

## PANIČNI NAPAD U AMBULATNI HITNE MEDICINSKE POMOĆI BEOGRAD

Slavoljub R. Živanović  
Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć

## PANIC ATTACK IN THE OUTPATIENT CLINIC OF EMERGENCY MEDICAL SERVICES IN BELGRADE

Slavoljub Zivanovic  
Emergency Medical Services, Belgrade, Serbia

### SAŽETAK

*Cilj.* Panično stanje, napad panike, predstavlja specifičan, zastrašujući doživljaj intenzivnog straha i nastupajuće katastrofe koji prate brojni somatski simptomi. Cilj rada bio je da se pokažu ispoljavanje paničnog napada u ambulanti HMP, njihova učestalost, vreme javljanja pacijenata i primenjena terapija.

*Metode.* Istraživanje je studija preseka u radu jednog lekara specijaliste opšte medicine i supspecijaliste gerontologije u ambulanti GZHMP u Beogradu, u periodu od 18. 12. 2014. do 16. 1. 2019. godine. U medicinskoj dokumentaciji svakog pacijenta zabeležena je jedna tegoba ili više njih.

*Rezultati.* Od 8.398 pacijenata, pronađen je 61 pacijent s dijagnozom paničnog napada, što je 0,73% od ukupnog broja pregledanih. Muški pol je zastupljen sa 50,82%, prosečna starost pacijenata je 39,92 godina. Najčešće su bile tegobe respiratornog trakta, utrnulost i žmarci, vrtoglavica, osećaj nesigurnosti, nesvestica. U 80,3% slučajeva pacijenti su imali slične tegobe i ranije, a 31,1% njih imalo je baš panični napad. Ranije je zbog anksioznosti i depresivnog poremećaja već lečeno njih 21,3%. Od svih pacijenata njih 10 je pokušalo da pomogne sebi uzimanjem tablete bromazepama i diazepam, a diazepam je korišćen u terapiji u 35,5% slučajeva.

*Zaključak.* Tokom paničnog napada najčešće su bile tegobe respiratornog sistema. Pacijenti traže medicinsku pomoć nešto češće u noćnim satima, kada domovi zdravlja ne rade, ali bez statističke značajnosti. Kao terapija dat je diazepam per os ili intramuskularno.

**Ključne reči:** hitna medicinska pomoć; terapija; diazepam.

### UVOD

Panično stanje, napad panike, predstavlja specifičan, zastrašujući doživljaj intenzivnog straha i nastupajuće katastrofe koji prate brojni somatski simptomi (ubrzani rad ili lupanje srca, znojenje, drhtanje, osećaj nedostatka vazduha i gušenje). Oboleli to opisuju kao osećaj nastupajuće smrti, gubitka svesti, infarkta, gušenja ili ludila. Osim toga, u trenucima napada kod obolelog postoji neodložna potreba da traži hitnu medicinsku pomoć iako panična stanja nisu životno ugrožavajuća (1).

### ABSTRACT

*Objective.* Panic attack is defined as specific, frightening experience of intense fear and impending catastrophe that is accompanied by numerous somatic symptoms. The scope of study was to show the presentation of panic attack disorder in patients in EMS Belgrade Ambulatory Clinic, its frequency, temporal patterns and prescribed therapy.

*Methods.* The research is a cross-sectional study of the work of a one general practitioner and a gerontology subspecialist from the City institute outpatient clinic in Belgrade EMS, in the period from 18.12. 2014. to 16.01. 2019. in each patient's medical record there was at least one or more complaints recorded.

*Results.* Out of 8398 patients, 61 were found with a diagnosis of panic attack, which is 0.73% of the total number of examined patients. 50.82% were male and 49.18% female, with an average age of 39.92. The most common symptoms were respiratory, as well as numbness and tingling, dizziness, feelings of insecurity and fainting, in 80.3% of cases, patients had somewhat similar symptoms previously, whereas 31.1% presented with an actual panic attack. Of the total number of patients 21.3% of them have already been treated for anxiety and depressive disorder. Ten of them tried to help themselves by taking either bromazepam and diazepam tablets on their own, whereas 35.5% were actually prescribed diazepam by our staff physicians.

*Conclusion:* Panic attack is most often presented as a respiratory manifestation. Patients call for medical assistance somewhat more frequently at nighttime when community healthcare centers are closed, however, this is of no statistical significance. The administered therapy was diazepam orally or intramuscularly.

**Key words:** emergency medical service; therapeutics; diazepam.

Panični napad može da se definiše i kao kratkotrajni period intenzivnog straha i nelagodnosti u kojem su se četiri tegobe ili više njih sa liste razvile naglo i dostigle vrhunac u roku od deset minuta, i to bez direktnog fiziološkog efekta neke supstance ili uopštenog medicinskog stanja, ili bez boljeg objašnjenja nekog drugog mentalnog poremećaja. DSM-IV-TR zahteva da je osoba iskusila ponovljene neočekivane napade panike praćene strahom od gubitka kontrole, srčanog napada ili strahom da će poludeti, u toku jednog meseca, i/ili neprilagođenost na promenjene uslove (2). Šifra paničnog

stanja po MKB 10 je F41.0: panični poremećaj / *Disordo panicus*, epizodna paroksizmalna anksioznost / *Episodum anxiosum paroxismale*.

Najčešći psihijatrijski poremećaji s kojima se sreću lekari primarne zdravstvene zaštite jesu anksiozni poremećaji. Ipak, ovo stanje može lako da se previdi ili da se pogrešno dijagnostikuje. Pacijenti koji pate od ovog poremećaja ipak se češće obraćaju lekaru primarne zdravstvene zaštite nego specijalistima za mentalno zdravlje. Uzimajući u obzir troškove i rizik od samoubistva, otkrivanje i uspešno lečenje anksioznosti izuzetno su značajni (3).

Ne treba zanemariti detaljnu obradu pacijenta u odnosu na telesne tegobe iako ima psihičke simptome ili je psihijatrijski pacijent (4). Panični napadi mogu da liče na telesne bolesti (5) i u diferencijalnoj dijagnozi treba prvo isključiti organske bolesti kao što su hipertireoidizam, aritmije srca, prolaps mitralne valvule, vestibularnu disfunkciju, psihomotornu epilepsiju, feohromocitom, hipoglikemiju, hiperparatireoidizam i druge. Značajne korelacije somatskih simptoma po sistemima kod paničnog napada, uz rano otkrivanje paničnog poremećaja i adekvatno lečenje, isključuju dugotrajne dijagnostičke procedure i ekonomska iscrpljivanja radi potvrde ili isključivanja somatskog oboljenja (4).

Pacijenti sa paničnim poremećajem često traže medicinsku pomoć zbog svojih tegoba pre nego što krenu sa efikasnim lečenjem, i često koriste zdravstveni sistem (6). Panični napad može da imitira druge bolesti kao što su akutni koronarni sindrom ili neurološke hitnosti, te se pacijenti sa paničnim napadom javljaju u hitne prijeme bolnica, što je skupo (7).

Pacijenti sa paničnim i anksioznim poremećajem obično se prvo jave u ED (Emergency Department) sa žalbama na tegobe s respiratornim i kardiovaskularnim sistemom. Mada panični napad ili panični poremećaj nisu prepoznatljivi lekaru u ED, jer skoro polovina pacijenata koji se jave sa bolom u grudima, vrtoglavicom, teškoćama sa disanjem ili palpitacijama ispunjavaju i kriterijum za panični napad ili panični poremećaj (8).

Pacijenti s tegobama kao što su palpitacije, bol u grudima, vrtoglavica ili nedostatak vazduha mogu da se jave u ED da se pregledaju zbog mogućeg hitnog stanja. Kliničke dijagnoze paničnog napada pronađene su kod 5,6% pacijenata i čine mali procenat pacijenata u australijskom ED. Bilo je malo razlika u simptomatologiji, riziko faktorima za koronarnu arterijsku bolest ili kardiološkoj istoriji kod pacijenata sa paničnim poremećajem ili bez njega, i stoga klinički znaci koji se rutinski prikupljaju u obradi bola u grudima u ED ne mogu da se upotrebe za razlikovanje pacijenata sa paničnim napadom ili bez njega (9). Istraživanje mogućeg anksioznog poremećaja može da se uzme u obzir kod

pacijenata sa višestrukim trajnim anksioznim žalbama bez jasnog telesnog uzroka (10).

U ambulanti hitne medicinske pomoći, pored uobičajenog fizikalnog pregleda, postoji mogućnost rutinske upotrebe ECG dijagnostike i monitoringa, te merenja pulsa oksimetrom, a osnovni neurološki pregled je standardni deo rada. U našoj zemlji nema radova iz primarne zdravstvene zaštite s ovom temom. Slabosti istraživanja: pacijenti su se javili u ambulantu GZHMP bez medicinske dokumentacije i lekar ih vidi prvi put. Cilj rada bio je da se prikažu ispoljavanje paničnog poremećaja u radu ambulante hitne medicinske pomoći u Beogradu, njihovo vreme javljanja i data terapija.

## ISPITANICI I METODE

Istraživanje je studija preseka rada jednog lekara specijaliste opšte medicine i supspecijaliste gerontologije, iz prehospitane ambulante Gradskog zavoda za hitnu medicinsku pomoć (GZZHMP), u periodu od 18. decembra 2014. do 16. januara 2019. godine. Kada se pacijent javi u ambulantu, otvara mu se stranica elektronskog protokola u programu Acces, koji se na završetku posete štampa kao izveštaj. Podaci iz programa Acces izvezeni su u program Excel, gde su sortirani i gde je rađeno pretraživanje. Analizirane su tegobe pacijenata kojima je postavljena dijagnoza paničnog napada F41. U medicinskoj dokumentaciji pacijenti su imali upisane navedene jednu tegobu ili više od jedne tegobe. Deskriptivna statistika rađena je u programu SPSS 11 for Windows. Testiranje je obavljeno  $\chi^2$  testom, a nivo značajnosti bio je  $p < 0,05$ . Rezultati su prikazani tabelarno i grafički.

## REZULTATI

U posmatranom periodu od ukupno 8.398 pacijenata pronađen je 61 pacijent sa dijagnozom paničnog napada, što je 0,73% od ukupnog broja pregledanih pacijenata u datom periodu.

U tabeli 2 prikazane su tegobe pacijenata koje su razvrstane u odgovarajuće grupe. Ukupno je navedeno 127 tegoba.

Od ukupnog broja pacijenata, njih 49 (80%) imalo je slične tegobe barem jednom ranije. Pod dijagnozom paničnog napada leči se 19 pacijenata, tj. 31,15%, ili skoro trećina. Od ukupnog broja pacijenata, njih 13 je uzelo neki lek da sebi pomogne, a najviše je onih koji su već imali iste tegobe, njih devet od 13. Najčešći lek koji su sami primenili bio je onaj koji je i najdostupniji –leksilijum/lorazepam/bromazepam u sedam slučajeva, dok je dvoje uzelo bensedin/diazepam. Dva pacijenta su zavisnici od alkohola, jedan od kocke i jedan od „droga“, jedan je štićenik doma za nezbrinuta lica. U višu ustanovu zdravstvene zaštite poslato je pet (8,2%) pacijenata, od

Tabela 1. Starosna struktura ispitanika po polu

Varijabla	N (%)	Godine (min)	Godine (max)	Srednja vrednost	SD
Svi ispitanici	61 (100)	18	59	39,92	9,48
Muški pol	31 (50,82)	21	59	33,06	9,176
Ženski pol	30 (49,18)	18	56	32,77	10,657

SD – standardna devijacija;  $\chi^2 = 0,016$ ,  $p > 0,05$ 

Tabela 2. Najčešće tegobe kod pacijenata

Redosled	Tegobe pacijenata	Procenat	Broj
1.	Utrnuće ili žmarci / parestezija	35,48%	22
2.	Gubljenje / nedostatak daha	25,80%	16
3.	Vrtoglavica, osećaj nesigurnosti, nesvestica	25,80%	16
4.	Mučnina i abdominalne tegobe	25,80%	16
5.	Drhtavica i podrhtavanje	20,97%	13
6.	Palpitacije, ubrzan rad srca, pritisak u predelu srca	19,35%	12
7.	Bol u grudima	14,51%	9
8.	Gušenje / nedostatak vazduha	11,29%	7
9.	Vreli talasi ili jeza	9,67%	6
10.	Preznojavanje	4,84%	3
11.	Strah da će poludeti ili uraditi nešto izvan kontrole	4,84%	3
12.	Depersonalizacija, derealizacija	3,22%	2
13.	Strah od smrti	3,22%	2

Tabela 3. Šta pacijenti uzimaju od lekova i pridružene dijagnoze

Tegobe/dijagnoze (N/%)	Pacijent je sam uzео lek	Ranije propisana terapija
Tegobe su se javljale ranije (49/80,33)	1. bromazepam 3 mg; 2. bromazepam 12 mg; 3. bromazepam i propranolol; 4. alprazolam; 5. bromazepam 3 mg; 6. diazepam 5 mg; 7. bromazepam; 8. kafetin i diazepam; 9. bromazepam; 10. bromazepam	1. escitalopram i paroksetin, ali ne koristi; 2. ranije paroksetin, ne koristi; 3. lorazepam; 4. bromazepam; 5. pregabalin i kvetiapin; 6. fluoksetin i klonazepam
Već imaju dijagnozu paničnog napada (19/31,15)	1. Alprazolam 12 mg	1. klonazepam i escitalopram; 2. alprazolam; 3. alprazolam; 4. ranije alprazolam i antidepresivi; 5. sertralin, alprazolam
Ranija dijagnoza anksiozno depresivnog poremećaja (13/21,31)	1. Lorazepam 2 mg	1. paroksetin i alprazolam; 2. fluoksetin; 3. sertralin; 4. lorazepam, trazodon; 5. ranije lorazepam; 6. levofloksacin; 7. alprazolam; 8. ranije paroksetin
Ranije psihijatrijske dijagnoze (4/6,56)	N. p.	1. alprazolam i escitalopram, ne uzima; 2. koristi trazodon, zbog učenja
Pati od stresa* (56/8,2)	1. zolpidem 5 mg	N. p.

\*zavisnik od „droga“, štićenik doma za nezbrinuta lica, zavisnik od kocke, dvoje zavisnika od alkohola, lečen od alkohola; N. p. – nije primenljivo

Tabela 4. Vreme javljanja pacijenata u ambulantu zbog paničnog napada

Vreme javljanja u ambulantu	N	%
00–04 h	9	14,75
04–08 h	6	9,84
08–12 h	8	131,15
12–16 h	10	16,39
16–20 h	9	14,75
20–24 h	19	31,15

Tabela 5. Primenjena terapija

Terapija	N	%
Diazepam–bensedin tbl, 5 mg, p. o.	10	16,13%
Diazepam–bensedin tbl, 10 mg, p. o.	8	12,90%
Diazepam–bensedin 10 mg i. m.	4	6,45%

toga su četiri pacijenta (6,56%) dobila uput za psihijatra, a jedan (1,64%) pacijent upućen je na dalja ispitivanja kardiologu.

Upoređujući grupu pacijenata koji su ranije imali iste ili slične tegobe i grupu koja nije imala ove tegobe,  $\chi^2 = 35,51$ ,  $p < 0,01$ , najviše je onih koji su ranije već imali iste ili vrlo slične tegobe. Posmatrajući ukupan broj paničnih napada tokom 24 h panični poremećaji se najređe javljaju u periodu 00–04 h i 04–08 h (osam pacijenata), kada je i inače najmanji broj pacijenata u ovoj ambulanti (11), a najveći broj paničnih napada javlja se u noćnoj smeni u periodu 20–24 h – % (19 pacijenata),  $\chi^2 = 7,88$ , mada je u tom periodu i najveće opterećenje ove ambulante pregledima. Nešto je veći broj onih koji su se javili zato što ne radi dom zdravlja, 36 prema 25,  $\chi^2 = 2,05$ ,  $p > 0,05$ , bez statističke značajnosti.

U tabeli 5 prikazana je terapija koja je ordinirana kod pacijenata sa paničnim napadom. U ambulanti GZZHMP pacijentima sa paničnim napadom ordiniran je diazepam per os, pet ili 10 mg, ili muskularno jedna ampula od 10 mg. Među pacijentima sa paničnim napadom statistički više je onih koji nisu dobili terapiju, njih 22, tj. 35,48%,  $\chi^2 = 5,136$ ,  $p < 0,05$ .

## DISKUSIJA

Pacijenti sa dijagnozom F41.0 javljali su se u ambulantu GZZHMP zbog višestrukih tegoba. Najčešće su navodili: tegobe respiratornog sistema – 37%, utrnuce ili žmarce / paresteziju, mučninu, gubljenje daha, vrtoglavicu, osećaj nesigurnosti, nesvesticu, drhtavicu, ubrzan rad i pritisak u predelu srca. Od ukupnog broja pacijenata, njih 49 (80,33%) imalo je slične tegobe i ranije. Ne postoje značajne razlike u ispoljavanju

paničnog poremećaja u odnosu na pol. Iste tegobe 49 pacijenata imalo je i ranije, a njih 19 već imaju dijagnozu paničnog napada, dok je 36 pacijenata izjavilo da ima prethodne psihijatrijske dijagnoze. Najviše pacijenata javilo se u vremenu 20–24 časa. Na dalja ispitivanja poslato je pet (8%) pacijenata, četiri pacijenta su dobila uput za psihijatra, a jedan pacijent je upućen na dalja ispitivanja kardiologu na insistiranje pacijentove pratnje. Panični poremećaj čini mali procenat ukupnog rada ovog lekara u ambulanti.

U različitim istraživanjima starost i pol ispitanika su različiti. Kod Stanimirovića prosečna starost ispitanika u uzorku bila je 33,3 godine, a ženskog pola bilo je njih 64,52% (4). U studiji De Jonge P. i sar. iz 2016. prosečna starost pacijenata sa paničnim napadom iznosi 32 godine (12), kod Greenslade J. H., australijski ED, prosečna starost učesnika istraživanja bila je 50,2 godine, a manji deo – 37,9% bio je ženskog pola (9). U radu Latas i sar. (5) iz 2006. prikazani su isti rezultati kao i u našem istraživanju u pogledu godina, ali sa većim udelom osoba ženskog pola – 76,3%.

U našoj zemlji nema podataka o učestalosti paničnih napada, ali grupa bolesti: neurotski, stresogeni i telesno manifestni poremećaji F40–F48, Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. revizija, morbiditetna lista, na primarnom nivou imaju indeks strukture 1,61, indeks stopa 38,00 na 1000 stanovnika (13). Procena životne prevalencije za izolovani panični napad bez agorafobije iznosi 0,8% (14). Kod Stanimirovića učestalost telesnih simptoma napada panike ukazuje na to da su najučestaliji kardiološki simptomi – 97,92%, simptomi respiratornog sistema – 95,83%, poremećaji ravnoteže – 81,25% i gastroenterološke smetnje – 77,08, tj. najčešći su lupanje i ubrzan rad srca, osećaj gušenja i teškoće u disanju, znojenje, osećaj vreline, drhtanje ruku i osećaj da se tresu kod više od 90% ispitanika, a najređi su užasnutost i strah od smrti. Simptom preskakanja srca ima statistički značajnu korelaciju sa simptomom lupanja ili ubrzanog rada srca (4). U našoj studiji najučestaliji su utrnuce, žmarci i parestezije, dok su palpitacije na šestom, a bol u grudima tek na sedmom mestu (tabela 2). U radu Latas najčešće se kao telesna ispoljavanja paničnog napada javljaju lupanje i/ili ubrzan rad srca, drhtanje ili treperenje, osećaj nestabilnosti u nogama ili onesvešćivanje, a najređe se javljaju proliv ili ukočenost od straha, gušenje i nedostatak vazduha, dok se stezanje u grudima nalazi u sredini tabele tegoba (5).

U radu Sung *et al.* razlikuju se tegobe onih pacijenata koji su i ranije imali panični poremećaj / panični napad od onih koji nisu, pa su tako kod onih koji su već imali panični poremećaj / panični napad najčešće tegobe, opadajućim redosledom od najčešćih ka manje čestim, bol u grudima, nedostatak daha, tj. kratak dah, palpitacije, vrtoglavica (91,6–65,3%), ili od najređih prema češćim –

gušenje, strah od smrti, derealizacija i depersonalizacija (16,2–22,1%), što se ne slaže sa našim podacima (v. tabelu 2). Tegobe kod onih pacijenata koji nemaju dijagnostikovani panični poremećaj / panični napad, prikazano od najredih ka češćim, jesu derealizacija i depersonalizacija, strah od gubitka kontrole i strah da će poludeti, drhtanje i tresenje – 0–6,7%, ili od najčešćeg ka najredem: bol u grudima, nedostatak daha, lupanje i preskakanje srca – 77,1–32,4% (8). U studiji Jonge P. i sar. iz 2016, 66,4% pacijenata imalo je ponovljene panične napade (12). Deo naših pacijenata i sam sumnja na panični poremećaj, pogotovu oni koji su ovo stanje već ranije doživeli (v. tabelu 3). Kod muškaraca ispod 40 godina i sa palpitacijam ili rizikom za KV bolesti i drugih psihijatrijskih bolesti češće se ponavljaju panični napadi, što povlači za sobom veće troškove dijagnostike i lečenja (7). Kotiaho S. i sar. navode da je 87,5% pacijenata imalo najmanje jednu psihijatrijsku dijagnozu, a 66,1% najmanje dve psihijatrijske dijagnoze, 48,1% generalizovani anksiozni poremećaj, a 22,8% panični poremećaj. Najčešće su to bile dijagnoze: depresija, generalizovani anksiozni poremećaj i panični poremećaj. Najčešće udružene bolesti bile su depresija + generalizovani anksiozno-depresivni poremećaj, depresija, generalizovani anksiozno-depresivni poremećaj, depresija + generalizovani anksiozno-depresivni poremećaj + panični napad, i panični napad (15).

U našoj studiji najčešća prijavljena dijagnoza, i to u 31% slučajeva, bio je panični napad, a u 21 slučaju anksiozno-depresivni sindrom. Ranije bolesti koje su pacijenti prijavili prikazane su u tabeli 3. Prisutnost noćnih paničnih napada produkuje intenzivan strah od spavanja, što vodi izbegavanju spavanja, sa sekundarnom nesanicom i olakšavanjem razvoja novog paničnog napada (16). U našem istraživanju veći broj pacijenata javljao se između 20 h i 24 h, verovatno zato što tada nemaju mogućnost da odu na neko drugo mesto osim u Hitnu medicinsku pomoć i dežurne kliničko-bolničke centre, jer domovi zdravlja kao ustanove primarne zdravstvene zaštite ne rade. U istraživanju Tanguay Bernard M. M., pacijenti sa anksioznim poremećajima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koristili su i benzodiazepine u 22,6% (17), slično kao i u našem istraživanju. Deo pacijenata uzeo je lekove s namerom da sebi pomogne. Najčešće su uzimali benzodiazepine kao najpristupačnije lekove (tabela 2). Pacijentu je posle pregleda objašnjeno o kakvim tegobama je reč i kakva je prognoza. Potom najveći procenat pacijenata nije dobio nikakvu terapiju, jer su se tegobe povukle već tokom razgovora s lekarom ili tokom pregleda, pa u dogovoru s pacijentima, koji su smatrali da terapija nije potrebna, ona nije ni data (tabela 3). Bensedin je dat parenteralno onda kada je procenjeno da će muskularna injekcija imati psihološki efekat na pacijenta ili njegovu pratnju. Mali broj pacijenata poslat je na konsultacije u višu zdravstvenu ustanovu, i to njih pet

(8,2%). Od toga su četiri pacijenta (6,56%) dobila uput za psihijatra, a jedan pacijent (1,64%) upućen je kardiologu, i to na insistiranje njegove pratnje.

U zaključku, u ovoj ambulanti od ukupnog broja pacijenata mali je broj onih sa dijagnozom paničnog napada, koji se najčešće ispoljava kao tegobe s disanjem, utruće i žmarci, nesvestica, vrtoglavica, nesigurnost, mučnina i abdominalne tegobe, drhtavica i podrhtavanje. Ovi napadi se nešto češće dešavaju u noćnim satima, kada domovi zdravlja ne rade. U slučaju da je data, terapija je najčešće bio diazepam/bensedin per os, a manji deo pacijenata upućen je na viši nivo zdravstvene zaštite.

## ZAHVALNOST

Autor zahvaljuje dr Milici Pešut koja je započela pisanje rada.

## LITERATURA

1. Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča dobre kliničke prakse, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; Čoviković Šternić N, ur. Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za prehospitalno zbrinjavanje hitnih stanja. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2013. ([www.zdravlje.gov.rs/view\\_file.php?file\\_id=540&cache=sr](http://www.zdravlje.gov.rs/view_file.php?file_id=540&cache=sr)).
2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Impact of the DSM-IV to DSM-5 changes on the National Survey on Drug Use and Health. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), 2016. ([www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519697/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519697/)).
3. Combs H, Markman J. Anxiety disorders in primary care. *Med Clin North Am* 2014; 98: 1007–23.
4. Stanimirović L. Značaj komorbiditeta paničnog poremećaja i somatskih bolesti. *Med Čas* 2018; 52: 140–4.
5. Latas M, Soldatović I, Stamenović M, Starcević V. Panic attacks simulate presence of somatic illnesses. *Med Pregl* 2009; 62: 165–70.
6. Deacon B, Lickel J, Abramowitz JS. Medical utilization across the anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2008; 22: 344–50.
7. Buccelletti F, Ojetti V, Merra G, et al. Recurrent use of the emergency department in patients with anxiety disorder. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2013; 17(Suppl 1): 100–6.
8. Sung SC, Rush AJ, Earnest A, et al. A brief interview to detect panic attacks and panic disorder in emergency department patients with cardiopulmonary complaints. *J Psychiatr Pract* 2018; 24: 32–44.

9. Greenslade JH, Hawkins T, Parsonage W, Cullen L. Panic disorder in patients presenting to the emergency department with chest pain: prevalence and presenting symptoms. *Heart Lung Circ* 2017; 26: 1310–6.
10. Metzler DH, Mahoney D, Freedy JR. Anxiety disorders in primary care. *Prim Care* 2016; 43: 245–61.
11. Pavlović TL, Živanović SR. Teritorijalna pripadnost pacijenata ambulantne hitne medicinske pomoći u Beogradu. *Opšta medicina* 2018; 24: 16–22.
12. de Jonge P, Roest AM, Lim CCW, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety* 2016; 33: 1155–77.
13. Zdravstveno statistički godišnjak Republike Srbije 2018. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut", 2019. ([www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2018.pdf](http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2018.pdf)).
14. Kessler RC, Wai TC, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 415–24.
15. Kotiaho S, Korniloff K, Vanhala M, et al. Psychiatric diagnosis in primary care patients with increased depressive symptoms. *Nord J Psychiatry* 2019; 73: 195–9.
16. Levitan M, Papelbaum, M. Circadian rhythm in panic disorder. In: Nardi AE, Freire RCE, eds. *Panic disorder: neurobiological and treatment aspects*. 1<sup>st</sup> ed. Cham: Springer International Publishing AG Switzerland, 2016: 151–9.
17. Tanguay Bernard MM, Luc M, et al. Patterns of benzodiazepines use in primary care adults with anxiety disorders. *Heliyon* 2018; 4: e00688.