovnom dijagnozom paničnog poremećaja (F41.0). Ispitivanje je rađeno na osnovu anamneze i kliničke slike bolesti i upotrebom testa – Bekov inventar anksioznosti za procenu paničnog poremećaja. Odgovori su davani po sistemu Likertove skale. Somatski simptomi napada panike obrađeni su Spearmanovom analizom korelacije u okviru grupa simptoma klasifikovanih po telesnim sistemima, a statistička značajnost korelacione analize procenjena je na nivou 0,05. Konsultativni pregledi specijalista somatske medicine uz dijagnostičke procedure iz potrebnih oblasti.

*Rezultati.* Analizom demografskih karakteristika bolesnika obuhvaćenih ispitivanjem dobijeni su rezultati koji ukazuju na to da se somatski simptomi paničnog napada češće javljaju kod žena 64,52%, kod bolesnika koji su u bračnoj zajednici 56,25% i koji su radno angažovani 39,58%. Prosečna starost ispitanika u uzorku bila je 33,3 godine. Učestalost telesnih simptoma napada panike ukazuje na to da su najučestaliji kardiološki simptomi – 97,92%, simptomi respiratornog sistema – 95,83%, poremećaji ravnoteže – 81,25% i gastroenterološke smetnje – 77,08%. Simptom preskakanja srca ima statistički značajnu korelaciju sa simptomom lupanja ili ubrzanog rada srca, ali ne i sa ostalim simptomima iz ove grupe, dok svi simptomi respiratornih i gastroenteroloških tegoba pokazuju međusobnu statistički značajnu korelaciju. Simptomi koji upućuju na neurootološke tegobe pokazali su statistički značajnu korelaciju, izuzev simptoma nesvestice i nestabilnosti.

*Zaključak.* Značajne korelacije somatskih simptoma po sistemima kod napada panike, uz rano otkrivanje paničnog poremećaja i adekvatno lečenje, isključuju dugotrajne dijagnostičke procedure i ekonomska iscrpljivanja radi potvrde ili isključivanja somatskog oboljenja. Ne treba zanemariti detaljnu obradu pacijenta u odnosu na telesne tegobe iako ima psihičke simptome ili je psihijatrijski pacijent.

**Ključne reči:** anksioznost; panični poremećaj; komorbiditet.

### ABSTRACT

*Objective.* In medical practice in general, the co-morbidity of mental and somatic diseases is very common. The aim of this paper is to point out the importance of holistic approach and differential diagnostics with the complete diagnostics of the procedure of all somatic symptoms in a patient, taking into account the experience of a panic disorder in relation to the existence of somatic symptoms.

*Methods.* The examination was conducted in the service of psychiatry of the General Hospital Sabac in Sabac, in the period from 01/03/2017 until 31/05/2017. The analysis of the results was obtained by monitoring 48 patients with the basic diagnosis of panic disorder (F41.0). The study was based on the anamnesis and clinical picture of the disease and the use of the test - Beck's anxiety inventory for the assessment of panic disorder, and answers were given using the Likert scale. The somatic symptoms of panic attack were addressed by Spearman's correlation analysis within the group of symptoms classified by body systems, and the statistical significance of correlation analysis was estimated at the level of 0.05. Consultative examinations of somatic medicine specialists were performed, with diagnostic procedure from the necessary areas.

*Results.* By analyzing the demographic characteristics of the patients included in the examination, the results show that somatic symptoms of panic attack more commonly occur in women 64.52%, in patients who are in the marital union 56.25% and who are engaged 39.58%. The average age of the patients in the sample was 33.3 years. The frequency of physical symptoms of panic attacks indicates that the most common are cardiac symptoms 97.92%, respiratory symptoms 95.83%, balance disorders 81.25% and gastroenterological disorders 77.08%. The symptom of heart skipping a beat has a statistically significant correlation with the symptom of palpitation or accelerated cardiac activity, but not with other symptoms in this group, while all symptoms of respiratory and gastroenterological disorders show a statistically significant correlation between them. Symptoms that indicate neuro-otologic symptoms showed a statistically significant correlation, except for the symptoms of fainting and instability.

*Conclusion.* Significant correlations of somatic symptoms and of panic attacks indicate that they may occur in groups that correspond to particular organ systems. Early detection of panic disorder and adequate treatment exclude long-lasting diagnostic procedures and economic exhaustion in order to confirm or exclude somatic illness. On the other hand, it is not necessary to ignore the detailed treatment of the patient in relation to physical problems in addition to having psychic ones or if the patient is a psychiatric patient.

**Key words:** anxiety; panic disorder; comorbidity.

## UVOD

Uzajamna povezanost i manifestovanje mentalnih i telesnih bolesti tema je koja se u medicinskoj literaturi i kliničkoj praksi često sreće (1). Posmatrano iz ugla psihijatrije, stigmatizacija psihijatrijskih bolesnika dovodi do previda u radu lekara, iako pacijenti sa psihijatrijskim dijagnozama takođe mogu da boluju i od telesnih bolesti. Komorbiditet je izuzetno značajan i u fokusu interesovanja i zbog sve češće zloupotrebe raznih supstanci: kofein, Aminophylin i slični lekovi, simpatikomimetici (dekongestivi i lekovi za mršavljenje), psihostimulansi i halucinogeni, alkoholna apstinencijalna kriza, povlačenje sa benzodijazepina i drugih sedativa hipnotika, tiroidni hormoni, antipsihotici (2). Svetski eksperti tumače da je neprepoznavanje i neadekvatno lečenje telesnih bolesti komorbidnih sa mentalnim poremećajima, najčešći uzrok za zabrinjavajuće podatke da je životni vek osoba sa različitim psihijatrijskim dijagnozama čak i do 30% kraći u odnosu na osobe koje ne boluju od mentalnih poremećaja (3).

Napad panike se manifestuje zastrašujućim doživljajem intenzivnog straha i nastupajuće katastrofe uz pojavu brojnih somatskih i psihičkih simptoma. Tokom napada panike iznenada se javljaju somatski simptomi kao što su: gušenje, tahikardije, nedostatak vazduha u prostoru, vrtoglavica, mučnina (4). Uz iznenadno javljanje simptoma, javlja se i strah da oni mogu da imaju ozbiljan pa čak i smrtni ishod, te osobe sa napadima panike najčešće traže ispitivanje i pomoć od lekara opšte medicine i specijalista somatske medicine (na primer, u 44% slučajeva kod neurologa, 39% kod kardiologa, 33% kod gastroenterologa) (5). Događa se da somatski lekari ne prepoznaju i ne dijagnostikuju napad panike, odnosno panični poremećaj, nekada čak i u 98% slučajeva (6). Dalje sledi nepotrebno medicinsko ispitivanje koje povlači određene medicinske troškove, uz perzistiranje simptoma i disfunkcionalnost pacijenta. Rezultati ranijih studija ukazali su na to da simptomi napada panike mogu da koreliraju u specifične subgrupe, na način koji bi mogao da ukazuje na neko ozbiljno somatsko oboljenje, koje pacijenti ne mogu adekvatno da prepoznaju, a ne mogu ni somatski lekari (7). Epidemiološki podaci ukazuju na to da se panični poremećaj u opštoj populaciji javlja češće kod žena – 2–3%, a ređe kod muškaraca – 0,5–1,5%. Osam do deset pacijenata ima prvi panični napad pre 30. godine života (8).

Cilj ovog rada je da ukaže na važnost holističkog pristupa i kompletne dijagnostike svih simptoma kod pacijenta, uzimajući u obzir i doživljaj paničnog poremećaja u odnosu na postojanje somatskog oboljenja.

## METODE I ISPITANICI

Ispitivanje je rađeno u službi psihijatrije OB Šabac u Šapcu, u periodu od 1. marta do 31. maja 2017. godine. Obuhvatilo je 48 bolesnika sa osnovnom dijagnozom paničnog poremećaja (Dg: F41.0), koja je postavljena na osnovu psihijatrijskog pregleda i ICD-10 klasifikacije (9).

Tabela 1. Osnovne demografske karakteristike bolesnika (N = 48)

| Demografski podaci | n  | %     |
|--------------------|----|-------|
| Pol                |    |       |
| Muški              | 17 | 35,42 |
| Ženski             | 31 | 64,52 |
| Bračno stanje      |    |       |
| Oženjen/udata      | 27 | 56,25 |
| Neoženjen/neudata  | 14 | 29,17 |
| Razvedeni          | 7  | 14,58 |
| Radno angažovanje  |    |       |
| Zaposleni          | 19 | 39,58 |
| Nezaposleni        | 18 | 37,50 |
| Studenti           | 11 | 22,92 |

Tabela 2. Rezultati testa Bekov inventar anksioznosti sa distribucijom učestalosti telesnih simptoma napada panike

| Rang | Simptomi                             | Učestalost (%) |
|------|--------------------------------------|----------------|
| 1    | Lupanje ili ubrzan rad srca          | 97,92          |
| 2    | Osećanje da će se ugušiti            | 95,83          |
| 3    | Teškoće u disanju                    | 95,83          |
| 4    | Znojenje                             | 93,75          |
| 5    | Osećanje vreline                     | 93,75          |
| 6    | Crvenilo lica                        | 91,67          |
| 7    | Drhtanje ruku                        | 91,67          |
| 8    | Osećaj da se trese                   | 91,67          |
| 9    | Utrnulost                            | 89,58          |
| 10   | Preplašenost                         | 89,58          |
| 11   | Strah od gubitka kontrole            | 85,42          |
| 12   | Nesvestica                           | 81,25          |
| 13   | Vrtoglavica ili omaglica             | 81,25          |
| 14   | Nesigurnost u nogama                 | 79,17          |
| 15   | Nestabilnost                         | 79,17          |
| 16   | Nervoza                              | 77,08          |
| 17   | Loše varenje ili smetnje sa stomakom | 77,08          |
| 18   | Nemogućnost da se opusti             | 75,00          |
| 19   | Strah da će se dogoditi najgore      | 72,92          |
| 20   | Strah od smrti                       | 66,67          |
| 21   | Užasnutost                           | 66,67          |

Osnovni kriterijum za uključivanje bolesnika bio je da su simptomi paničnog poremećaja suština javljanja na lečenje kod psihijatra i utiču na afunkcionalnost bolesnika. Prilikom pravljenja uzorka, posebna pažnja posvećena je bolesnicima s akutnim, teškim ili nestabilnim somatskim bolestima, koji nisu uključeni u praćenje. Ispitivanje je rađeno na osnovu kliničkih simptoma bolesti po ICD-10 klasifikaciji i upotrebom testa – Bekov inventar anksioznosti za procenu paničnog poremećaja, koji je deo Upitnika za procenu paničnog poremećaja Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje – NIMH PQ (10), koristeći podatke koji se odnose na ispoljavanje simptoma napada panike. Bekov test – upitnik sadrži listu od 21 simptoma koje bolesnik može da doživi tokom napada panike, a zadatak je bio da bolesnik odgovori da li ih je doživljavao ili nije tokom prethodne sedmice. Odgovori su davani po sistemu Likertove skale sa gradacijom učestalosti od 0 (nema simptoma) do 3 (simptomi su veoma mnogo izraženi). Obrađeno je ukupno 576 upitnika. Na osnovu anamnestičkih podataka bolesnika i rezultata testa izdvojeni su podaci o prisustvu i učestalosti somatskih simptoma napada panike, koji su obrađeni Spirmanovom analizom korelacije u okviru grupa simptoma, klasifikovanim po

telesnim sistemima (kardiovaskularna, gastroenterološka, respiratorna i neurootološka grupa simptoma). Statistička značajnost korelacione analize procenjena je na nivou 0,05. Metode za somatske tegobe: osnovne laboratorijske analize, rendgen dijagnostika, kompjuterizovana tomografija, nuklearna magnetna rezonanca, uz konsultativne preglede specijalista somatske medicine. Niko od ispitanika nije imao potvrđenu somatsku bolest, što je opravdalo validnost uzorka.

## REZULTATI

Dobijeni rezultati prikazani su u 6 tabela. Tabele od 3 do 6 pokazuju korelacije telesnih simptoma napada panike ispitanika u uzorku.

Dobijeni rezultati ukazuju na to da se somatski simptomi paničnog napada češće javljaju kod žena – 64,52%, kod bolesnika koji su u bračnoj zajednici – 56,25% i koji su radno angažovani 39,58%.

Tabela 2 ukazuje na to da su najučestaliji somatski kardiološki simptomi, zatim simptomi respiratornog sistema, drhtanje, poremećaji ravnoteže i gastroenterološke smetnje.

Tabela 3. Koeficijenti korelacije kardiovaskularnih simptoma

| Simptom                     | Lupanje ili ubrzan rad srca | Preskakanje srca | Bol/stezanje u grudima | Osećaj gušenja |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------|------------------------|----------------|
| Lupanje ili ubrzan rad srca | 1                           |                  |                        |                |
| Preskakanje srca            | 0,22*                       | 1                |                        |                |
| Bol/stezanje u grudima      | 0,40*                       | 0,12             | 1,00                   |                |
| Osećaj gušenja              | 0,23*                       | 0,15             | 0,37*                  | 1              |

\*Statistički značajna korelacija na nivou  $p < 0,05$

Tabela 4. Koeficijenti korelacije respiratornih simptoma

| Simptom                | Bol/stezanje u grudima | Osećaj gušenja | Nedostatak vazduha |
|------------------------|------------------------|----------------|--------------------|
| Bol/stezanje u grudima | 1                      |                |                    |
| Osećaj gušenja         | 0,37*                  | 1              |                    |
| Nedostatak vazduha     | 0,26*                  | 0,69*          | 1                  |

\*Statistički značajna korelacija na nivou  $p < 0,05$

Tabela 5. Koeficijenti korelacije gastroenteroloških simptoma

| Simptomi                  | Muka/problemi sa stomakom | Nadimanje u stomaku | Proliv |
|---------------------------|---------------------------|---------------------|--------|
| Muka/problemi sa stomakom | 1                         |                     |        |
| Nadimanje u stomaku       | 0,56*                     | 1                   |        |
| Proliv                    | 0,41*                     | 0,50*               | 1      |

\*Statistički značajna korelacija na nivou  $p < 0,05$

Tabela 6. Koeficijenti korelacije neurootoloških simptoma

| Simptomi              | Osećaj onesvešćivanja | Nesvestica | Nestabilnost | Osećaj lebdenja | Vrtoglavica |
|-----------------------|-----------------------|------------|--------------|-----------------|-------------|
| Osećaj onesvešćivanja | 1                     |            |              |                 |             |
| Nesvestica            | 0,46*                 | 1          |              |                 |             |
| Nestabilnost          | 0,32*                 | 0,17       | 1            |                 |             |
| Osećaj lebdenja       | 0,33*                 | 0,38*      | 0,41*        | 1               |             |
| Vrtoglavica           | 0,49*                 | 0,49*      | 0,26*        | 0,38*           | 1           |

\*Statistički značajna korelacija na nivou  $p < 0,05$

Simptomi koji upućuju na neurootološke tegobe pokazali su statistički značajnu korelaciju, izuzev simptoma nesvestice sa simptomom – nestabilnost.

Simptom preskakanja srca ima statistički značajnu korelaciju sa simptomom lupanja ili ubrzanog rada srca, ali ne i sa ostalim simptomima iz ove grupe.

Svi simptomi respiratornih tegoba pokazuju međusobnu statistički značajnu korelaciju.

Simptomi koji ukazuju na gastroenterološke tegobe pokazuju međusobnu statistički značajnu korelaciju.

## DISKUSIJA

Sa uvođenjem izraza „poremećaj“ u psihijatrijsku dijagnostiku u ICD-10 klasifikaciju, od 1992. godine, anksiozni poremećaji – neuroze, dobijaju naziv „neurotski, stresogeni i telesno manifestni (somatoformni) poremećaji“. Biološki pristup ukazuje na genetsku predispoziciju i na poremećaje u funkcionisanju neurotransmiterskih sistema, naročito noradrenergičnog, serotonergičnog i sistema gama-aminobutirične kiseline (GABA). S druge strane, psihodinamski pristup ukazuje na to da ličnost reaguje na prolongirane svesne ili nesvesne konfliktne situacije specifičnim ego odbrambenim mehanizmima, gradeći karakterističnu simptomatologiju (11). Posle perioda od pojave prvih simptoma straha, koji može da traje nekoliko nedelja ili meseci, pa i godina, dolazi do pojave prvih napada panike, sa iznenadnom epizodom enormne anksioznosti, ekspresijom telesnih simptoma i anticipacijom užasnih posledica. Napad dostiže vrhunac u roku od 10 minuta i traje najduže do 30 minuta. Napad je ispunjen katastrofičnim mislima, a potom se javljaju iscrpljenost i zamor. To je provala veoma intenzivnog straha ili užasa zbog neposrednog doživljaja vitalne ugroženosti, praćene brojnim telesnim simptomima i znacima straha, nastalim kao posledica pražnjenja hiperaktivnog autonomnog nervnog sistema. Oboleli ima samo dve pretpostavke: ili će poludeti ili boluje od teške i opasne telesne bolesti (12). Ispitanici su i pokazali različitu ekspresiju učestalosti simptoma po somatskim sistemima u zavisnosti od svoje biološke i psihičke osnove.

Izraženi fiziološki simptomi (ubrzano lupanje srca, ubrzano disanje, stezanje u grudima, grčenje mišića, vrtoglavica, trnjenje udova, mučnina, znojenje), na kognitivnom planu tumače se kao znaci mogućeg srčanog udara ili iznenadne smrti, gubljenja razuma ili gubitka kontrole (obično ljudi misle da će poludeti i uraditi nešto neadekvatno). Uobičajeni obrazac razmišljanja je: „Šta ako + negativan ishod“, odnosno: „Šta ako + dobijem srčani udar / padnem u nesvest.“ Ovakav način razmišljanja na afektivnom planu izaziva anksioznost, što pojačava navedene fiziološke simptome (13). Osobe koje imaju panični poremećaj mogu da razviju i agorafobiju ukoliko se pojačaju pogrešna uverenja da su simptomi napada panike životno ugrožavajući i čak smrtonosni ili da mogu da izazovu gubitak kontrole nad sopstvenim emocijama i ponašanjem (14). Na psihičkom planu strah

od smrti, gubitka kontrole i ludila suština su sadržaja napada panike, zbog straha od infarkta miokarda, krvavljenja u mozgu, gušenja. Za kliničare je veoma bitno ponašanje bolesnika koje prati napad panike: razdražljivo i nervozno ponašanje, jasno ispoljeni psihomotorni nemir i agitacija, ili potpuno umrtvljavanje sve do stupora. Između napada panike javlja se anticipatorska anksioznost – strah od novog paničnog napada (15).

Kod ispitanika je evidentan visok procenat straha od gubitka kontrole (85,42%) i strah da će se dogoditi najgore (72,92%), što opravdava njihove posete lekarima somatičarima, pre dolaska na psihijatrijski pregled i lečenje, jer su strah od smrti i užasnutost prisutni kod više od pola ispitanika (66,67%). Panični poremećaj za nekoliko sedmica može potpuno da onespособi pacijenta, poprmi hroničan tok, s remisijama i egzacerbacijama. Uz terapiju, prognoza je odlična (16).

Tokom praćenja i istraživanja tačnost dijagnoze je zahtevala detaljnu diferencijalnu dijagnostiku kako somatskih, tako i psihičkih tegoba. Niko od ispitanika nije imao potvrđenu somatsku bolest, što je opravdalo validnost uzorka. Dileme sa somatskim bolestima: angina pektoris, srčana aritmija, srčane mane – prolaps, hipoglikemija, razna pulmološka oboljenja, hipertenzivne krize, hipo/hipertireoza, karcinoidni sindrom, Menijerova bolest, rešavane su kroz konsultativne preglede lekara somatičara. Ispitanici su tretirani psihijatrijskom terapijom: antidepresivima, anksioliticima, benzodiazepimima, stabilizatorima raspoloženja.

Somatski simptomi napada panike imaju statistički značajne korelacije, što ukazuje na njihovo zajedničko javljanje u grupama u pojedinim organskim sistemima. Ako izolovano posmatramo samo somatske simptome može se postaviti pogrešna dijagnoza nekog somatskog oboljenja i prevideti panični poremećaj. S druge strane, pravovremeno dijagnostikovanje i lečenje paničnog poremećaja eliminiše troškove dijagnostike i lečenja somatskih bolesti koji nisu zanemarljivi. Bilo bi dobro da lekari svih specijalnosti nauče da kod pacijenta prepoznaju panični poremećaj i upute ga na redovno psihijatrijsko lečenje. Neophodno je naglasiti da je kod komorbidnih telesnih i mentalnih poremećaja holistički pristup u dijagnostikovanju i lečenju metoda izbora koja dovodi do zadovoljavajućeg oporavka takvog bolesnika.

## SKRAĆENICE

Dg:F41.0 – dijagnoza paničnog poremećaja

GABA – gama-aminobutirična kiselina

ICD-10 – Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – 10. revizija

NIMH PQ – Upitnik za procenu paničnog poremećaja Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje

## LITERATURA

1. Peiris AN, Oh E, Diaz S. Psychiatric manifestations of thyroid disease. *South Med J* 2007; 100:773-4.
2. Fagiolini A, Gorraci A. The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. *J Clin Psychiatry* 2009; 70:22-9.
3. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:514-9.
4. Lynch P, Galbraith KM. Panic in the emergency room. *Can J Psychiatry* 2003; 48:361-6.
5. Galaverni E, Pozo Navarro P, Bellini M. A survey of panic symptoms in a primary care setting. *Aten Primaria* 2005; 36:312-6. (in Spanish).
6. Roy-Byrne P, Russo J, Dugdale DC, Lessler D, Cowley D, Katon W. Undertreatment of panic disorder in primary care: role of patient and physician characteristics. *J Am Board Pharm Pract* 2002; 15:443-50.
7. Meuret AE, White KS, Ritz T, Roth WT, Hofmann SG, Brown TA. Panic attack symptom dimensions and their relationship to illness characteristics in panic disorder. *J Psychiatr Res* 2006; 40:520-7.
8. Kaplan HI, Sadock BJ. Priručnik kliničke psihijatrije. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.
9. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1992. (in Serbian).
10. Scupi BS, Maser JD, Uhde TW. The national institute of mental health panic questionnaire. An instrument for assessing clinical characteristics of panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180:566-72.
11. Marić J. Klinička psihijatrija. Beograd: Autorsko izdanje, 2005.
12. Kecmanović D. Psihijatrija. II tom. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga, 1989.
13. Latas M, Starčević V. Psihijatrijski komorbiditet kod pacijenata sa agorafobijom i paničnim poremećajem. *Engrami* 1999; 21:63-70.
14. Erić Lj. Agorafobija. Beograd: Medicinski fakultet, 1996.
15. Ackerman DL, Greenland S. Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22:309-17.
16. Jašović Gašić M, Marić N, Jovanović A, Pejović Nikolić S, Đurić D. Antidepresivi. Beograd: GlaxoSmithKline, 2012.