

Klinički centar Srbije, Beograd
 Institut za psihijatriju¹
 Medicinski fakultet, Beograd²
 Univerzitet u Sidneju i *Nepean Hospital, Sydney, Australia*³

Stručni članak
Professional article
 UDK 616.89-008.441
 DOI: 10.2298/MPNS0904165L

NAPADI PANIKE MOGU DA SIMULIRAJU SOMATSKE BOLESTI

PANIC ATTACKS SIMULATE PRESENCE OF SOMATIC ILLNESSES

Milan LATAS^{1,2}, Ivan SOLDATOVIĆ², Marko STAMENović² i Vladan STARČEVIĆ³

Sažetak - Cilj istraživanja bio je da se utvrdi specifična povezanost somatskih i neuroloških simptoma napada panike u okvirima telesnih sistema. Uzorak istraživanja je obuhvatio 97 bolesnika sa dijagnozom paničnog poremećaja. Kod bolesnika iz uzorka ispitivano je postojanje i učestalost simptoma napada panike uz upotrebu Upitnika za procenu paničnog poremećaja. Rezultati ukazuju da su najučestaliji somatski simptomi napada panike bili oni koji se odnose na kardiološke tegobe (lupanje ili ubrzan rad srca) i drhtanje, potom simptomi koji se odnose na poremećaj ravnoteže (nestabilnost na nogama, osećaj onesvešćivanja), znojenje, respiratorne tegobe i gastroenterološke smetnje. Rezultati korelacionih analiza ukazuju da simptomi napada panike koji su grupisani u kardiovaskularne, gastroenterološke, respiratorne i neuro-otološke tegobe pokazuju statistički značajne korelacije. Ukupni rezultati ukazuju na povezanost somatskih simptoma. Javljanje ovih simptoma u međusobno povezanom odnosu, ukoliko se izolovano posmatraju, ukazuje na lažnu kliničku sliku nekog somatskog oboljenja. Zbog toga je važna adekvatna diferencijalna dijagnostika pacijenata sa paničnim poremećajem.

Ključne reči: Panični poremećaji; Bolest; Znaci i simptomi; Diferencijalna dijagnoza

Uvod

Napad panike predstavlja zastrašujući doživljaj intenzivnog straha i nastupajuće katastrofe i praćen je brojnim somatskim i psihičkim simptomima. Tokom napada panike doživljavaju se različiti somatski simptomi kao što su: palpitacije, tahikardija, tahipnea, nauzeja, vertigo i sl. [1]. Zbog iznenadne pojave ovakvih simptoma i straha da bi mogli da imaju ozbiljan, pa čak i smrtni ishod, osobe sa napadima panike najčešće traže ispitivanje i pomoć od lekara opšte medicine [2] i specijalista somatske medicine (na primer, u 44% slučajeva kod neurologa, 39% kod kardiologa, 33% kod gastroenterologa) [3]. Međutim, događa se da somatski lekari ne prepoznaju i ne dijagnostikuju napad panike, odnosno panični poremećaj, nekada čak u 98% slučajeva [4]. Nakon toga, kao posledica, sledi nepotrebno dalje medicinsko ispitivanje sa povećavanjem medicinskih troškova uz perzistiranje simptoma i disfunkcionalnosti kod pacijenata.

Zbog toga smo u ovom radu pokušali da odgovorimo na pitanje: zbog čega se, vrlo često, dešava da napade panike adekvatno ne prepoznaju somatski lekari? Rezultati ranijih studija su ukazali da simptomi napada panike mogu da koreliraju u specifične subgrupe. [5] Na osnovu toga smo pretpostavili da simptomi napada panike mogu da koreliraju na način koji bi mogao da ukazuje na neko ozbiljno somatsko oboljenje, te da ih zbog toga pacijenti ne mogu adekvatno da prepoznaju, kao ni somatski lekari.

Na osnovu navedenog, formulisano je cilje istraživanja. Cilj je bio da se analiziraju simptomi napada panike kod pacijenata sa paničnim poremećajem, odnosno da se utvrdi eventualna specifična povezanost somatskih i neuroloških simptoma napada panike u okvirima telesnih sistema.

Materijal i metode

Istraživanje je sprovedeno kao retrospektivna klinička studija u periodu od 2000. do 2006. godine. Uzorak za istraživanje obuhvatio je 97 bolesnika sa osnovnim dijagnozama paničnog poremećaja (F 41.0) i agorafobije sa paničnim poremećajem (F 40.01). Svi bolesnici koji su uključeni u uzorak su konsekutivno dolazili radi intenzivnog tretmana poremećaja. Dijagnoza paničnog poremećaja i agorafobije sa paničnim poremećajem je postavljena na osnovu strukturisanog kliničkog intervjua [6]. Kriterijumi za uključivanje bolesnika u istraživački uzorak podrazumevali su da je panični poremećaj osnovni poremećaj, odnosno onaj koji dominantno negativno utiče na funkcionalnost bolesnika ili da je to poremećaj koji predstavlja glavni razlog za javljanje bolesnika na lečenje. Kriterijumi za isključivanje iz istraživačkog uzorka podrazumevali su postojanje dijagnoze shizofrenije ili nekog drugog psihotičnog poremećaja, bipolarnog poremećaja, teške aktuelne depresivne epizode i aktuelne zloupotrebe ili zavisnosti od supstancija. Pored toga, kriterijumi za isključivanje iz uzorka su podrazumevali postojanje akutne, teške ili nestabilne somatske bolesti.

Kod bolesnika iz uzorka ispitivano je postojanje i učestalost simptoma napada panike a uz upotrebu Upitnika za procenu paničnog poremećaja Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje - NIMH PQ [7]. Upitnik za procenu paničnog poremećaja je namenjen za sveobuhvatno ispitivanje različitih aspekata paničnog poremećaja. U ovom istraživanju smo koristili podatke iz Upitnika koji se odnose na ispoljavanje simptoma napada panike. U Upitniku je navedena lista od ukupno 44 različita simptoma koje pacijenti mogu da doživljavaju tokom napada panike a zadatak pacijenata je bio da odgovore da li

doživljavaju te simptome tokom napada panike. Odgovori pacijenata su davani po sistemu Likertove skale, a podrazumevali su određivanje gradacije učestalosti od 0 (nema simptoma) do 3 (simptomi se javljaju stalno). Nakon prikupljanja informacija od pacijenata izdvojeni su podaci koji se odnose na postojanje i učestalost telesnih simptoma napada panike (izostavljeni su vegetativni i psihički simptomi). Potom su podaci o somatskim simptomima obrađeni Spirmanovom analizom korelacije u okviru grupa simptoma koji su klasifikovani po telesnim sistemima (kardiovaskularna, gastroenterološka, respiratorna i neuro-otološka grupa simptoma). Statistička značajnost korelacione analize je procenjena na nivou 0,05.

Svi bolesnici koji su bili uključeni u uzorak istraživanja dobrovoljno su prihvatili da učestvuju u istraživanju i dali su svoj pisani pristanak.

Rezultati

Osnovne demografske karakteristike uzorka bolesnika sa paničnim poremećajem prikazane su u Tabeli 1. Rezultati ukazuju da su većinu uzorka činile žene, pacijenti u braku, u većini sa završenom srednjom školom i da su pacijenti većinom bili zaposleni (Tabela 1). Prosečna starost ispitanika u uzorku je bila 33,3 ($\pm 7,3$) godine.

Tabela 1. Osnovne demografske i kliničke karakteristike bolesnika (N=97)

Table 1. Demographic data for patients with panic disorder (N=97)

Demografski podaci/Demographic data	n	%
Pol/Gender		
Muški/Male	23	23,7
Ženski/Female	74	76,3
Bračno stanje/Marital status		
Oženjeni/udate/Married	62	63,9
Neoženjeni/neudate/Never married	24	24,7
Razvedeni/Divorced	11	12,4
Obrazovanje/Educational level		
Osnovno/Primary	2	2
Srednje/Secondary	65	67,1
Više i visoko/University	30	30,9
Profesionalni status/Employment status		
Zaposleni/Employed	65	67
Nezaposleni/Unemployed	25	25,5
Studenti/University students	17	17,5

Na Tabeli 2 je prikazana rang lista učestalosti telesnih simptoma napada panike. Rezultati ukazuju da su najučestaliji somatski simptomi bili oni koji se odnose na kardiološke tegobe i drhtanje, potom simptomi koji se odnose na poremećaj ravnoteže, znojenje, respiratorne tegobe i gastroenterološke smetnje.

Na tabelama od 3 do 6 su prikazane korelacije telesnih simptoma napada panike kod pacijenata iz uzorka. Simptomi napada panike koji su grupisani u kardiovaskularne tegobe: lupanje ili ubrzan rad srca,

Tabela 2. Distribucija učestalosti telesnih simptoma napada panike

Table 2. The frequency of physical symptoms of panic attacks

Rang Rank	Simptom Symptom	Učestalost (%) Frequency
1	Lupanje ili ubrzan rad srca/Heart pounding or racing	96,91
2	Drhtanje ili treperenje/Trembling	95,87
3	Nestabilnost na nogama/Unsteady feeling	92,78
4	Osećaj onesvešćivanja/Fainting feeling	89,69
5	Znojenje/Sweating	89,69
6	Vrtoglavica/Dizziness	87,63
7	Nedostatak vazduha/Dyspnea	85,57
8	Bol ili stezanje u grudima/Chest pain or pressure	83,51
9	Osećaj gušenja/Choking feeling	82,47
10	Nesvestica/Feeling like collapsing	75,26
11	Glavobolja/Headache	67,01
12	Muka ili problemi sa stomakom Nausea or upset stomach	64,95
13	Preskakanje srca/Heart skipping a beat	55,67
14	Osećaj lebdenja, vrtenja ili kretanja u mestu/Feeling of floating, spinning or moving in one place	48,45
15	Nadimanje u stomaku/Bloated in the stomach	47,42
16	Ukočenost od straha/Feeling immobilized by fear	46,39
17	Proliv/Diarrhea	45,36

osećaj gušenja i bol ili stezanje u grudima su pokazali statistički značajnu korelaciju (Tabela 3).

Tabela 3. Koeficijenti korelacije kardiovaskularnih simptoma

Table 3. Correlation coefficients for cardiovascular symptoms

Simptom Symptom	Lupanje ili ubrzan rad srca/Heart pounding or racing	Preskakanje srca/Heart skipping a beat	Bol/stezanje u grudima/Chest pain pressure	Osećaj gušenja/Choking feeling
Lupanje ili ubrzan rad srca/Heart pounding or racing	1			
Preskakanje srca/Heart skipping a beat	0,22*	1		
Bol/stezanje u grudima/Chest pain pressure	0,40*	0,12	1,00	
Osećaj gušenja/Choking feeling	0,23*	0,15	0,37*	1

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

* Statistically significant correlation at the level of $p < 0,05$

Jedino se izdvaja simptom preskakanja srca kao simptom koji ima statistički značajnu korelaciju samo sa simptomom lupanja ili ubrzanog rada srca ali ne i sa ostalim simptomima iz ove grupe. Svi simptomi koji su grupisani kao gastroenterološke tegobe: dijareja, muka ili problemi sa stomakom i nadimanje u stomaku pokazuju međusobnu statistički značajnu korelaciju (Tabela 4). Takođe, svi simptomi grupisani u respiratorne tegobe: bol ili stezanje u grudima, osećaj gušenja i nedostatak vazduha pokazuju međusobnu statistički značajnu korelaciju (Tabela 5). I na kraju, simptomi koji su grupisani kao neuro-otološke tegobe: osećaj onesvešćivanja, nesvestica, nestabilnost, osećaj lebdenja i vrtoglavica pokazali su statistički značajnu korelaciju, osim simptoma nesvestica sa simptomom nestabilnost (Tabela 6).

Tabela 4. Koeficijenti korelacije gastroenteroloških simptoma
Table 4. Correlation coefficients for gastro-enterological symptoms

Simptom Symptom	Muka/problemi sa stomakom/Nausea or upset stomach	Nadimanje u stomaku/Bloated stomach	Proliv Diarrhea
Muka/problemi sa stomakom/Nausea or upset stomach	1		
Nadimanje u stomaku «Butterflies» in the stomach	0,56*	1	
Proliv/Diarrhea	0,41*	0,50*	1

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

* Statistically significant correlation at the level of $p < 0,05$

Tabela 5. Koeficijenti korelacije respiratornih simptoma
Table 5. Correlation coefficients for respiratory symptoms

Simptom Symptom	Bol/stezanje u grudima Chest pain pressure	Osećaj gušenja Choking feeling	Nedostatak vazduha Dyspnea
Bol/stezanje u grudima Chest pain pressure	1		
Osećaj gušenja Choking feeling	0,37*	1	
Nedostatak vazduha Dyspnea	0,26*	0,69*	1

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

* Statistically significant correlation at the level of $p < 0,05$

Tabela 6. Koeficijenti korelacije neuro-otoloških simptoma
Table 6. Correlation coefficients for neuro-otological symptoms

Simptom Symptom	Osećaj one- svešćivanja Fainting feeling	Nesvestica Feeling like collapsing	Nestabilnost Unsteady feeling	Osećaj lebdenja Feeling of floating	Vrtoglavica Dizziness
Osećaj onesvešćivanja Fainting feeling	1				
Nesvestica Feeling like collapsing	0,46*	1			
Nestabilnost Unsteady feeling	0,32*	0,17	1		
Osećaj lebdenja Feeling of floating	0,33*	0,38*	0,41*	1	
Vrtoglavica Dizziness	0,49*	0,49*	0,26*	0,38*	1

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

* Statistically significant correlation at the level of $p < 0,05$

Diskusija

Telesni simptomi napada panike kod pacijenata sa paničnim poremećajem mogu da budu veoma brojni i raznoliki. Analiza učestalosti somatskih simptoma napada panike kod ispitivanog uzorka pacijenata sa paničnim poremećajem ukazuje da su najučestaliji bili kardiološki, neuro-otološki, respiratorni i gastroenterološki simptomi. Dalje, analiza simptoma napada panike na ovom uzorku je ukazala da se najučestaliji simptomi poklapaju sa somatskim

simptomima koji se nalaze u dijagnostičkim kriterijumima za panični poremećaj aktuelnih dijagnostičkih kategorija - MKB 10 i DSM IV [1,8] ukazujući na adekvatnost ispitivanog uzorka pacijenata sa paničnim poremećajem za istraživanje koje je sprovedeno.

Osvrćući se na osnovni cilj istraživanja, rezultati analize somatskih simptoma napada panike kod pacijenata sa paničnim poremećajem ukazali su da oni koreliraju u okvirima izdvojenih telesnih sistema.

Rezultati analize kardiovaskularnih simptoma ukazuju na postojanje statistički značajnih korelacija tih simptoma. Ovaj rezultat ukazuje na međusobnu povezanost kardioloških simptoma, odnosno da se ti simptomi kod pacijenata sa paničnim poremećajem uglavnom javljaju zajedno (osim simptoma preskanja srca). Javljanje ovih simptoma u međusobno povezanom odnosu, ukoliko se izolovano posmatraju, može da ukaže na lažnu kliničku sliku nekog kardiovaskularnog oboljenja. Tako na primer, iznenadna pojava bola u grudima koja je praćena dispnejom i poremećajem u srčanoj frekvenciji kod pacijenata sa napadom panike, ukoliko je pažnja pacijenata i lekara usmerena samo na te simptome, može pogrešno da ukaže na pojavu akutnog koronarnog sindroma (kao što je nestabilna angina pectoris ili, čak, akutni infarkt miokarda) koji je nekada jako teško razlikovati od napada panike [9,10].

Simptomi koji su grupisani u okviru gastroenteroloških tegoba međusobno statistički značajno koreliraju. Ovakav rezultat znači da se ti simptomi uporedo javljaju. Pojava simptoma u ovakvoj kombinaciji kod pacijenata sa paničnim poremećajem, ukoliko se izolovano posmatraju u odnosu na celokupnu kliničku sliku pacijenta, može i pacijenta i lekara da navede na dijagnostičku stranputicu i da ukazuje na lažnu kliničku sliku akutnog (na primer, gastritis, akutno trovanje i sl.) ili hroničnog (na primer, iritabilni kolon) gastroenterološkog oboljenja, pri čemu panični poremećaj može lako da se zanemari [11].

Slično tome, ispitivani respiratorni simptomi međusobno visoko statistički značajno koreliraju, što znači da se oni se javljaju zajedno. U takvoj kombinaciji, pod uslovom da je fokus pažnje usmeren samo na te simptome, oni kod pacijenata sa paničnim poremećajem mogu da pokazuju lažnu kliničku sliku nekog respiratornog oboljenja (na primer, napada astme ili drugih opstruktivnih bolesti pluća i disajnih puteva) [12], a u kombinaciji sa kardiološkim simptomima mogu da daju lažnu kliničku sliku plućne embolije [10], a da se napad panike (panični poremećaj) ne dijagnostikuje na adekvatan način.

Grupisanje i rezultati analize korelacije simptoma u okviru neuro-otološkog sistema ukazuju da se kod većine ovih simptoma javlja statistički značajna korelacija što ukazuje da se ovi simptomi kod pacijenata sa paničnim poremećajem uglavnom javljaju zajedno. Na taj način, oni mogu da ukazuju

na lažnu kliničku sliku oboljenja vestibularnog aparata (na primer, Menierova bolest, neuronitis vestibularnog nerva i sl.) [13] a dijagnostička procedura može da bude usmerena na pogrešnu stranu.

Kada se na ovakav način, u okviru telesnih sistema i izolovano, posmatraju simptomi napada panike kod pacijenata sa paničnim poremećajem onda ih je veoma teško razlikovati od simptoma nekih telesnih bolesti. Zbog toga je važna adekvatna diferencijalna dijagnostika, koja kod pacijenata sa paničnim poremećajem može da bude veoma zahtevna. Ako se ovome doda da pacijenti sa paničnim poremećajem imaju selektivno usmerenu pažnju na somatske simptome i svoje žalbe upravo fokusiraju na te tegobe zbog uverenja da imaju životno ugrožavajuću somatsku bolest [14], jasno je da diferencijalna dijagnostika pacijenata sa paničnim poremećajem može da bude veoma složen proces. Problem dijagnostike usložnjava i činjenica da ovi pacijenti svoj strah doživljavaju kao opravdanu posledicu pojave somatskih simptoma (životno ugrožavajuće bolesti) i iznose ga kao sekundarni problem [15].

S obzirom na veliku verovatnoću kontakta lekara opšte medicine i lekara internističkih grana sa osobama koje boluju od paničnog poremećaja, potrebno je da se uvedu relativno jednostavne izmene u procesu dijagnostike i procene pacijenata sa mogućim paničnim poremećajem koji se obraćaju somatskim lekarima. Te promene bi, pre svega, trebalo da omoguće somatskim lekarima da lakše uzmu u obzir postojanje psihičkog poremećaja i da sagledavaju opštu sliku kod pacijenata, a ne samo izolovane somatske simptome. Pored toga, kada postoji sumnja na postojanje paničnog poremećaja, pacijentima je potrebno postaviti dva ciljana pitanja koja relativno sigurno mogu da upute na postojanje paničnog poremećaja kod pacijenata sa somatskim simptomima čiji je somatski nalaz uredan [16]. Ta pitanja su:

Da li ste, u poslednjih šest meseci, imali periode ili napade kada ste se iznenada osetili uplašeno, zabrinuto ili veoma napeto?

Da li ste, u poslednjih šest meseci, imali periode ili napade kada ste bez razloga osetili 1) da Vam je srce iznenada počelo da radi ubrzano, 2) nestabilnost, kao da ćete da izgubite svest i padnete ili 3) teškoću da dođete do vazduha, kao da ne možete da udahnute?

Pozitivan odgovor na bar jedno od ova dva pitanja može sa velikom verovatnoćom da ukaže da kod pacijenta postoji panični poremećaj i da je tog pacijenta potrebno uputiti psihijatru na dalju analizu i eventualnu terapiju.

Pored toga, i ako se uradi adekvatna dijagnostika somatskih bolesti a rezultati pregleda ukazuju na normalan nalaz, razuveravanje pacijenata sa paničnim poremećajem na način da im se ukaže da ne postoji somatsko oboljenje kao uzročnik pojave simptoma često ne dovodi do značajnijeg poboljšanja u njihovom stanju. U slučaju da ne budu

upućeni psihijatrima (i ne dobiju adekvatan psihijatrijski tretman) kod većine pacijenata sa paničnim poremećajem razuveravanje neće nužno dovesti do umanjenja telesnih simptoma i protektivnog ponašanja, koje uključuje i učestale posete lekarima i nove medicinske pretrage [16]. Naprotiv, i telesni simptomi i protektivno ponašanje pacijenata perzistirace tokom dužeg vremenskog perioda uz prolongiranje visokog stepena disfunkcionalnosti [18]. U tom smislu je važno da se pacijentima sa napadima panike (paničnim poremećajem), pored pravilne dijagnostike, pruži i odgovarajući psihijatrijski tretman [19]. Na taj način bi se na najbolji način moglo pomoći pacijentima sa paničnim poremećajem.

Rezultati dobijeni ovim istraživanjem bi, ipak, trebalo da se interpretiraju sa određenom dozom opreza zbog postojanja nekoliko ograničenja usled primenjene metodologije istraživanja. Prvo, postoje ograničenja koja se odnose na primenu upitnika samoprocene za dobijanje klinički relevantnih informacija, odnosno pitanje lične interpretacije bolesnika i verodostojnosti tako dobijenih podataka. Drugo, simptomi koji su analizirani kod ispitivanih pacijenata sa paničnim poremećajem nisu komparirani sa simptomima neke kontrolne grupe ispitanika (na primer, pacijenata sa nekim drugim anksioznim poremećajem) te se ne može tvrditi da su rezultati dobijeni ovom studijom specifični za pacijente sa paničnim poremećajem. Treće moguće ograničenje rezultata istraživanja može da proističe i iz načina obrade podataka dobijenih od pacijenata, odnosno načina grupisanja simptoma napada panike u okvire telesnih sistema. Moguće je da bi drugačiji način grupisanja simptoma i korelaciona analiza tako grupisanih podataka dala neki drugi rezultat, ali je ovakav metod primenjen zbog specifičnog cilja ovog istraživanja. Značajna korelacija između simptoma koji potiču iz različitih organskih sistema - pri čemu su isključena oboljenja koja potiču iz tih organskih sistema - mogla bi takođe da ukaže na veću verovatnoću paničnog poremećaja. I poslednje, može se postaviti pitanje uključivanja pacijenata u istraživački uzorak iz dve različite dijagnostičke kategorije: panični poremećaj - F 41.0 i agorafobija sa paničnim poremećajem - F 40.01. Međutim, istraživanja su pokazala da se pacijenti sa paničnim poremećajem (bez obzira na postojanje agorafobije) međusobno ne razlikuju po svojim kliničkim karakteristikama i nivou disfunkcionalnosti [20], te se u ovakvoj vrsti istraživanja mogu posmatrati kao jedna dijagnostička kategorija.

Ipak, i pored navedenog, rezultati koji su dobijeni ovim istraživanjem mogu da budu veoma korisni u razumevanju psihopatologije kod bolesnika sa paničnim poremećajem. Mišljenja smo da su svi ovi podaci dobro poznati lekarima specijalistima psihijatrije iz njihove rutinske kliničke prakse ali ovim radom smo želeli da upozorimo lekare opšte medicine i specijaliste internističkih grupa na to da pri uočavanju izlovanih somatskih simptoma uzmu

u obzir i postojanje psihijatrijskih poremećaja, odnosno paničnog poremećaja.

Zaključak

Panični poremećaj predstavlja multisimptomatski psihijatrijski poremećaj. Statistički značajne korelacije somatskih simptoma napada panike ukazuju da oni mogu da se javljaju zajedno u grupama koje odgovaraju pojedinim organskim sistemima. Ukoliko se te grupe simptoma izolovano posmatraju, one mogu da simuliraju neko somatsko oboljenje, čime

se previdi panični poremećaj. Ipak, rano otkrivanje paničnog poremećaja i njegovo adekvatno lečenje može sprečiti dugotrajne i ekonomski iscrpljujuće internističke, neurološke i druge preglede i terapije koje najčešće ostaju bez uspeha. Zbog toga, iako nikako ne bi trebalo da se zanemari dijagnostička provera eventualnih somatskih bolesti, neophodno je da lekari svih struka znaju da kod svojih pacijenata prepoznaju panični poremećaj, da ga adekvatno dijagnostikuju i da pacijenta, po potrebi, upute psihijatrima na dalji tretman.

Literatura

1. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992. (Serbian).
2. Galaverni E, Pozo Navarro P, Bellini M. A survey of panic symptoms in a primary care setting. *Aten Primaria* 2005;36(6):312-6.
3. Lynch P, Galbraith KM. Panic in the emergency room. *Can J Psychiatry* 2003;48:361-6.
4. 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.
5. 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(6):520-7.
6. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. Structured clinical interview for DSM-IV (SCID). Washington DC: American Psychiatric Press; 1990.
7. Scupi BS, Maser JD, Uhde TW. The National Institute of Mental Health Panic Questionnaire: an assessment for assessing clinical characteristics of panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:566-72.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 1994.
9. Husser D, Bollmann A, Kuhne C, Molling J, Klein HU. Evaluation of noncardiac chest pain: diagnostic approach, coping strategies and quality of life. *Eur J Pain* 2006;10(1):51-5.
10. Cayley WE. Diagnosing the cause of chest pain. *Am Fam Physician* 2005;72:2012-21.
11. Lydiard RB. Increased prevalence of functional gastrointestinal disorders in panic disorder: clinical and theoretical implications. *CNS Spectr* 2005;10(11):899-908.
12. Rietveld S, van Beest I, Prins PJ. The relationship between specific anxiety syndromes and somatic symptoms in adolescents with asthma and other chronic diseases. *J Asthma* 2005;42(9):725-30.
13. Staab JP. Chronic dizziness: the interface between psychiatry and neuro-otology. *Curr Opin Neurol* 2006;19(1):41-8.
14. Clark MD. A cognitive approach to panic disorder. *Behav Res Ther* 1986;24:461-70.
15. Korczak DJ, Goldstein BI, Levitt AJ. Panic disorder, cardiac diagnosis and emergency department utilization in an epidemiologic community sample. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:335-9.
16. Stein MB, Roy-Byrne PP, McQuaid JR, Laffaye C, Russo J, McCahill ME, et al. Development of a brief diagnostic screen for panic disorder in primary care. *Psychosom Med* 1999;61:359-64.
17. Esler JL, Bock BC. Psychological treatments for non-cardiac chest pain: recommendations for a new approach. *J Psychosom Res* 2004;56:263-9.
18. Potts SG, Bass CM. Psychological morbidity in patients with chest pain and normal or near-normal coronary arteries: a long-term follow-up study. *Psychol Med* 1995;25:339-47.
19. Margo KL. Psychological interventions for noncardiac chest pain. *Am Fam Physician* 2005;72(9):1701-2.
20. Bienvenu OJ, Onyike CU, Stein MB, Chen L, Samuels J, Nestadt G, et al. Agoraphobia in adults: incidence and longitudinal relationship with panic. *Br J Psychiatry* 2006;188:432-8.

Summary

Introduction

Panic attacks are characterized with sudden attacks of anxiety with numerous somatic symptoms, such as palpitations, tachycardia, tachypnea, nausea, vertigo.

The objective of this study was to analyze symptoms of panic attacks in patients with panic disorder, especially, to determine the specific relationship of somatic and neurological symptoms of panic attacks in boundaries of somatic systems.

Material and methods

The study sample consisted of 97 patients with primary diagnosis of panic disorder, without any acute, severe and unstable somatic illness. The presence and frequency of symptoms of panic attacks were estimated by the Panic Disorder Questionnaire.

Results

The study results indicate that the most frequent symptoms of panic attacks were cardiological signs (heart pounding or

racing) and trembling, followed by unsteady and fainting feeling symptoms, sweating, respiratory symptoms and gastroenterological symptoms. The results of correlation analyses indicate that symptoms of panic attacks classified into cardiovascular, gastro-enterological, respiratory and neurological systems show statistically significant correlations.

Conclusion

The results of analyses of symptoms of panic attacks point to their intercorrelation. This specific association of the symptoms, if they are examined on their own in the patients, could lead to false clinical manifestation of some somatic illness. Therefore, it is necessary to analyze adequately and make the proper differential diagnosis of patients with panic disorder.

Key words: Panic Disorder; Disease; Signs and Symptoms; Diagnosis, Differential

Rad je primljen 3. VIII 2007.

Prihvaćen za štampu 28. VIII 2007.

BIBLID.0025-8105;(2009):LXII:3-4:165-170.