¹Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

²Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd

³Klinika za pulmologiju Klinički centar Srbije, Beograd

MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP ISPITIVANJU I LEČENJU DISPNEJE - PANIČNI POREMEĆAJ I DISPNEJA

A MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO EXAMING AND TREATING PANIC DISORDER AND DYSPNEA

Milan Latas^{1,2}, Branislava Milenković^{1,3}

Sažetak

Panični poremećaj je sindrom koji karakterišu učestali, neočekivani panični napadi, intenzivna zabrinutost zbog narednih paničnih napada i njihovih mogućih posledica (infarkt, ugušenje, gubitak svesti, itd.) kao i značajne promene u opštem funkcionisanju. Pacijenti sa paničnim poremećajem često imaju i neka komorbidna oboljenja, a klinička istraživanja ukazuju da je prevalencija paničnog poremećaja u respiratornim bolestima značajno veća nego u opštoj populaciji. Ako se uzme u obzir razmatranje respiratorne (dis)funkcije i etiološke povezanosti sa napadima panike, izdvajaju se dve mogućnosti, koje se međusobno ne isključuju: hiperventilacija i "respiratorna hipoteza". Pored toga, ako se posmatraju respiratorne bolesti, vidi se da postoje „zajednički“ simptomi napada panike i respiratornih bolesti. Među njima su: 1. nedostatak vazduha, 2. doživljaj gušenja, ugušenja, 3. „kratak“ dah, 4. uzdasi, 5. strah i mnogi drugi, što može da komplikuje dijagnostički proces. I na kraju, kada somatski lekari posumnjaju na moguće postojanje paničnog poremećaja, treba da edukuju i umire pacijente, eventualno da konsultuju psihijatre ili da pacijente upute na diferentnu psihijatrijsku terapiju.

Ključne reči: panični poremećaj, anksioznost, astma, hronična opstruktivna bolest pluća

Summary

In this paper we have aimed to present the basics of comorbidity and relationship of panic disorder with chronic obstructive pulmonary diseases (COPD). It is, almost, well known fact that panic disorder is common comorbid condition in various somatic diseases, including pulmonary diseases. The importance of this comorbidity is related on impact on the functioning, the questions of primary diagnosis, etiological relationship, therapeutic implications etc. The prevalence of panic disorder is 3 times higher in patients with COPD and vice versa. The etiological considerations of panic disorder include, among the others, respiratory hypothesis and hyperventilation as the possible cause factors. The problem is, also, that symptoms of panic and COPD overlap, which could complicate diagnostic process. Therefore, the duty of somatic doctors is to recognize the symptoms of panic disorder in their patients, to reduce their anxiety and to refer them to psychiatric treatment if it is indicated.

Key words: panic disorder, anxiety, asthma, chronic obstructive pulmonary disease

Uvod

Panični poremećaj je sindrom koji karakterišu učestali, neočekivani panični napadi, intenzivna zabrinutost zbog narednih paničnih napada i njihovih mogućih posledica (infarkt, gubitak svesti, itd.) kao i značajne promene u opštem funkcionisanju (izbegavanje određenih situacija, učestali odlasci kod lekara, itd.). Napad panike predstavlja specifičan, zastrašujući doživljaj intenzivnog straha i nastupajuće katastrofe koji prate brojni somatski simptomi. Njega karakteriše iznenadni, najčešće spontani nastanak, intenziviranje u roku od nekoliko minuta, kulminacija kada su izraženi svi simptomi, trajanje od nekoliko minuta do (vrlo retko) nekoliko sati i spontani završetak. Sve ovo oboleli opisuju kao osećaj nastupajuće smrti, gubitka kontrole, srčanog napada, gušenja ili „ludila“. Pored toga, u trenucima napada panike, kod obolelog postoji neodložna potreba da napusti mesto napada, ma gde se on zbio, i potreba da traži hitnu medicinsku pomoć.

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 [1] i specijalista somatske medicine (na primer: u 44% slučajeva kod neurologa, 39% kod kardiologa, 33% kod gastroenterologa) [2].

Epidemiološke studije širom sveta ukazuju da je prevalencija paničnih napada od 3% do 4% dok se subklinički panični napadi (formalno ne ispunjavaju MKB i DSM dijagnostičke kriterijume) javljaju skoro tri puta češće, sa prevalencijom između 7% i 10%. Prevalencija paničnog poremećaja (sa agorafobijom ili bez nje) tokom života je oko 3%.

Da bi se postavila dijagnoza paničnog napada [3] neophodno je da je napad nagao, neočekivan i da se brzo razvija (do 10 minuta). Pored toga neophodan uslov za dijagnozu su i najmanje 4 od sledećih 14 simptoma napada: ubrzani rad ili lupanje srca; znojenje; drhtanje; osećaj nedostatka vazduha; osećaj gušenja; bol ili druga nelagodnost u grudima; muka ili druge stomachne tegobe; utrnulost tela; suva usta; hladni ili topli talasi po telu; osećaj vrtoglavice ili gubitka svesti; depersonalizacija ili derealizacija; strah od ludila ili gubitka kontrole i strah od smrti. Za postavljanje dijagnoze paničnog poremećaja, prema MKB dijagnostičkim kriterijumima potrebno je da je osoba imala četiri ili više paničnih napada tokom perioda od mesec dana.

Za pravilnu dijagnozu paničnog poremećaja, potrebno ga je diferencirati od različitih somatskih oboljenja koja mogu imati sličnu simptomatologiju.

Tu se pre svega misli na spektar endokrinoloških stanja, kao i različita kardiološka i pulmonalna oboljenja (aritmije, prolaps mitralne valvule, opstruktivna stanja, astma). Pored toga, treba uzeti u obzir različita neurološka oboljenja (epileptička stanja, vestibularna disfunkcija) i moguću upotrebu psihoaktivnih supstanci.

Dakle, suština napada panike su jaki somatski simptomi, doživljaj pacijenta da će mu se nešto strašno odmah dogoditi (ugušće se, onesveteće se, umreće...) i doživljaj da mora odmah nešto da uradi (jako udahne, otvori prozor, pobegne napolje...). I onda se postavlja pitanje: Šta je problem sa napadima panike i paničnim poremećajem a odnosi se na somatske lekare, pre svega interniste (pulmologe)? To je, pre svega, 1. učestalost komorbiditeta paničnog poremećaja i respiratornih bolesti, 2. specifična povezanost paničnog poremećaja i respiratorne (dis)funkcije, 3. učestalost telesnih simptoma napada panike, koji mogu da otežavaju dijagnostiku poremećaja, i 4. terapija poremećaja kada se javljaju u komorbiditetu. U okviru ovog rada ukazaćemo na neke važne karakteristike paničnog poremećaja, pre svih, na one koje se odnose na respiratornu difunkciju u pokušaju da pomognemo u rešavanju navedenih problema.

Komorbiditet paničnog poremećaja i respiratornih bolesti

Pacijenti sa paničnim poremećajem često imaju i neka komorbidna oboljenja, tj. oboljenja koja su istovremeno prisutna kod iste osobe, a mogu ali i ne moraju da budu etiološki povezana [4]. Tako se panični poremećaj učestalo sreće u komorbiditetu sa ostalim psihijatrijskim bolestima [5] ali i sa mnogim somatskim bolestima [6], među kojima su česte i respiratorne bolesti.

Klinička istraživanja ukazuju da je prevalencija paničnog poremećaja u respiratornim bolestima značajno veća nego u opštoj populaciji – na primer na uzorku pacijenata sa astmom kod 6-24% pacijenata javlja se panični poremećaj dok 42% astmatičnih pacijenata ima napade panike [7]. S druge strane, prevalencija respiratornih bolesti kod pacijenata sa paničnim poremećajem je 3 puta veća za astmu, bronhitis, emfizem i

alergiju u odnosu na "normalnu" populaciju, bez psihičkih poremećaja. [7] Značaj postojanja komorbiditeta se ogleda u uticaju komorbiditeta na kliničku sliku. Istraživanja ukazuju da prisustvo komorbiditeta paničnog poremećaja kod pacijenata sa opstruktivnim bolestima pluća intenzivira difunkcionalnost, broj hospitalizacija, upotrebu kortikosteroida, ali i uvećava broj respiracija u stresnim situacijama. [7]

Etiološka povezanost respiratorne (dis)funkcije i napada panike

U razmatranju etiologije napada panike postoje brojne hipoteze, koje se tiču mnogobrojnih aspekata u koje se ubrajaju psihološki, socijalni i biološki činioci. Ako se uzme u obzir razmatranje respiratorne (dis)funkcije i etiološke povezanosti sa napadima panike, izdvajaju se dve mogućnosti, koje se međusobno ne isključuju: hiperventilacija i "respiratorna hipoteza".

Hiperventilacija

Iz prakse je poznato da akutna hiperventilacija može da izazove simptome napada panike. Ona nastaje tako što se iz organizma izbacuje više ugljen-dioksida, nego što ga metabolizam proizvede što je povezano sa pojavom hipokapnije i alkalozе. Hipokapnija dovodi do cerebralne vazokonstrikcije i smanjenog dotoka kiseonika u CNS, zbog čega se mogu javiti simptomi panike. Alkalozа dovodi do hipokalcemije, što se ispoljava novim simptomima. Ipak, hiperventilacija je samo jedan od mehanizama koji doprinosi da dođe do napada panike i ne mora da bude uslov za pojavu napada.

"Respiratorna hipoteza"

Pokazalo se da udisanje ugljen-dioksida u koncentracijama od 5% ili 35% izaziva napad panike kod pacijenata s paničnim poremećajem. Patofiziološki mehanizam se odvija preko respiratorne acidoze, hiperkapnije i hiperkalcemije, što potom izaziva dispneju, doživljaj gušenja i napad panike. Nakon toga, može doći do kompenzatorne hiperventilacije i još izraženijih simptoma napada. Na osnovu ovih zapažanja formulisana je hipoteza da su hemoreceptori u moždanom stablu osoba s paničnim poremećajem preosetljivi na ugljen-dioksid i da reaguju preterano čak i na veoma mali porast koncentracije ugljen-dioksida, što izaziva napad panike. Na ovu hipotezu se nadovezala teorija Klajna o napadu panike kao posledici preranog aktiviranja mehanizma (alarma) pomoću kojeg organizam preventivno reaguje na mogućnost gušenja. [8] U pitanju je, dakle, lažni alarm ugušenja, tako da osoba reaguje hiperventilacijom i pratećim simptomima, naročito u situacijama koje signaliziraju mogućnost gubitka kiseonika i ugušenja (na primer, u malom, zatvorenom

prostoru). U prilog ovoj teoriji navode se niz činjenica, među kojima se izdvajaju sledeće: 1. Strah od ugušenja je veoma čest fenomen u opštoj populaciji; 2. Dispneja je čest simptom tokom napada panike, ali nije simptom normalnog straha; 3. Panični poremećaj je najčešće stanje straha kod obolelih od plućnih bolesti.

Dominacija u psihopatologiji

Simptomi napada panike mogu da budu veoma raznovrsni i mogu da se odnose na mnoge somatske sisteme. Međutim istraživanja su pokazala da postoji specifična učestalost i intenzitet simptoma povezanih sa disanjem, na osnovu čega je formulisana respiratorni u odnosu na nerespiratorni podtip paničnog poremećaja. [9] Simptomi napada panike koji se odnose na respiratorni podtip uključuju pre svega simptome koji proizilaze iz disfunkcije respiratornog sistema (dispneja, doživlja gušenja – ugušenja, "kratak" dah, uzdasi) dok, sa druge strane, nerespiratorni podtip uključuje ostale simptome napada panike (kardiološki - tahikardija, palpitacije i neuro-otološki - vrtoglavica, znojenje, depersonalizacija).

Preklapanje simptoma i problem dijagnostike

Već je pomenuto da simptomi napada panike mogu da budu veoma raznovrsni i da mogu da se odnose na mnoge somatske sisteme. Shodno tome, ti simptomi mogu da se preklapaju sa simptomima somatskih bolesti. Ako se posmatraju samo respiratorne bolesti, vidi se da postoje „zajednički“ simptomi napada panike i respiratornih bolesti. Među njima su: 1. nedostatak vazduha, 2. doživlja gušenja, ugušenja, 3. „kratak“ dah, 4. uzdasi, 5. strah i mnogi drugi.

Važnost ove činjenice ogleda se u tome što otežava dijagnostiku kod pacijenata koji imaju navedene simptome. U prilog tome idu i rezultati ranijeg istraživanja koje ukazuje da respiratorni simptomi napada panike kod pacijenata sa paničnim poremećajem međusobno visoko statistič-

ki značajno koreliraju, što znači da se oni javljaju zajedno. [10] 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) [11]. U kombinaciji sa kardiološkim simptomima mogu da daju lažnu kliničku sliku plućne embolije [12], a da se napad panike (panični poremećaj) ne dijagnostikuje na adekvatan način. 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 [13], jasno je da diferencijalna dijagnostika pacijenata sa paničnim poremećajem može da bude veoma složen proces.

Zbog toga, kada postoji sumnja na postojanje paničnog poremećaja, pacijentima je potrebno postaviti ciljano pitanje koje može da uputi na postojanje paničnog poremećaja kod pacijenata sa somatskim simptomima [14]: Da li ste, u poslednjih šest meseci, imali periode ili napade kada ste se iznenada osetili uplašeno, zabrinuto ili veoma napeto? Pozitivan odgovor može sa velikom verovatoćom da ukaže da kod pacijenta postoji panični poremećaj i da je tog pacijenta potrebno uputiti psihijatru na dalju analizu i eventualnu terapiju.

Terapija pacijenata sa paničnim poremećajem

Osnovni ciljevi terapije pacijenata sa paničnim poremećajem su: 1. Ukloniti sve simptome poremećaja, 2. Sprečiti komplikacije (progrediranje poremećaja, depresiju, dalje nepotrebne medicinske intervencije), i 3. Obezbediti bolju funkcionalnost pacijenta. Sa tim ciljevima se primenjuju različite vrste tretmana, među kojima su farmakoterapija (lečenje lekovima) i psihoterapija (pre svih kognitivno-bihevioralna terapija). [15,16]

Savremeni farmakološki tretman pacijenata sa paničnim poremećajem se zasniva na primeni antidepresiva.

Zbog najboljeg odnosa efikasnosti i neželjenih efekata terapija bi trebala da počne nekim lekom iz grupe specifičnih inhibitora pre uzimanja serotonina (fluoksetin, sertralin, paroksetin, citalopram, escitalopram). Tokom početka tretmana (4-6 nedelja) uporedo sa antidepresivima se mogu davati benzodiazepinski anksiolitici radi postizanja brže redukcije simptoma. Kognitivno-bihevioralna terapija je najviše proučavana psihoterapija i u svom radu koristi brojne tehnike: psihoedukacija, identifikacija i ispravljanje pogrešnih uverenja i načina razmišljanja, kognitivna re-

strukturacija i promena načina percepcije simptoma, interoceptivno izlaganje somatskim simptomima (kao što su tahikardija, osećaj nedostatka vazduha i sl.), izlaganje fobičnim situacijama (kao što su gužve, samostalni izlasci i sl.) i drugo.

Napomena

Rad je usmeno izložen na mini simpozijumu Multidisciplinarni pristup ispitivanju i lečenju dispneje, na 42. simpozijumu Stremljenja i novine u medicini, Medicinski fakultet u Beogradu, 13.12.2013. godine.

Literatura

- Galaverni E, Pozo Navarro P, Bellini M. A survey of panic symptoms in a primary care setting. *Aten Primaria*. 2005;36(6):312-6.
- Lynch P, Galbraith KM. Panic in the emergency room. *Can J Psychiatry* 2003;48:361-6.
- World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Beograd: Zavod za udzbenike i nastavna sredstva: 1992.
- Zaubler T.S, Katon W. Panic disorder and medical comorbidity: A review of the medical literature. *Bull Menninger Clinic*. 1996; 60(2 Suppl. A):12-38.
- Latas M, Starčević V. Psihijatrijski komorbiditet kod pacijenata sa agorafobijom i paničnim poremećajem. *Engrami* 1999; 21(3-4): 63-70.
- Adnadjević S, Latas M. Komorbiditet paničnog poremećaja i somatskih oboljenja. *Engrami*. 2004;26(3-4):23-28.
- Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosom Med*. 2003 Nov-Dec;65(6):963-70.
- Vickers K, McNally RJ. Respiratory symptoms and panic in the National Comorbidity Survey: a test of Klein's suffocation false alarm theory. *Behav Res Ther*. 2005 Aug;43(8):1011-8.
- Freire RC, Perna G, Nardi AE. Panic disorder respiratory subtype: psychopathology, laboratory challenge tests, and response to treatment. *Harv Rev Psychiatry*. 2010 Jul-Aug;18(4):220-9.
- Latas M, Soldatović I, Stamenović M, Starčević V. Napadi panike mogu da simuliraju somatske bolesti. *Med Pregl*. 2009;62(3-4):165-70.
- 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.
- Cayley WE. Diagnosing the cause of chest pain. *Am Fam Physician* 2005;72:2012-21.
- Clark MD. A cognitive approach to panic disorder. *Behav Res Ther* 1986;24:461-70.
- 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.
- Ravindran LN, Stein MB. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(7):839-54.
- Pull CB. Combined pharmacotherapy and cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(1):30-5.