

Страх од телесних симптома и сензација код особа с паничним поремећајем и особа са соматским болестима

Милан Латас^{1,2}, Данило Обрадовић¹, Марина Пантић¹

¹Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд, Србија;

²Институт за психијатрију, Клинички центар Србије, Београд, Србија

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод Когнитивни етиолошки модел паничног поремећаја претпоставља да особе које доживљавају учестале нападе панике теже да уобичајене или бенигне телесне симптоме интерпретирају на „катастрофичан“ начин – као знак велике опасности и тешке болести. Поставља се питање у којој мери се оваква врста размишљања јавља у општој популацији и код особа код којих су потврђене тешке соматске болести у односу на особе с паничним поремећајем без озбиљних соматских обољења.

Циљ рада Циљ рада је био да се утврде разлике у учесталости и интензитету јављања „катастрофичних“ мисли везаних за телесне симптоме, као и разлике у учесталости и интензитету страха изазваног различитим телесним сензацијама, код испитаника с паничним поремећајем у односу на особе с прележаним инфарктом миокарда и здраве испитанике.

Методе рада Током истраживања посматране су три групе испитаника: прву групу су чинила 53 испитаника са дијагнозом паничног поремећаја, другу групу је чинило 25 болесника који су прележали инфаркт миокарда, а трећу 47 здравих особа. У истраживању су коришћени Упитник за процену агорофобичних когниција (АЦQ) и Упитник за процену телесних сензација (BSQ), који испитују однос испитаника према соматским сензацијама у контексту развоја „катастрофичних“ мисли и последичног страха. Сви испитаници су одговорили на питања из упитника, а скорови одговора су поређени међу испитиваним групама.

Резултати Између здравих и испитаника који су прележали инфаркт није утврђена статистички значајна разлика у учесталости „катастрофичних“ мисли повезаних са телесним сензацијама, али су овакве мисли високо статистички биле чешће код испитаника с паничним поремећајем него у друге две групе. Код особа с паничним поремећајем забележен је статистички значајно интензивнији страх везан за телесне сензације него код испитаника друге две групе, док се приближава статистичкој значајности код особа с инфарктом у односу на здраве испитанике.

Закључак Особе с паничним поремећајем без соматских тегоба доживљавају снажну „катастрофизацију“ око бенигних телесних симптома и интензиван страх, како у односу на општу популацију, тако и у односу на особе с потврђеном соматском болешћу (прележани инфаркт миокарда). Наведени фактори су директно повезани с етиологијом поремећаја и требало би да буду фокус превентивног и терапијског рада с особама које пате од паничног поремећаја.

Кључне речи: панични поремећај; агорофобија; етиологија; страх; симптоми; инфаркт миокарда

УВОД

Панични поремећај се одликује учесталим нападима панике, односно изненадним нападима интензивне анксиозности који нису специфични за неку ситуацију, у чему доминирају телесни симптоми као што су убрзан рад срца, убрзано дисање, вртоглавица, мучнина итд. [1]. Напад панике је јединствен по наглој појави једног или више телесних симптома који веома брзо достигну врхунац интензитета, а обележава га и снажан страх због доживљаја угрожености живота или претећег губитка контроле [1].

Модерна тумачења етиологије паничног поремећаја наводе бројне биолошке и психолошке чиниоце који играју улогу у настанку болести [2]. Међу најзначајнијим психолошким теоријама које објашњавају настанак овога поремећаја налазе се и когнитивне теорије, а у последње време најчешће се помиње Кларков (Clark) когнитивни модел паничног поремећаја [3]. Он претпоставља да особе које доживљавају учестале нападе панике теже да телесне сензације које представљају уобичајене или бенигне телесне симптоме (на пример, палпитације, тахикардију, недостатак ваздуха итд.) интерпретирају на „катастрофичан“ начин – као

знак велике опасности. Овакве телесне сензације тумаче се као озбиљан здравствени проблем и знак тешке болести, а код пацијента стварају доживљај да ће добити срчани удар, умрети, изгубити контролу над понашањем, полудети и сл. Код таквих особа се развија анксиозност која доводи до стварања нових телесних симптома, као и њихове поновне „катастрофичне“ интерпретације. На тај начин се развија *circulus vitiosus* страха који има најзначајнију улогу у патогенези и клиничкој слици паничног поремећаја. Самим тим, „катастрофично“ тумачење соматских сензација и страх који се том приликом ствара представљају кључне феномене везане за особе с паничним поремећајем.

Поред наведеног, појам „преосетљивост на телесне симптоме анксиозности“ (енгл. *anxiety sensitivity*) чини специфичан когнитивни конструкт који се повезује с етиологијом паничног поремећаја. Он подразумева страх од телесних симптома и сензација које су настале узбуђењем због уверења да су те сензације сигурни знаци наступајуће катастрофе [4]. Наиме, многа клиничка истраживања указују на то да код особа с паничним поремећајем постоји значајно повишен степен осетљивости на симптоме анксиозности [5]. Такође, екс-

периментална истраживања су показала да је повишена преосетљивост на симптоме анксиозности снажан предиктор појаве симптома панике [6].

Да би се потврдиле наведене теорије, потребно је утврдити колико је овај начин интерпретације телесних симптома и страх од њих специфичан за особе с нападама панике, односно у којој мери се овакав начин размишљања и интерпретације и страха јавља у општој популацији и код особа с потврђеним тешким соматским болестима у односу на особе с паничним поремећајем без озбиљних соматских обољења. Уколико се утврди да се овакви облици „катастрофичног” тумачења телесних симптома код особа с нападама панике разликују од оних који се јављају код особа с потврђеним соматским болестима и код здраве популације, могло би се закључити да когнитивни модел пружа добар увид у патогенезу паничног поремећаја, чиме могу да се остваре боље дијагностиковање и лечење овог психичког поремећаја.

ЦИЉ РАДА

Циљ истраживања је био да се утврде разлике у учесталости и интензитету јављања „катастрофичних” тумачења телесних симптома, као и разлика у учесталости и интензитету страха изазваног различитим телесним сензацијама, код испитаника с паничним поремећајем у односу на особе с прележаним инфарктом миокарда и здраве испитанике.

МЕТОДЕ РАДА

Испитаници

Током истраживања посматране су три групе испитаника.

Прву групу су чиниле 53 особе са дијагнозом паничног поремећаја, дијагностикованим према критеријумима Десете ревизије Међународне класификације болести [1], који су током извођења студије били на лечењу у Дневној болници Института за психијатрију Клиничког центра Србије у Београду. Ниједан испитаник ове групе није имао значајна соматска обољења.

Другу групу је чинило 25 болесника Клинике за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић” у Београду који су прележали инфаркт миокарда у последњих шест месеци. Они су током трајања истраживања негирани озбиљне здравствене тегобе, док су њихови клинички и лабораторијски налази указивали на стабилно стање, без акутне соматске болести. Такође су негирани раније психичке тегобе и психијатријско лечење.

Трећу (контролну) групу чинило је 47 здравих испитаника, радника Фонда за развој Републике Србије, који су у личној анамнези негирани органске и психичке тегобе.

Заступљеност испитаника женског и мушког пола била је слична у све три посматране групе.

Инструменти

У истраживању су коришћена два упитника: Упитник за процену агорафобичних когниција (*The Agoraphobic Cognitions Questionnaire – ACQ*) [7] и Упитник за процену телесних сензација (*The Body Sensations Questionnaire – BSQ*) [7].

ACQ се користи за процену учесталости јављања „катастрофичних” тумачења везаних за телесне симптоме анксиозности и панике [7]. Састоји се од 14 исказа (као што су: Повраћаћу; Срушићу се или онесвести-ти; Сигурно имам тумор мозга; Доживећу срчани удар или инфаркт...) који су самооцењујући на Ликартовој скали од пет тачака. Испитаници процењују сваки исказ и бодују га са оценама од 1 (није присутно) до 5 (стално присутно). Укупан збир бодова је од 14 до 70.

BSQ се користи за процену личног доживљаја страха изазваног телесним сензацијама које се јављају током паничног напада [7]. Упитник садржи 17 питања којима се процењује у којој мери се испитаник плаши телесних симптома који се најчешће јављају током паничних напада (на пример: палпитације, вртоглавица, знојење итд.). Свако питање је самооцењујуће на Ликартовој скали од пет тачака. Одговор на свако питање се бодује од 1 (нимало ме није уплашио тај симптом) до 5 (изразито много ме брине тај симптом). Укупан збир бодова је од 17 до 85.

Поменути упитници су се током бројних истраживања показали корисним и приступачним клиничким и истраживачким инструментима [7, 8, 9].

Поступак испитивања и обрада података

Сви испитаници су одговарали на исти начин и на иста питања. Добровољно су прихватили учешће у истраживању и дали свој писани пристанак. Упитници су били анонимни, а време њиховог попуњавања неограничено.

Статистичка обрада резултата подразумевала је поређење података добијених применом ова два упитника. Статистички поступци су обухватили анализу централних тенденција (средње вредности и стандардне девијације) и статистичку проверу хипотезе. Значајност разлике процењивана је на основу поређења аритметичких средина за сваку испитивану групу применом једносмерног теста ANOVA са *Tukey post-hoc* корекцијом за сваки инструмент посебно. Статистичка обрада категоријалних променљивих везаних за демографске одлике испитаника обављена је помоћу χ^2 -теста. Статистичка значајност је одређена на нивоу $p < 0,05$.

РЕЗУЛТАТИ

Испитаници с паничним поремећајем су у просеку били стари 38 ± 8 година, болесници који су прележали инфаркт миокарда 57 ± 8 година, а здрави испитаници 47 ± 10 година. Поређењем просечних старости испитаника по групама применом *t*-теста, запажено

је да су болесници с прележаним инфарктом ($t=14,82$; $p<0,001$) и здрави испитаници ($t=7,87$; $p<0,001$) били статистички значајно старији од испитаника с паничним поремећајем.

Расподела испитаника према полу показује да је међу особама с паничним поремећајем било 29 жена (54,7%) и 24 мушкарца (45,3%), у групи болесника с прележаним инфарктом миокарда 11 жена (44%) и 14 мушкарца (56%), док су у групи здравих испитаника биле 23 жене (48,9%) и 24 мушкарца (51,1%). Применом χ^2 -теста није утврђена статистички значајна преодминација одређеног пола међу групама ($\chi^2=0,84$; $p=0,65$).

Резултати АСЦ указују на најниже скорове у групи здравих испитаника ($1,49\pm 0,44$), нешто више скорове у групи испитаника који су прележали инфаркт миокарда ($1,63\pm 0,64$), а највише скорове у групи испитаника с паничним поремећајем ($2,12\pm 0,71$). Резултати једносмерног теста ANOVA указују на статистички значајне разлике између група: $F=19,83$; $p<0,01$. Поређењем аритметичких средина утврђено је да не постоји статистички значајна разлика између здравих испитаника и болесника с прележаним инфарктом у учесталости „катастрофичних” тумачења повезаних са телесним сензацијама. Овакве интерпретације су са високо статистички значајном разликом биле чешће код испитаника с паничним поремећајем и у односу на здраве испитанике, и у односу на испитанике који су прележали инфаркт миокарда (Табела 1).

Резултати BSQ указују на најниже скорове у групи здравих испитаника ($1,55\pm 0,53$), нешто више скорове у групи испитаника који су прележали инфаркт миокарда ($1,94\pm 0,75$) и очекивано највише скорове у групи испитаника с паничним поремећајем ($2,35\pm 0,87$). Применом једносмерног теста ANOVA утврђене су статистички значајне разлике између група: $F=20,80$; $p<0,01$. Међусобна поређења показују да се разлика у средњим вредностима добијеним на BSQ између здра-

вих и испитаника с прележаним инфарктом миокарда приближава статистичкој значајности, где се страх везан за телесне сензације статистички значајно чешће јавља код болесника који су прележали инфаркт. Испитаници с паничним поремећајем показали су статистички значајно интензивнији страх везан за телесне сензације и у односу на болеснике с прележаним инфарктом, и у односу на здраве испитанике (Табела 2).

ДИСКУСИЈА

Резултати истраживања показују да болесници с прележаним инфарктом миокарда у односу на здраве особе не показују склоност ка очекивању психичке или телесне катастрофе (Табела 1). На основу тога произлази закључак да здравствена тежба, као трауматичан догађај у животу испитаника који је озбиљно угрозио сопствено здравље, не мења однос испитаника према телесним сензацијама у контексту њиховог „катастрофично” тумачења. Код особа с паничним поремећајем „катастрофично” очекивање је било статистички значајно чешће него у остале две групе испитаника (Табела 1). Код њих је уочена изражена склоност ка погрешном тумачењу телесних сензација, што је у складу с претпоставком да се болесници с паничним поремећајем значајно разликују од опште популације по овој одлици [3].

Анализом резултата BSQ желело се проверити у којој мери се код испитаника овог истраживања развија страх код заступљености соматских сензација. Како се и очекивало, између особа с паничним поремећајем и здравих испитаника примећена је статистички значајна разлика у интензитету страха (Табела 2). Међутим, поређењем испитаника с паничним поремећајем и оних с прележаним инфарктом, утврђено је да је страх значајно јачи код особа с паничним поремећа-

Табела 1. Значајност разлика мултиплг поређења скорова са АСЦ
Table 1. Significance of differences of multiple comparisons on ACQ inventory scores

Групе испитаника Study groups		\bar{X}	SE	p
Здрави испитаници Healthy controls	Испитаници с инфарктом миокарда Patients with myocardial infarct	-0.13	0.15	0.63
Здрави испитаници Healthy controls	Испитаници с паничним поремећајем Patients with panic disorder	-0.63	0.10	<0.01
Испитаници с инфарктом миокарда Patients with myocardial infarct	Испитаници с паничним поремећајем Patients with panic disorder	-0.49	0.13	<0.01

\bar{X} – аритметичка средина; SE – стандардна грешка
X – mean difference; SE – standard error

Табела 2. Значајност разлика мултиплг поређења скорова са BSQ
Table 2. Significance of differences of multiple comparisons of BSQ inventory scores

Групе испитаника Study groups		\bar{X}	SE	p
Здрави испитаници Healthy controls	Испитаници с инфарктом миокарда Patients with myocardial infarct	-0.39	0.17	0.08
Здрави испитаници Healthy controls	Испитаници с паничним поремећајем Patients with panic disorder	-0.80	0.12	<0.01
Испитаници с инфарктом миокарда Patients with myocardial infarct	Испитаници с паничним поремећајем Patients with panic disorder	-0.41	0.16	0.03

\bar{X} – аритметичка средина; SE – стандардна грешка
X – mean difference; SE – standard error

јем (Табела 2). Иако тај страх нема рационално утемељење у објективном здравственом стању ових испитаника, он је интензивнији него код особа с тешким здравственим тегобама, као што је инфаркт миокарда.

Резултати истраживања сагледани у целости показују да су особе с паничним поремећајем склоне да очекују појаву телесне „катастрофе”, чиме код себе изазивају анксиозност. Очекиван је и разумљив резултат да су те склоности веће него код психички и физички здравих људи, међутим, мало изненађује налаз да су те склоности веће него код испитаника са соматским болестима које угрожавају живот, као што је инфаркт миокарда. Претпоставка је да је ова склоност последица специфичног когнитивног склопа који је етиолошки повезан с појавом паничног поремећаја. Према свеобухватном етиолошком моделу Барлоа (*Barlow*) [10], наведени когнитивни склоп настаје током раног развоја детета и повезан је са презаштићеношћу средине у којој се придаје превелика пажња могућим телесним повредама, односно болестима. Поред тога, резултати студије показују да је код особа с паничним поремећајем висок интензитет страха од телесних сензација, што говори у прилог когнитивном етиолошком моделу страха од телесних симптома. Посматрајући заједно ове резултате, може се закључити да когнитивна теорија пружа добар увид у етиологију паничног поремећаја. С друге стране, ови резултати су важни и због терапијског приступа особама с паничним поремећајем. Наиме, тек решавањем ирационалних страхова који су у вези с телесним функционисањем може се очекивати успех у лечењу ових болесника [11].

Резултати истраживања такође указују на то да болесници с прележаним инфарктом миокарда не теже „катастрофичним” очекивањима (типа: Повраћању; Срушићу се или онесвестити; Сигурно имам тумор мозга), односно да мање-више на рационалан начин сагледавају своје стање. Међутим, код испитаника исте групе са телесним сензацијама развија се страх који је по свом интензитету (скоро статистички значајно) јачи него код здравих испитаника. Такав страх може имати темеља у претпоставци да соматске болести мењају њихов психолошки однос према телесним манифестацијама у контексту веће забринутости за лично здравље. Овакав резултат особе са соматским болестима означава као евентуално предиспониранима за појаву неког анксиозног поремећаја (највероватније паничног), упркос томе што се код њих не запажа тенденција ка „катастрофичним” очекивањима. Због тога би код особа с прележаним инфарктом миокарда, а можда и код особа са другим соматским болестима које угрожавају живот, требало предузети превентив-

не кораке ка рационалном сагледавању телесног стања и успостављању психичке стабилности, јер је то предуслов за здраво психичко и физичко функционисање. У том циљу се могу примењивати елементи когнитивно-бихејвиоралне терапије, будући да она успешно мења патолошке начине размишљања [12]. При томе, нагласак би требало ставити на едукацију болесника о појави и правилном тумачењу телесних симптома, когнитивној реструктурирацији (промени начина сагледавања симптома) и евентуалној примени интероцептивног излагања код избегавања одређених ситуација и активности.

Треба нагласити да се при тумачењу резултата мора бити опрезан због методолошке ограничености студије. Прво, испитаници су сами попуњавали упитник, што се могло одразити на валидност добијених података, што је уобичајени фактор код упитника самопроцене. Друго, група испитаника с паничним поремећајем је статистички значајно млађа од друге две групе. Овај резултат је, с једне стране, последица основних епидемиолошких одлика паничног поремећаја, а са друге, прележаног инфаркта миокарда. Верујемо, међутим, да ова разлика није могла битно да утиче на резултате истраживања. Треће, подаци о едукацији испитаника нису обухваћени овим истраживањем. С обзиром на то да ниво едукације не утиче значајно на однос према варијаблима које су испитане у овој студији, недостатак тих података не може да оспори добијене налазе. Четврто, у приказаном истраживању коришћени су *ACQ* и *BSQ*, упитници који су првенствено намењени особама с паничним поремећајем, мада је позната примена ових упитника и код особа са соматским обољењима. Наведени упитници су коришћени у истраживању учесталости појаве паничног поремећаја код особа које су се обраћале лекару због бола у грудима [13] и у студији која је испитивала могућност разликовања болесника с аритмијом и болесника са бенигним палпитацијама [14], где се њихова примена показала успешном.

ЗАКЉУЧАК

Резултати показују да особе које су прележале инфаркт миокарда имају интензиван страх при доживљавању телесних сензација, а да особе с паничним поремећајем имају специфичан начин интерпретације у смислу „катастрофизације” око бенигних телесних симптома и пратеће појаве интензивног страха. И једна и друга појава могу да узрокују значајну дисфункцију и требало би да буду фокус превентивног и терапијског рада с овим пацијентима.

ЛИТЕРАТУРА

1. Međunarodna klasifikacija bolesti – 10. revizija. Beograd: Savremena administracija; 1996.
2. Latas M. Panični poremećaj i agorafobija – terapijski vodič. Beograd: Zavet; 2004.
3. Clark DM. Cognitive approach to panic. Behavior Research and Therapy 1986; 24:461-7.
4. McNally RJ. Anxiety sensitivity and panic disorder. Biol Psychiatry. 2002; 52(10):938-46.
5. Stewart SH, Taylor S, Jang KL, Cox BJ, Watt MC, Fedoroff IC, et al. Causal modeling of relations among learning history, anxiety sensitivity, and panic attacks. Behav Res Ther. 2001; 39(4):443-56.
6. Plehn K, Peterson RAJ. Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: a prospective study. Anxiety Disord. 2002; 16(4):455-74.
7. Chambless DL, Caputo GC, Bright P, Gallagher R. Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. J Consult Clin Psychol. 1984; 52:1090-7.
8. Lee K, Noda Y, Nakano Y, Ogawa S, Kinoshita Y, Funayama T, et al. Interoceptive hypersensitivity and interoceptive exposure in patients with panic disorder: specificity and effectiveness. BMC Psychiatry. 2006; 6:32.
9. Bouvard M, Cottraux J, Talbot F, Mollard E, Duhem S, Yao SN, et al. Validation of the French translation of the agoraphobic cognitions questionnaire. Psychother Psychosom. 1998; 67(4-5):249-53.
10. Barlow DH. Anxiety and its disorders. New York: Guilford Press; 1988.
11. Latas M, Vučinić D. Efikasnost kognitivno-bihevioralne psihoterapije kod pacijenata sa paničnim poremećajem i agorafobijom. Engrami. 2002; 24(2-3):55-61.
12. Salkovskis PM, Clark DM, Hackmann A. Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. Behav Res Ther. 1991; 29(2):161-6.
13. Bringager CB, Friis S, Arnesen H, Dammen T. Nine-year follow-up of panic disorder in chest pain patients: clinical course and predictors of outcome. Gen Hosp Psychiatry. 2008; 30(2):138-46.
14. Ehlers A, Mayou RA, Sprigings DC, Birkhead J. Psychological and perceptual factors associated with arrhythmias and benign palpitations. Psychosom Med. 2000; 62(5):693-702.

Fear of Body Symptoms and Sensations in Patients with Panic Disorders and Patients with Somatic Diseases

Milan Latas^{1,2}, Danilo Obradović¹, Marina Pantić¹

¹School of Medicine, University of Belgrade, Serbia;

²Institute of Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

SUMMARY

Introduction A cognitive model of aetiology of panic disorder assumes that people who experience frequent panic attacks have tendencies to catastrophically interpret normal and benign somatic sensations – as signs of serious illness. This arises the question: is this cognition specific for patients with panic disorder and in what intensity it is present in patients with serious somatic illness and in healthy subjects.

Objective The aim of the study was to ascertain the differences in the frequency and intensity of „catastrophic“ cognitions related to body sensations, and to ascertain the differences in the frequency and intensity of anxiety caused by different body sensations all related to three groups of subjects: a sample of patients with panic disorder, a sample of patients with history of myocardial infarction and a sample of healthy control subjects from general population.

Methods Three samples are observed in the study: A) 53 patients with the diagnosis of panic disorder; B) 25 patients with history of myocardial infarction; and C) 47 healthy controls from general population. The catastrophic cognitions were assessed by the Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ) and the Body Sensations Questionnaire (BSQ). These questionnaires assess the catastrophic thoughts associated with panic

and agoraphobia (ACQ) and the fear of body sensations (BSQ). All study subjects answered questionnaire items, and the scores of the answers were compared among the groups.

Results The results of the study suggest that: 1) There is no statistical difference in the tendency to catastrophically interpret body sensations and therefore to induce anxiety in the samples of healthy general population and patients with history of myocardial infarction; 2) The patients with panic disorder have a statistically significantly more intensive tendency to catastrophically interpret benign somatic symptoms and therefore to induce a high level of anxiety in comparison to the sample of patients with the history of serious somatic illness (myocardial infarction) and the sample of healthy general population.

Conclusion The tendency to catastrophically interpret benign somatic symptoms and therefore to induce a high level of anxiety in patients with panic disorder, confirms the cognitive aetiology model of panic disorder and suggests that it should be the focus of prophylactic and therapeutic management of patients with panic disorder.

Keywords: panic disorder; agoraphobia; aetiology; anxiety; symptoms; myocardial infarction