

## ОДНОС ПСИХИЈАТРИЈСКОГ КОМОРБИДИТЕТА И ЛЕЧЕЊА ПАНИЧНОГ ПОРЕМЕЋАЈА И АГОРАФОБИЈЕ

Милан ЛАТАС<sup>1</sup>, Владан СТАРЧЕВИЋ<sup>2</sup>, Горан ТРАЈКОВИЋ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Институт за психијатрију, Клинички центар Србије, Београд; <sup>2</sup>Болница "Nерван", Сиднеј, Аустралија;

<sup>3</sup>Медицински факултет, Косовска Митровица

### КРАТАК САДРЖАЈ

**Увод** И поред многих студија које су испитивале различите аспекте коморбидитета код особа с паничним поремећајем и агорафобијом, као и студија које су испитивале ефикасност различитих видова лечења ових болесника, досад није било истраживања која су испитивала однос укупног психијатријског коморбидитета и лечења особа с паничним поремећајем и агорафобијом.

**Циљ рада** Циљ истраживања је био да се испита утицај укупног психијатријског коморбидитета на врсту, дужину и исход лечења болесника с паничним поремећајем и агорафобијом.

**Метод рада** Истраживање је укључило 119 болесника с основном дијагнозом паничног поремећаја и агорафобије. Лечење болесника се заснивало на примени индивидуализованог интегративног модела третмана који је подразумевао примену психофармака (бензодиазепина и антидепресива) и когнитивно-бихејвиоралну терапију. Анализа резултата је обухватала поређење болесника са коморбидитетом и без њега према најважнијим аспектима паничног поремећаја и агорафобије. Клиничка процена испитаника одређена је на основу Скале за процену панике и агорафобије.

**Резултати** Резултати истраживања показују да је 91% болесника испуњавало критеријуме за неки коморбидни психијатријски поремећај, при чему је код тих болесника клиничка слика пре почетка лечења била значајно тежа него код болесника без коморбидитета. Резултати такође показују да је после лечења смањен број свих испитиваних симптома, да су ефекти лечења били значајно бољи код болесника са коморбидним психијатријским поремећајима и да психијатријски коморбидитет није имао негативан утицај на основне циљеве лечења.

**Закључак** На основу резултата истраживања могу да се изведу препоруке: код особа с паничним поремећајем и агорафобијом и психијатријским коморбидитетом неопходна је примена фармакотерапије која се заснива на симултаном примени бензодиазепина и антидепресива, а у случају психијатријског коморбидитета, стандардни когнитивно-бихејвиорални третман паничног поремећаја и агорафобије треба да буде модификован у смислу прилагођенијег тока и примене додатних психотерапијских интервенција које су усмерене ка смањењу симптома коморбидних поремећаја.

**Кључне речи:** панични поремећај; агорафобија; лечење; коморбидитет

### УВОД

Дефиниција психијатријског коморбидитета се мењала током времена, а данас је најприхватљивија она према којој коморбидитет представља два психијатријска поремећаја или више њих код исте особе без обзира на редослед и узрочност настанка тих поремећаја [1]. Тако се коморбидитет односи на поремећаје који се истовремено јављају код неке особе, али и на поремећаје који су се код исте особе појављивали и смењивали у различитим животним периодима [2]. Клиничке студије којима је испитиван коморбидитет код особа с паничним поремећајем и агорафобијом указују на високу учесталост коморбидитета са другим психијатријским поремећајима, која је 50-90% [3-7]. При том се наглашава да је код болесника са психијатријским коморбидитетом клиничка слика значајно тежа него код болесника без коморбидитета, што је логична последица неколико удружених поремећаја који компликују клиничку слику код болесника са коморбидитетом [7].

И поред многих студија које су испитивале различите аспекте коморбидитета код особа с паничним поремећајем и агорафобијом, те студија које су испитивале ефикасност различитих видова лечења ових болесника, досад није било истраживања која су испитивала однос укупног психијатријског коморбидитета и лечења особа с паничним поремећајем и

агорафобијом. Стога се наметнула потреба да се адекватно испита управо овај однос. Тиме би се добио одговор на питања да ли коморбидни психијатријски поремећаји утичу на ток и исход лечења болесника с паничним поремећајем и агорафобијом и, ако утичу, да ли постоји адекватно лечење за болеснике који имају и психијатријски коморбидитет.

### ЦИЉ РАДА

Циљ рада је био да се анализира однос психијатријског коморбидитета и лечења болесника с паничним поремећајем и агорафобијом, при чему је важност дата процени специфичности дужине лечења, врсти примењеног лечења и његовог исхода код болесника са коморбидним психијатријским поремећајима у односу на испитанике без коморбидитета.

### МЕТОД РАДА

Истраживање је урађено као клиничка студија са натуралистичким дизајном. Оно је обављено у Клиници за парцијалну хоспитализацију Института за психијатрију Клиничког центра Србије у Београду и Дневној болници Института за ментално здравље у Београду од 1996. до 2004. године. Истраживање је

обухватило 119 болесника с основном дијагнозом паничног поремећаја и агорафобије који су консекутивно примани у дневне болнице. Демографски подаци показују да је међу испитаницима било 75% жена, да су испитаници углавном били средњих година (33±8 година), у браку (61%) и да су имали завршену средњу школу (98%).

Болесници су примани у дневну болницу ради интензивног и специфичног лечења паничног поремећаја и агорафобије. Основни циљеви лечења за сваког болесника били су уклањање или значајно смањење: паничних напада, агорафобије, антиципаторне анксиозности и осталих психопатолошких феномена, уз постизање боље укупне функционалности болесника. У оквиру дневних болница примењиван је индивидуализовани интегративни модел лечења који је подразумевао примену психофармака и когнитивно-бихејвиоралне терапије паничног поремећаја и агорафобије (засновано на едукацији, когнитивној реструктурирацији и експозиционим вежбама). Поред тога, примењиване су и друге технике когнитивно-бихејвиоралне психотерапије које се односе на конкомитантно лечење коморбидних поремећаја, уз примену супортивне психотерапије у складу с клиничком сликом и потребама болесника. Врста лечења (само когнитивно-бихејвиорални третман или когнитивно-бихејвиорални и фармаколошки третман) и његове евентуалне модификације зависиле су од клиничке слике болесника.

Код болесника код којих је клиничка процена указивала на то да не постоји интензивно изражена клиничка слика, односно код којих није било учесталих и интензивних напада панике и изражених симптома коморбидних психијатријских поремећаја, лечење се заснивало само на примени когнитивно-бихејвиоралног третмана. С друге стране, индикација за примену психофармака била је значајно изражена клиничка слика, односно интензивни и учестали напади панике, интензивна антиципаторна анксиозност и интензивни симптоми коморбидних психијатријских поремећаја. Примена психофармака је подразумевала употребу потентних бензодиазепина (алпразолам и клоназепам) и специфичних инхибитора поновног преузимања серотонина (флуоксетин и сертралин). Детаљнији опис примењеног лечења, његових теоријских основа и општих резултата лечења приказан је у раду Старчевића и Богојевића [8].

По завршетку лечења формиране су две групе испитаника. Прву групу су чинили болесници са свим коморбидним психијатријским поремећајима, а другу групу болесници без коморбидних психијатријских поремећаја (контролна група). После тога је следила анализа тока и исхода лечења која се заснивала на поређењу скорова с почетка лечења и скорова с краја лечења две наведене групе испитаника.

Дијагнозе паничног поремећаја, агорафобије и коморбидних поремећаја постављене су на основу Структурираног клиничког интервјуа (*Structured Clinical Interview for DSM-IV – SCID I*) [9]. Процену клиничког стања пре почетка и на крају лечења радили су клинички лекари на основу Скале за процену панике и агорафобије (*The Panic and Agoraphobia Scale*) [10]. Примена овог инструмента има циљ да објекти-

визира специфичне димензије паничног поремећаја и агорафобије, а он се састоји од пет супскала: 1. Панични напади; 2. Агорафобија; 3. Антиципаторна анксиозност (страх од страха); 4. Хендикепираност; и 5. Забринутост за здравље (хипохондрија).

## РЕЗУЛТАТИ

### Преваленција коморбидитета

Од 119 испитаника који су учествовали у истраживању, 108 (91%) је испуњавало критеријуме за једну коморбидну дијагнозу или више њих, док је 11 испитаника (9%) било без коморбидних психијатријских дијагноза и они су чинили контролну групу. При том већина болесника (70%) је имала више од једне коморбидне дијагнозе. Табела 1 приказује учесталост коморбидних психијатријских дијагноза.

Болесници са психијатријским коморбидитетом се нису статистички значајно разликовали од болесника без коморбидитета према основним демографским одликама, као што су старост (33,5±8,7 према 30,1±8,9), пол и брачно стање. Такође, болесници са психијатријским коморбидитетом се нису статистички значајно разликовали од испитаника без коморбидитета према старости на почетку јављања паничног поремећаја (31,0±8,2 према 27,4±6,7) и трајању поремећаја израженог у годинама (2,5±4,8 према 2,6±3,7).

### Дужина лечења

Лечење болесника са психијатријским коморбидитетом трајало је 72,2±32,5 дана (укључујући викенде и празнике), док је лечење болесника контролне групе трајало 69,2±37,4 дана, али та разлика није била статистички значајна ( $p>0,05$ ).

ТАБЕЛА 1. Учесталост коморбидних психијатријских дијагноза.  
TABLE 1. Frequency of comorbid psychiatric diagnoses.

Коморбидна дијагноза Comorbid diagnosis	Учесталост Frequency	
	Апсолутна Absolute	Релативна (%) Relative (%)
Генерализовани анксиозни поремећај Generalized anxiety disorder	66	55.5
Социјална фобија Social phobia	19	16.0
Специфична фобија Specific phobia	71	60.0
Опсесивно-компулзивни поремећај Obsessive-compulsive disorder	13	10.9
Хипохондрија Hypochondria	10	8.4
Депресивна епизода Depressive episode	59	49.6
Дистимија Dysthymia	8	6.7
Злоупотреба алкохола Alcohol abuse	12	10.1

## Врста лечења

Фармакотерапија, која је подразумевала симултану примену бензодиазепина и специфичних инхибитора поновног преузимања серотонина, статистички је значајно чешће примењивана у групи испитаника са коморбидним психијатријским поремећајима (85,6%) него код испитаника контролне групе (54,5%) –  $\chi^2=5,04$ ;  $df=1$ ;  $p=0,025$ . Средње дневне дозе примењених бензодиазепинских анксиолитика се нису статистички значајно разликовале између болесника са психијатријским коморбидитетом и болесника без коморбидитета: алпразолам – 2,1 mg на дан према 2,3 mg на дан ( $p>0,05$ ), односно клоназепам – 1,3 mg на дан према 1,6 mg на дан ( $p>0,05$ ). Такође, примењене средње дневне дозе специфичних инхибитора поновног преузимања серотонина се нису статистички значајно разликовале између болесника са психијатријским коморбидитетом и болесника без коморбидитета: флуоксетин – 20,0 mg на дан према 20,5 mg на дан, односно сертралин – 50 mg на дан у обе групе испитаника.

## Исход лечења

У табелама су приказане вредности статистичких параметара и значајност разлика које се односе на тежину клиничке слике болесника пре почетка и по завршетку лечења, као и на смањење интензитета симптома. Табела 2 показује да су пре почетка лечења болесници са коморбидним психијатријским поремећајима, у односу на болеснике контролне групе, имали статистички значајно више скорове на готово свим варијаблама, односно да су имали тежу клиничку слику на готово свим димензијама паничног поремећаја и агорафобије. Табела 3 показује да су на крају лечења болесници са коморбидним психијатријским поремећајима, у односу на болеснике контролне групе, имали изједначену клиничку слику на већини димензија, осим статистички значајно вишег скорa на варијабли *Забринутост за здравље*. Табела 4 показује статистички значајно смањење интензитета симптома (побољшање) на свим испитиваним димензијама код свих болесника, као и то да су та смањења статистички значајно већа код испитаника са

**ТАБЕЛА 2.** Дескриптивни статистички параметри и значајност разлике интензитета симптома на почетку лечења.  
**TABLE 2.** Descriptive statistics parameters and significance of difference of intensity of symptoms at the beginning of therapy.

Варијабла Variable	Сви коморбидни поремећаји Overall comorbidity		Контролна група Control group		t	p
	Аритметичка средина Mean	SD	Аритметичка средина Mean	SD		
Панични напади Panic attacks	8.1	1.9	6.0	1.6	3.5	0.001
Агорафобија Agoraphobia	8.6	1.9	8.2	2.1	0.6	0.525
Антиципаторна анксиозност Anticipatory anxiety	5.5	1.5	4.0	0.9	3.1	0.002
Хендикепаност Disability	7.6	2.1	6.3	2.1	1.9	0.058
Забринутост за здравље Concern for health	3.5	2.3	1.0	1.5	6.3	<0.001
Укупно Total	33.2	7.3	25.7	4.5	3.3	0.001

**ТАБЕЛА 3.** Дескриптивни статистички параметри и значајност разлике интензитета симптома на крају лечења.  
**TABLE 3.** Descriptive statistics parameters and significance of difference of intensity of symptoms at the end of therapy.

Варијабла Variable	Сви коморбидни поремећаји Overall comorbidity		Контролна група Control group		t	p
	Аритметичка средина Mean	SD	Аритметичка средина Mean	SD		
Панични напади Panic attacks	2.3	2.8	1.5	2.3	1.2	0.231
Агорафобија Agoraphobia	2.6	2.1	3.1	2.7	-0.6	0.491
Антиципаторна анксиозност Anticipatory anxiety	2.1	1.4	1.5	1.3	1.2	0.197
Хендикепаност Disability	3.1	1.7	2.4	1.3	1.2	0.204
Забринутост за здравље Concern for health	1.0	1.4	0.1	0.6	3.6	0.001
Укупно Total	11.7	6.6	8.8	5.2	1.0	0.287

**ТАБЕЛА 4.** Анализа варијансе поновљених мерења за болеснике са психијатријским коморбидитетом и испитанике контролне групе.  
**TABLE 4.** Analyze of variance of repeated measures of patients with and without psychiatric comorbidity.

Варијабла Variable	ANOVA поновљених мерења ANOVA repeated measures		ANOVA група X (поновљено мерење) ANOVA group X (repeated measures)	
	F	p	F	p
Панични напади Panic attacks	207.2	<0.001	3.5	0.062
Агорафобија Agoraphobia	213.4	<0.001	1.3	0.253
Антиципаторна анксиозност Anticipatory anxiety	140.7	<0.001	3.1	0.085
Хендикепираност Disability	237.6	<0.001	1.2	0.260
Забринутост за здравље Concern for health	44.4	<0.001	11.4	0.001
Укупно Total	367.5	<0.001	6.7	0.011

психијатријским коморбидитетом (него код испитаника контролне групе) на варијаблама *Забринутости за здравље* и *Укупан скор*, а приближавају се статистички значајној разлици на варијаблама *Панични напади* и *Антиципаторна анксиозност* (то показује интеракција, тј. Група X – поновљено мерење).

јима [7], и slabим дискриминационим вредностима дијагностичких категорија и артифицијелним поделама дијагностичких ентитета у савременим класификационим схемама, чиме долази до преклапања симптома различитих ентитета, што подиже укупну учесталост коморбидитета [14].

## ДИСКУСИЈА

И поред многих студија које су испитивале различите аспекте коморбидитета код особа с паничним поремећајем и агорафобијом, као и студија које су испитивале ефикасност различитих видова лечења ових болесника, досад није било истраживања која су испитивала однос свих коморбидних поремећаја и исхода лечења болесника. Због тога није могла да се уради компаративна анализа резултата овог истраживања и неког другог истраживања које је испитивало ову област.

### Преваленција коморбидитета

Резултати истраживања показују да је већина испитаника испуњавала критеријуме за једну коморбидну психијатријску дијагнозу или више њих (укључујући и дијагнозе поремећаја личности) према *DSM-IV* критеријумима. Ти резултати одговарају налазима других студија које су имале сличну методологију истраживања, које такође указују на високу учесталост психијатријског коморбидитета од 91% [11], односно 92% [7], као и на велику заступљеност мултиплих коморбидних дијагноза код ових болесника [4, 11, 12]. Овако висока учесталост психијатријског коморбидитета може се објаснити: високим хроничитетом паничног поремећаја и агорафобије, што ствара погодно тле за развој других коморбидних поремећаја [7], вулнерабилношћу за развој других анксиозних поремећаја [13], који су, као коморбидни поремећаји у овом узорку, били веома чести (Табела 1), клиничким узорком испитаника, јер у клиничким студијама углавном учествују особе с израженијим симптомима и коморбидним поремећа-

### Клиничка слика пре лечења

Резултати истраживања показују да је код болесника са коморбидним психијатријским поремећајима клиничка слика била значајно тежа него код болесника без коморбидитета (Табела 2). Наведени резултат је логична последица неколико удружених поремећаја који компликују клиничку слику код болесника са коморбидитетом [7].

### Врста примењеног лечења

Анализа резултата који се односе на врсту примењеног лечења показује да су болесници са коморбидним психијатријским поремећајима статистички значајно чешће били лечени медикаментима (уз когнитивно-бихејвиоралну терапију) него болесници без коморбидитета. Разлог за то је тежа клиничка слика болесника са коморбидитетом на почетку лечења (интензивнији и учесталији напади панике, интензивнија антиципаторна анксиозност, интензивнији симптоми коморбидних психијатријских поремећаја), која је условљавала примену психофармака. При том, није било разлике између болесника са коморбидитетом и болесника без коморбидитета који су примали лекове према средњој дневној дози.

Поред примене психофармака, код болесника са психијатријским коморбидитетом примењиване су и друге технике когнитивно-бихејвиоралне терапије. Ове додатне психотерапијске интервенције су се првенствено односиле на смањење симптома коморбидних поремећаја. Нажалост, оне нису могле да се структурирају и адекватно статистички обраде због њихове променљивости и специфичности код сваког болесника понаособ.



## Дужина лечења

Анализа резултата који се односе на дужину лечења показује да нема статистички значајне разлике између испитаника са коморбидитетом и испитаника без коморбидитета. Могуће објашњење за овакав резултат јесте да коморбидни психијатријски поремећаји не утичу значајно на трајање лечења ако се оно чврсто ослања на основне принципе когнитивно-бихејвиоралне терапије и уколико се током лечења примењују психофармаци.

## Промене постигнуте лечењем

Табела која приказује резултат анализе варијансе поновљених мерења (Табела 4) указује на то да је по завршетку лечења дошло до статистички значајних терапијских промена на свим испитиваним варијаблама и код болесника са психијатријским коморбидитетом и код болесника без ових поремећаја. Овај податак показује да је интегративно лечење ефикасно у смањењу свих испитиваних психопатолошких феномена код обе групе испитаника. Ипак, уочава се да су код болесника са психијатријским коморбидитетом, у односу на болеснике без коморбидитета, терапијске промене израженије, а да су интензивније промене постигнуте на варијаблама које се односе на смањење симптома паничних напада, антиципаторне анксиозности, хипохондрије и општег скор (Табела 4). Овај податак би могао да укаже на могућност да су интензиван когнитивно-бихејвиорални третман и комплементарна фармакотерапија били успешни у смањењу основних симптома паничног поремећаја без обзира на коморбидне поремећаје.

## Клиничка слика после лечења

Анализа резултата који се односе на поређење скорова клиничке слике после лечења показује да између болесника са коморбидним психијатријским поремећајима и болесника без коморбидитета нема статистички значајних разлика у симптомима паничног поремећаја и агорафобије осим на варијаблу која указује на хипохондрију (Табела 3). Наведени резултат говори да су когнитивно-бихејвиорална терапија и комплементарна фармакотерапија била успешна у смањењу броја основних симптома паничног поремећаја и агорафобије, што је и био основни циљ лечења.

## Завршна разматрања

Подгрупа болесника са свим коморбидним поремећајима представља хетерогену групу испитаника. Ово се односи на то да наведена подгрупа укључује различите коморбидне поремећаје. Ти поремећаји различито утичу на клиничко стање болесника и ток и исход лечења. Сигурно је да коморбидна специфична фобија нема исти клинички значај као, на пример, коморбидна депресија. Због тога се не могу извести општи закључци који се односе на групу ис-

питаника са свим коморбидним поремећајима који би били потпуно валидни за клиничку примену код болесника са коморбидитетом. Без обзира на то, могу се сумирати резултати овог истраживања који се односе на ток и исход лечења и постојање свих коморбидних поремећаја код испитаника с паничним поремећајем и агорафобијом.

Резултати истраживања показују да је већина болесника с паничним поремећајем и агорафобијом имала и неки коморбидни психијатријски поремећај, да су болесници са коморбидитетом имали тежу клиничку слику од болесника без коморбидитета, да су испитаници са коморбидним психијатријским поремећајима током лечења значајно чешиће примили медикаменте него болесници без коморбидитета и да су ефекти лечења значајно бољи код болесника са коморбидним поремећајима. Резултати истраживања који се односе на ефикасност лечења показују да се после лечења значајно смањило број свих испитиваних симптома, да су ефекти лечења били значајно бољи код болесника са коморбидним поремећајима и да коморбидни психијатријски поремећаји нису имали негативан утицај на основне циљеве лечења (смањење или уклањање основних симптома паничног поремећаја и агорафобије). Слични резултати су добијени и у другим студијама у којима је примењена иста методологија. У њима се такође указује на то да је код особа са значајним психијатријским коморбидитетом неопходна примена психофармака (уз когнитивно-бихејвиорални третман) и да тако преписана терапија доводи до бољих ефеката лечења [15, 16].

## ЗАКЉУЧАК

Циљ истраживања је био да се испита однос коморбидних психијатријских поремећаја и лечења болесника с паничним поремећајем и агорафобијом. Резултати истраживања су показали да коморбидни психијатријски поремећаји утичу на тежину слике болесника и да условљавају избор терапијског поступка (примену психофармака и специфичан когнитивно-бихејвиорални третман), али да немају значајан утицај на исход лечења најважнијих аспеката клиничке слике паничног поремећаја и агорафобије. Све ово упућује на закључак да је интегративно лечење (фармаколошки и когнитивно-бихејвиорални третман) болесника с паничним поремећајем и агорафобијом успешно у смањењу основних симптома поремећаја без обзира на тежину клиничке слике, односно психијатријски коморбидитет.

На основу резултата истраживања могу да се изведу препоруке: код особа с паничним поремећајем и агорафобијом и психијатријским коморбидитетом неопходна је примена фармакотерапије која се заснива на симултаном примени бензодиазепина и антидепресива, а у случају психијатријског коморбидитета, стандардни когнитивно-бихејвиорални третман паничног поремећаја и агорафобије треба да буде модификован у смислу прилагођенијег тока и примене додатних психотерапијских интервенција које су усмерене ка смањењу симптома коморбидних поремећаја.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Marshal JR. Comorbidity and its effects on panic disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1996; 60(2A):39-53.
2. Latas M, Starčević V. Komorbiditet između psihijatrijskih poremećaja – teorijska razmatranja. *Psihijatrija danas* 1998; 30(1):127-36.
3. Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Diagnostic comorbidity and panic disorder: Effects on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63:408-18.
4. Apfeldorf WJ, Spielman LA, Cloitre M, et al. Morbidity of comorbid psychiatric diagnoses in the clinical presentation of panic disorder. *Depress Anxiety* 2000; 12(2):78-84.
5. Roy-Byrne PP, Stein MB, Russo J, et al. Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(7):492-9.
6. Latas M, Starčević V. Psihijatrijski komorbiditet kod pacijenata sa agorafobijom i paničnim poremećajem. *Engrami* 1999; 21(3-4):63-70.
7. Goldenberg IM, White K, Yonkers K, et al. The infrequency of "Pure Culture" diagnosis among the anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:528-33.
8. Starčević V, Bogojević G. Integrativna terapija agorafobije sa paničnim poremećajem – teorijske osnove, primena i rezultati. *Psihijatrija danas* 1996; 28(3):271-91.
9. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1995.
10. Bandelow B. *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers; 1999.
11. Starčević V, Uhlenhuth EH, Kellner R, Pathak D. Comorbidity in panic disorder: Chronology of appearance and pathogenic comorbidity. *Psychiatry Research* 1993; 46:285-93.
12. Corominas A, Guerrero T, Vallejo J. Residual symptoms and comorbidity in panic disorder. *Eur Psychiatry* 2002; 17:399-406.
13. Goisman RM, Goldenberg I, Vasile RG, Keller MB. Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. *Comprehensive Psychiatry* 1995; 36:303-11.
14. Brown TA, Barlow DH. Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60:835-44.
15. Berger P, Sachs G, Amering M, Holzinger A, Bankier B, Katschnig H. Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. *J Affect Disord* 2004; 80(1):75-8.
16. Martinsen EW, Olsen T, Tonset E, Nyland KE, Aarre TF. Cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in the general clinical setting: a naturalistic study with 1-year follow-up. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(8):437-42.

## RELATIONSHIP OF PSYCHIATRIC COMORBIDITY AND TREATMENT OF PANIC DISORDER AND AGORAPHOBIA

Milan LATAS<sup>1</sup>, Vladan STARČEVIĆ<sup>2</sup>, Goran TRAJKOVIĆ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Institute of Psychiatry, Clinical Center of Serbia, Belgrade; <sup>2</sup>Nepean Hospital, Sidney, Australia;

<sup>3</sup>School of Medicine, Kosovska Mitrovica

**INTRODUCTION** Besides numerous studies that examined various aspects of comorbidity in patients with panic disorder and agoraphobia and numerous studies that examined efficacy of different treatment modalities in these patients, there was no study that examined relationship of overall psychiatric comorbidity and treatment of patients with panic disorder and agoraphobia.

**OBJECTIVE** The objective of the study was to establish the effect of psychiatric comorbidity on treatment efficiency of patients with panic disorder and agoraphobia.

**METHOD** The sample of the study consisted of 119 patients with primary diagnosis of panic disorder and agoraphobia. The therapy of patients was based on the use of individual integrative model of treatment, which incorporated psycho-pharmaceuticals (benzodiazepines and antidepressants) and cognitive-behavior therapy. Symptom severity was estimated by Panic and Agoraphobia Scale before and after the completion of treatment. Patients with comorbidity and patients without any comorbidity were compared by MANOVA and ANOVA with repeated measures.

**RESULTS** The results of the study showed that 91% of patients met diagnostic criteria of comorbid psychiatric disorder and these patients had more severe clinical picture than patients without any comorbid disorder before the treatment.

The results also showed that, after the completion of treatment, there was a significant reduction of all analyzed symptoms, that the effects of treatment were significantly better in patients with psychiatric comorbidity and that comorbid psychiatric disorders had no negative effect on the main goals of the treatment.

**CONCLUSION** Based on these results, it may be concluded that: in patients with panic disorder and agoraphobia and comorbid psychiatric disorders, the pharmacotherapy must be based on simultaneous use of antidepressants and benzodiazepines, while standard cognitive-behavior therapy of patients with panic disorder and agoraphobia must be modified in case of the existing comorbid psychiatric disorders.

**Key words:** panic disorder; agoraphobia; depression; therapy; comorbidity

Milan LATAS  
Institut za psihijatriju  
Klinički centar Srbije  
Pasterova 2, 11000 Beograd  
Tel.: 011 361 84 44 / lokali 2115 i 2120  
E-mail: latasm@eunet.yu

\* Рукопис је достављен Уредништву 21. 2. 2005. године.