

PSİKOSOMATİK AÇIDAN PANİK BOZUKLUK

Ömer TUNÇER*

Özet: Özellikle dolaşım, solunum ve sindirim sistemleriyle ilgili zaman zaman ortaya çıkan yakınmaları nedeniyle iç hastalıkları uzmanına, ya da acil olarak hastaneye başvurmuş olan ve yapılan muayene ve tetkiklerde belirtilerin nedenini açıklayacak herhangi bir organik bulgu saptanmayarak psikiyatrik konsültasyonu istenen bir grup hasta psikosomatik açıdan incelenmiştir

Psikiyatrik görüşme tekniği çerçevesinde muayeneleri yapılarak Panik Bozukluk tanısı konmuş olan, 29 kadın, 17 erkek toplam 46 hasta retrospektif olarak yakınmaları başlamadan önceki yaşantılarında stress yaratabilecek etkenler açısından araştırılmıştır

Ayrıca, belirtilerin ortaya çıkışından önceki yaşam olayları ve gelecekle ilgili tehdit niteliğindeki beklentiler "kayıp" kavramı çerçevesi içinde değerlendirilmiştir

GİRİŞ

Başta psikiyatri olmak üzere, tüm tıp alanlarında anksiyete, en sık rastlanan bozuklukların başında gelmektedir

Bugün panik atağı olarak tanımlanan bozukluğa benzer atakları 1871 yılında Da Costa betimlemiş, ancak bunları nevroitik bir bozukluktan çok kalple ilgili bozukluklar olarak değerlendirmiştir. Yine eskiden konulan tanılar arasında yer alan "irritable

kalp", "effort sendromu", "norosirkulator asteni" ile aslında panik bozukluğun tanımlandığı düşünülmektedir (4, 5, 6)

1895 yılında Freud da otonom sınır sisteminin aşırı uyarılmasıyla birlikte anı başlayan, çok daha şiddetli seyreden anksiyete ataklarına dikkat çekmektedir

1962 yılında Klein ve Fink'in bu atakların bir trisiklik antidepressan olan imipramin ile kontrol altına alınabildiğini ortaya koymalarından sonra, bu olgulara daha değişik bir açıdan bakılmaya başlanmıştır

Katon göğüs ağrısı veya çarpıntı yakınmalarıyla acil olarak kliniğe başvuran hastaların %40'ının panik bozukluk kriterlerine uyduğunu saptamıştır (1,6)

Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması'na göre Panik Bozukluğu (paroksizmal bunalımlı nobetler), anı olarak başlayan, nefes darlığı, göğüs ağrısı, sersemlik hissi yanısıra, depersonalizasyon ve derealizasyon gibi gerçeklik duygusu kaybı, akını kaybetme, kontrolünü kaybetme, ölüm korkusu gibi belirtilerle ortaya çıkan, ne zaman geleceği önceden belli olmayan, belirli çevresel koşullar veya durumlarda sınırları olmayan, yineleyici, ağır bunalımlı (panik) nobetleri olarak tanımlanır

Birkaç dakika ya da daha fazla süren nobetler sırasında ortaya çıkan otonom sınır sisteminin akti-

* Dr. I. U. Cerrahpaşa Tıp Fak. Psikiyatri A. B. D.

vasyonuyla ılıntılı belirtiler hastanın korkusunun daha da artmasına yol açarak kendini güvenli hissedeceği ortamlara kaçma şeklinde bir davranışa neden olur. Böyle bir deneyimi birkaç kez yaşamış olan kişi aynı durumun yineleneyeceği korkusuyla sürekli olarak beklenti anksiyetesi yaşamaya başlayabilir (2, 5)

AMAÇ

Bu ön çalışmada Panik Bozukluk tanısı almış olan hastaların ilk yakınmalarının ortaya çıktığı dönemdeki stress faktorlerinin varlığı ve bunların ne türde olduklarının araştırılması öngörülmüştür.

Ayrıca, belirtilerin ortaya çıkışından önceki bir yıl içinde gerçekleşmiş yaşam olayları ile gelecekle ilgili tehdit niteliğindeki beklentilerin "kayıp" kavramı çerçevesinde ele alınarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YONTEM VE GEREÇLER

Çeşitli bedensel yakınmaları nedeniyle iç hastalıkları uzmanına ya da özellikle dolaşım, solunum ve sindirim sistemleriyle ilgili ataklar şeklinde ortaya çıkan belirtilerle acil olarak hastaneye başvurmuş olan ve yapılan tetkiklerde yakınmalarının nedenini açıklayacak herhangi bir organik bulgu saptanmayarak psikiyatrik konsültasyonu istenen hastaların muayeneleri psikiyatrik görüşme tekniği ile yapılmıştır.

Bu hastalar arasında ICD 10 kriterlerine göre panik bozukluk tanısı konmuş olan 29 kadın, 17 erkek toplam 46 hasta retrospektif olarak ele alınarak özellikle belirtilerin ortaya çıkışından önce stress yaratabilecek etkenler ve kayıp olarak nitelendirilebilecek yaşam olayları ve gelecekle ilgili kayıp tehdidi ya da beklentisi açısından değerlendirilmeye çalışılmıştır.

BULGULAR

29 u kadın 17'si erkek olan toplam 46 hastanın yaş ortalaması 36.7 olup en kuçuğu 21, en buyuğu 63 yaşındadır. Kadınların yaş ortalaması 37.7, erkeklerini 35 olarak bulunmuştur. (Kadınlar 21-63 erkekler 24-51 yaş arasında)

İş durumuna gelince kadınların %79.3'ü ev kadını olup geri kalanı çalışmakta, erkeklerin %76.5'i

serbest, %17.6 sı ise memur olarak çalışmaktadır (Tablo 1)

Tablo 1: Panik Bozukluk

İŞ DURUMU	Kadın	Erkek	Toplam
Ev kadını	23 %79.3	-	23 %50
Serbest	1 %3.5	13 %76.5	14 %30.4
Memur	5 %17.2	3 %17.6	8 %17.4
İşsiz	-	1 %5.9	1 %2.2
TOPLAM	29 %63	17 %37	46 %100

Eğitim durumu açısından lise mezunu olanlar %39.1 ile ilk sırayı almakta, bunu %34.8 ile yüksek eğitilmiş olanlar, %15.2 ile orta okul mezunları ve %8.7 ile ilköğretim mezunları izlemektedir (Tablo 2)

Tablo 2: Panik Bozukluk

EĞİTİM	Kadın	Erkek	Toplam
Yok	1 %3.5		1 %2.2
İlk	3 %10.3	1 %5.9	4 %8.7
Orta	6 %20.7	1 %5.9	7 %15.2
Lise	10 %34.5	8 %47	18 %39.1
Yüksek	9 %31	7 %41.2	16 %34.8
TOPLAM	29	17	46

Medeni durumlarına göre, %84.8'i evli, %8.7 sı bekar, diğerleri dul ve boşanmıştır (Tablo 3)

Hastaların %89.1'inde belirtilerin başlamasından önce stress yaratabilecek nitelikte etkenlerin bulunduğu ortaya konmuş olup, bunlar arasında aile ve sosyal çevre ile ilgili sorunlar %43.9 ile ilk sırayı almaktadır. Bunu %41.5 ile iş, %29.3 ile sağlık, %26.8 ile ekonomik sorunlar izlemekte, yer değiştirme ise %7.3 ile en son sırada yer almaktadır. Hastaların %43.9'unun birden fazla stress etkeni

Tablo 3: Panik Bozukluk

MEDENİ DURUM	Kadın	Erkek	Toplam
Evli	24 %82.8	15 %88.2	39 %84.8
Bekar	2 %6.9	2 %11.8	4 %8.7
Boşanmış	1 %3.4	-	1 %2.2
Dul	2 %6.9	-	2 %4.3
TOPLAM	29	17	46

Tablo 4: Belirtilerin Başlamasından Önce Stress Yaratabilecek Etkenler

	Kadın	26		Erkek	15		TOPLAM
		Var	%89.7		Var	%88.2	
		Yok	%10.3		Yok	%11.8	
Yer Değiştirme		3 %11.5			-		3 %7.3
Aile ve Sosyal çevre ilgili sorunlar		15 %57.7			3 %20		18 %43.9
İş		6 %23.1			11 %73.3		17 %41.5
Ekonomik		8 %30.8			3 %20		11 %26.8
Sağlık		7 %26.9			5 %33.3		12 %29.3
Birden fazla stress faktörü birarada		12 %46.2			6 %40		18 %43.9

nin aynı dönemde birarada yaşadıkları gözlemlenmiştir (Tablo 4).

Belirtilerin ortaya çıkışından önceki bir yıl içinde hastaların yaşamlarında gerçekleşmiş kayıp niteliğindeki yaşam olayları arasında bir yakınını kaybı %32.6 ile ilk sırayı almakta, bunu %17.4 ile ayrılık v.s. gibi sosyal ilişki kaybı ve aynı oranda ekono-

mik ya da maddesel kayıplar izlemektedir. Sağlıkla ilgili kayıplar %15.2 ile daha sonra gelmekte, işle ilgili kayıplar ise en son sırayı almaktadır (%4.3) %21.7 sinin birden fazla kayıp yaşantısını birarada yaşamış olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Hastaların gelecekle ilgili endişeleri kayıp bağlamı çerçevesinde alındığında, sağlığını, kontrolü-

nü, ya da aklını kaybetme gibi kendi sağlığıyla ilgili endişeler %84.8 ile birinci sırayı almakta, bunu %10.9 ile aile bireylerini, yakınına ya da sosyal çevreyi kaybetme, %6.5 ile iş, pozisyon, statü, performans kaybı ve %2.2 ile ekonomik, parasal kayıplarla ilgili endişeler izlemektedir. %13 ünün kayıpla ilgili birden fazla endişeyi birarada yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 5: Belirtilerin Ortaya Çıkışından Önceki Bir Yıl İçinde Yaşanmış Kayıp

	Kadın N : 29	Erkek N : 17	Toplam N : 46
Yakının kaybı	14 %48.3	1 %5.9	15 %32.6
Sosyal ilişki, ayrılık, v.s.	6 %20.7	2 %11.8	8 %17.4
İşle ilgili kayıplar	-	2 %11.8	2 %4.3
Ekonomik-maddesel kayıp	5 %17.2	3 %17.6	8 %17.4
Sağlıkla ilgili kayıplar (organ kaybı v.s.)	4 %13.8	3 %17.6	7 %15.2
Birden fazla kayıp yaşantısı	8 %27.6	2 %11.8	10 %21.7

Tablo 6: Gelecekle İlgili Kayıp Tehdidü Ya Da Beklentisi

	Kadın N : 29	Erkek N : 17	Toplam N : 46
Aile bireylerini, yakınına, sosyal çevreyi kaybetme	4 %13.8	1 %5.9	5 %10.9
İş (iş, pozisyon, statü, performans)	1 %3.5	2 %11.8	3 %6.5
Ekonomik-parasal	-	1 %5.9	1 %2.2
Sağlık (Sağlığını, kontrolünü, aklını kaybetme)	22 %75.9	17 %100	39 %84.8
Birden fazla kayıp beklentisi birarada	3 %10.3	3 %17.6	6 %13

TARTIŞMA

Hastaların çoğunluğunun yaşam süresinin ortalarına rastlayan yaş grubunda bulunması ilginçtir. Bu dönem gençlik yıllarının geride kalmasıyla beklentilerin gerçekleşip gerçekleşmediği, kazançlar ve kayıplar muhasebesinin yapıldığı bir dönem olarak düşünülebileceği gibi ileriye yönelik kendini ve yakınlarını güvence altına alma yolundaki düşünce, endişe ve çabaların daha çok belirginleştiği bir dönem olarak da kabul edilebilir.

Her ne kadar panik bozukluk tanımlamasında belirtilerin herhangi bir iç ya da dış etkene bağlı olmaksızın ortaya çıkması söz konusu ise de, ele aldığımız hasta grubunda belirtilerin başlamasından önce stress yaratabilecek etkenlerin varlığının %89 dolayında bulunması ve hastaların yarısına yakın bir bölümünün birden fazla stress yaratan etkeni birarada yaşaması, sorunlarla başedebilme gücünde bir zayıflamaya yol açabileceği şeklinde yorumlanabilir. Yapılmış olan birçok araştırmada da panik atağının ortaya çıkmasından önce birçok vakada stress yaratabilecek etkenlerin söz konusu olduğu üzerinde görüş birliği bulunmaktadır (6).

Kadınlarda aile ve sosyal çevre ile ilgili sorunların (%57.7) erkeklerde ise işle ilgili sorunların (%73.3) stress yaratan etkenler içinde ön sırayı alması, kadınların büyük çoğunluğunun ev kadını, erkeklerin ise dışarıda çalışan kişiler olduğu göz önüne alındığında, kendi sorumluluk alanlarındaki uyumlarını, ya da denge durumlarını (homeostasis) bozacak etkilere daha bir duyarlı oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Enşkin hastadaki panik bozukluk ile çocukluk dönemindeki ayrılık anksiyetesi arasında bir ilişki bulunduğu konusuna dikkat çekilerek her ikisi arasında ortak bir fizyopatoloji olabileceği konusu ortaya atılmıştır.

Major depresyon ve panik bozukluğu olanların hikayesinde ayrılık (separation) anksiyetesinin bulunması ve bu bozuklukların antidepresanlara çok iyi yanıt vermesi de konu üzerinde ilgiyi arttırmıştır.

Bowlby, J, anksiyete ve depresyonun aynı sürecin bir parçası olabileceğini düşünmüştür. Bowlby'nin gözlemlerine göre annesini kaybeden bir çocukta üç aşamalı bir tepki oluşmaktadır. Önce

ayrılık anksiyetesiyle birlikte bir protesto dönemi, ardından depresyon dönemi ve son olarak kopmazlaşma ya da ilgisizlik dönemi

Daha sonra bazı araştırmacılar bu gözlemin erişkin anksiyetesinde, özellikle panik durumda ve depresyonda da geçerli olduğunu, bunun da gerçek kayıp ya da kayıp tehdidine karşı tepki niteliğinde ortaya çıktığını öne sürmüşlerdir (3, 8, 9, 10)

Eğer ayrılık anksiyetesi panik bozuklukta önemli bir etken ise, panik bozukluğu olan hastalarda belirtilerin ortaya çıkmasından önce obje kaybına neden olan ya da obje kaybı tehdidi yaratan yaşam olaylarının diğer bozukluklara göre daha fazla olması gerektiği düşünülmüştür

Roy-Byrne ve arkadaşları panik atağından bir yıl önceye kadar olan yaşam olaylarının sayısı, tipi ve etkilerini kontrol grubuyla karşılaştırdıklarında, panikli hastalarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla "yaşam olayı"nın varlığını saptamışlardır (3)

Bu çalışmada da belirtilerin ortaya çıkışından önceki bir yıl içinde gerçekleşmiş kayıp olayları içinde en çok dikkati çeken kadınlarda %48.3 ile yakınıni kaybetme ve yine buna benzer bir durum olarak ele alınabilecek sosyal ilişki kaybı ya da ayrılık durumları (%20.7) ilk sıralarda yer almaktadır. Erkeklerde ise %17.6 ile ekonomik kayıp ve sağlıkla ilgili kayıplar birinci sırada bulunmaktadır. Bu kayıpların her biri birey için farklı olabilecek psikodinamizmalarının ötesinde kayıplarla birlikte oluşan yeni ortamlara uyum çabalarının söz konusu olduğu dönemlerde ortaya çıkan yeni stress faktorlerinin belirtilerin açığa çıkması bakımından bir zemin hazırladığı düşünülebilir

Nitekim panik atağı sırasında ortaya çıkan otomatik sınır sisteminin aktivasyonu ile ilintili belirtiler, Selye'nin adaptasyon (uyum) kuramında öne sürdüğü stressin organizmada yarattığı alarm reaksiyonu ile yeniden dengeyi sağlama çabalarının bir görüntüsünü oluşturmaktadır (7)

Bozulan denge durumunun yeniden oluşturulması için organizmanın bir çabası olarak ele alındı-

ğında, panik ataklarının bir bozukluk mu yoksa adaptif bir tepkisel durum mu olduğu tartışmaya açıktır. Uyum çabalarının ortaya çıkardığı belirtilerin hasta tarafından tehdit edici olarak algılanarak yeniden alarm durumuna geçmesi ve bu durumun bir kısır döngü haline alması alarm durumuna geçmesi ve bu durumun bir kısır döngü haline alması nedeniyle bozukluk olarak ele alınıp tedavi edilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır

Nitekim bu hasta grubunda gelecekle ilgili kayıp tehdidi ya da beklentisi açısından sağlıklı ilgili kayıp tehditlen, özellikle aklını kaybetme, denetimini kaybetme düşünceleri %84.8 gibi büyük bir oranda ön sırada yer almaktadır

Olumsuz nitelikte bir beklentiye karşı tepki olması bakımından ya sürekli alarm durumunda yaşamak zorunda kalmakta ya da kendilerini daha guvende hissedecekleri ortamlara kaçmaktadırlar

SONUÇ

Panik bozukluğu olan hastaların belirtilerin yarattığı yoğun endişe ile hastanelerin acil bölümlerine ya da kardiyologlar başta olmak üzere iç hastalıkları uzmanlarına başvurdukları bilinmektedir. Söz konusu olabilecek organik bir olayın saf dışı edilmesi açısından ilk başta yapılması gereken de budur. Ancak yapılan muayene ve tetkikler sonucunda herhangi bir organik neden bulunmayan hastalara gerekli açıklamalar yapılmadan hiçbir şeyi olmadığı söylenerek evine gönderilmesi hastalarda son derece olumsuz etkiler yaratmaktadır. Nitekim bu gibi hastaların en çok dile getirdikleri soru "hiçbir şeyim yoksa bu belirtiler niçin?" olmaktadır

Yapılan bir çalışmada bu hastaların %70'inin 10'dan fazla doktora başvurduğu saptanmıştır (1). Bu da zaman kaybı, para kaybı ile hastanın ve çevresinin yıpranmasına yol açmaktadır. Bu nedenle hastalara psikosomatik açıdan yaklaşım yaparak onu biyolojik-psikolojik-sosyal bütünlüğü içinde ele almak, medikal tedavinin yanısıra psikoterapisini birlikte sürdürmek, bozukluğun giderek kendisinin neden olduğu kısır döngünün ortadan kaldırılması bakımından önemlidir

KAYNAKLAR

1) Chignon, JM , Lepine, L-P, Ades, J Panic disorder in cardiac outpatients Am J Psychiatry, 150 780-785, 1993

2) Dünya Sağlık Örgütü ICD-10, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması Yayın Yöneticileri Prof Dr M Orhan Öztürk, Yard Doç Dr Bema Uluğ, 131-132, Ankara

3) Free, N K, Winget, C N, Whitman, R M Separation anxiety in panic disorder Am J Psychiatry, 150 4, 595-599, April, 1993

4) Gorman, J M , Papp, L A Anxiety disorders, Review of Psychiatry Vol II American Psychiatry Press Ed by Allan Tasman and Michelle B Riba 243-245, 1992

5) Hollander, E and Klein, D F Differential diagnosis of anxiety disorders Panic Anxiety States Edited by Paul Kielholz and Carlo Adams, 17 26, Deutscher Arzte-Verlag, Kolin, 1989

6) Holmberg, G Panic disorder-a most specific category among anxiety disorders Panic Anxiety States Ed by Paul Kielholz and Carlo Adams 9-16, Deutscher Arzte-Verlag, Köln, 1989

7) Koptagel-İlal, G Tıpsal Psikoloji, Tıpta Davranış Bilimleri, Fatih Gençlik Vakfı Matbaa İşletmesi, İstanbul, 1984

8) Massion, A O , Warshaw, M G , Keller, M B Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder Am J Psychiatry, 150 600-607, 1993

9) O'Connel, R A Pharmacological alternatives for the treatment of panic disorder Panic Anxiety States Ed by Paul Kielholz and Carlo Adams, 27-38, Deutscher Arzte-Verlag, Köln, 1989

10) Weissman, M M , Wickramaratne, P , Adams, P B , Lish, J D , Horwath, E H , Charney D , Woods, S W , Leeman, E Frosch, E , The relationship between panic disorder and major depression Arch Gen Psychiatry 50 767-780, 1993