

Panik Bozukluğu ve Komorbid Tanılar

Ramazan KONKAN *, Semra YALÇINKAYA **, Murat ERKIRAN *, Hüsnü ERKMEN ***

ÖZET

Panik bozukluğunun diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikteliği oldukça sık görülmektedir. Panik bozukluğuna eşlik eden komorbid psikiyatrik bozukluklar tanı, tedavi ve gidiş üzerinde önemli etkilere sahiptir. Bu çalışmada panik bozukluğuna eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi amaçlandı. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nevroz Birimlerine Eylül 2002 ve Nisan 2003 tarihleri arasında başvuran ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre panik bozukluğu tanısı konulan hastaların komorbid psikiyatrik bozukluklarının sıklığının saptanması amaçlandı. Panik bozukluğuna en sık olarak depresyon ve somatizasyon bozukluklarının eşlik ettiği saptandı.

Anahtar kelimeler: Panik bozukluğu, agorafobi, komorbidite

Düşünen Adam; 2003, 16(4): 219-222

SUMMARY

Comorbidity of psychiatric disorders in panic disorder is common issue. Comorbidity has a great impact on diagnosis, treatment and outcome in panic disorder. We aimed to determine the rate of the comorbidity in panic disorder. In this study we assessed all the DSM-IV panic disorder outpatients in psychoneurosis clinics of "Bakırköy State Hospital for Training and Research for Psychiatric and Neurologic Diseases", between September 2002 and April 2003. We concluded major depression and somatization disorder has a great comorbidity in panic disorder.

Key words: Panic disorder, agoraphobia, comorbidity

GİRİŞ

Panik bozukluğu anksiyete bozuklukları arasında en sık görülen, kronik yada yineleyici seyreden, ailevi, sosyal ve işlevsel yeti yitimine neden olan bir bozukluktur. Panik bozukluğu klinikte en sık agorafobi ile birlikte görülür. Panik bozukluğu ve agorafobinin birlikte olduğu grup hastaların yaklaşık % 50'sinden fazlasını oluşturur (1). Komorbid tanılar panik bozukluğunun klinik görünümünü, tedavisini ve gidişini önemli ölçüde etkilemektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda panik bozukluğu olan kişilerin % 91'inin diğer psikiyatrik bozukluklarla komorbiditesinin bulunduğu saptanmıştır (2). Eş tanılar daha çok depresyon, somatizasyon bozukluğu ve diğer anksiyete bozukluklarıdır (3). Çalışmamızda Bakırköy Ruh ve

Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nevroz Birimleri polikliniklerine başvuran, panik bozukluğu saptanan hastalarda komorbid psikiyatrik tanıların belirlenmesi ve literatür bilgileriyle ülkemiz sonuçlarının karşılaştırılması planlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nevroz Birimi polikliniklerine başvuran, çalışmayla bağlantısı olmayan uzman hekimler tarafından panik bozukluğu tanısı konulan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 159 hasta çalışmaya alındı. Hastaların en son geçirdiği panik atağından en fazla 1 aylık bir zaman geçmiş olması koşulu arandı. Çalışma Eylül 2002 ve

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araş. Hast. 9. Psikiyatri Birimi, Uz. Dr.*, 2. Psikiyatri Birimi, Uz. Dr.** , 9. Psikiyatri Birimi Klinik Şefi ***

Nisan 2003 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmaya alınan hastaların en genci 18, en yaşlısı 64 yaşında idi. DSM-IV tanı ölçütlerine göre genel tıbbi duruma veya alkol-madde kullanımının doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı panik bozukluğu olanlar çalışma dışı bırakıldı.

SCID-I görüşme kılavuzundaki sosyodemografik veri formu ile görüşmeye başlandı. DSM-IV uyumlu SCID-I-Klinik Versiyon ile panik bozukluğu tanısı doğrulandı ve olası eş tanımlar belirlendi. Panik-Agorafobi ölçeği uygulandı her madde ayrı ayrı ve toplam puan olarak kaydedildi.

Depresyon ve anksiyete değerlendirilmesi için Hamilton Depresyon (HAMD) ve Beck Anksiyete Değerlendirme ölçeği uygulandı.

Kategorik değişkenler arasındaki karşılaştırma işlemi Pearson ki-kare testi ile yapıldı. İstatistik programı olarak SPSS for Windows 11.0 versiyonu kullanıldı. Cinsiyetlere, agorafobinin bulunup bulunmaması, komorbid tanının olup olmamasına göre karşılaştırma yapıldı.

BULGULAR

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nevroz Birimi polikliniklerine Eylül 2002 ve Nisan 2003 tarihleri arasında başvuran 120'si kadın (% 75.5), 39'u erkek (% 24.5), yaşları ortalama 39.16 (standart sapma 11.24), en genci 18, en yaşlısı ise 64 olan 159 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 118'i evli (% 74.2), 25'i (% 15.7) bekar, 16'sı dul ya da boşanmış (% 10.1) idi. Bayanların çoğu ev hanımıydı (% 57.9).

Panik bozukluğunun başlama yaşı ortalama 33.3 yaş (sd:10.81), panik bozukluğunun ortalama bulunuş süresi 5.96 yıl (sd:6.05), panik bozukluğunun başlamasından tanıya kadar geçen süre ortalama 1.67 yıl (sd:4.002) olarak bulundu. Panik bozukluğu başlangıcından sonra psikiyatrik tedavi için başvuru ortalama süresi 4.47 yıl (sd:4.62), panik bozukluğu tedavi görme süresi ortalama 4.40 yıl (sd:4.63) olarak saptandı.

Hastaların 35'inde (% 22) halen panik bozukluğuna ek olarak tıbbi bir hastalık vardı. Otuz dokuz (%

Tablo 1. Komorbid psikiyatrik bozukluklar.

Komorbid bozukluk	Sayı (n)	%
Depresyon	39	24.5
Somatizasyon	35	22.0
OKB	17	10.7
Genelleşmiş ank. boz.	16	10.1
Sosyal fobi	11	6.9
Özgül fobi	11	6.9
PTSB	5	3.1
Alkol bağımlılığı	7	4.4
Benzodiazepin bağımlılığı	2	1.3
Parafili	1	0.6
Uzamış yas	1	0.6
Yeme bozukluğu	1	0.6

24.5) hasta ailesinde sık rastlanan tıbbi bir hastalık olduğunu bildirdi.

Hastalardan 57'si ailesi ve birinci derecede yakınlarında sık rastlanan psikiyatrik hastalık bildirdi. En sık bildirilen hastalıklar panik bozukluğu (% 17.6) ve depresyondü (% 10.7).

Hastaların 108'inde (67.9) agorafobi mevcuttu. Agorafobi oranları erkekler için % 71.8, kadınlar için % 66.7 bulundu. Komorbid tanılarda ilk sırayı depresyon (% 24.5) ve somatizasyon bozukluğunun (% 22) aldığı, bunu diğer anksiyete bozukluklarının izlediği görüldü. Anksiyete bozukluklarında OKB % 10.7, genelleşmiş anksiyete bozukluğu % 10.1, sosyal fobi % 6.9, özgül fobi % 6.9, posttravmatik stres bozukluğu % 3.1 oranında saptandı. Alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı (% 4.4), benzodiazepin bağımlılığı yada kötüye kullanımı (% 1.3) ve birer olgu (% 0.6) olmak üzere parafili (% 0.6), yeme bozukluğu (% 0.6) ve uzamış yas (% 0.6) komorbiditesi saptandı (Tablo 1).

Panik bozukluğu sonrasında 6 hasta (% 3.8) alkol kullanmaya başladığını, 8 hasta ise (% 5) daha önce kullanmakta iken panik sonrasında alkol kullanımını bıraktıklarını bildirmişlerdir.

Çalışmaya katılan hastalarda toplam Hamilton Depresyon skorları ortalaması 6.01, Beck Anksiyete Skoru ise ortalama 17.67, Panik Agorafobi Ölçeği toplam ortalaması 13.04, A-skoru 2.80, B skoru 3.47, C-skoru 3.68, D skoru 2.04, E skoru 1.06 olduğu saptandı.

TARTIŞMA

Panik bozukluğu agorafobi ile yüksek oranda birlik-telik göstermektedir. Ulusal Komorbidite Çalışması (NCS)'nda 276 hastanın 106 tanesi (% 40) agorafobi tanı kriterlerini doldurmuş, 168 hasta (% 60) ise doldurmamıştır. Ancak bu 168 hastanın 30 tanesi agorafobinin birçok ölçütünü taşımasına rağmen kesitsel olarak agorafobi kriterlerini karşılamadığı için tanı konulamamış ve bu nedenle gerçek agorafobi oranının % 50 civarında olduğu düşünülmüştür (1). Bizim çalışmamızda 159 hastanın 108 (% 67.9)'inde agorafobi mevcuttu. Literatürdeki oranlara göre agorafobi oranı çalışmamızda daha yüksek görünmektedir. Çalışmamızın alan çalışması olmaması, hastanemizin en son basamak hastane olması ve göreceli olarak tedaviye daha dirençli hastalara hitap eden üst basamak hastane olması bu sonuca katkıda bulunabilir.

Agorafobi sıklığında, istatistiksel anlamı olmamakla birlikte cinsiyetler arasında fark saptandı. Agorafobi erkeklerde (% 71.8), kadınlarda (% 66.7) oranında bulundu. Turgeon ve arkadaşları fobik kaçınmaları değerlendirdikleri çalışmalarında, kadın ve erkek arasında sadece fobik kaçınma bulgularında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuş, agorafobinin diğer bileşenlerinde cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır (4).

Hipokondriasis ve panik bozukluğunun keşişen ve örtüşen tarafları vardır. Panik bozukluğu olan hastaların % 25'i hipokondriasis ile, hipokondriasis olan hastaların ise % 13.3'ü panik bozukluğu ile komorbid olarak bulunur. Hipokondriasis ile olan komorbidite, panik bozukluğunun gidişini de etkiler (5,6). Hipokondriak hastalarda olağan vücut duyularının abartılması (ampflikasyonu) söz konusudur (5). Benzer mekanizma panik bozukluğu için öne sürülmüştür. Panik ataklar akut hipokondriasis durumu olarak nitelenebilir. Olağan fizyolojik uyarılma, katastrofik ciddi medikal hastalık ve tıbbi acil durum olarak algılanır (7). Sonuç olarak iki bozukluk yüksek oranda örtüşür.

Çalışmamızda panik bozukluğu ile en sık komorbid bozukluklar; literatürle uyumlu olarak depresyon (% 24.5) ve somatizasyon bozukluğu (% 22.5) olarak saptandı. ECA çalışmasında panik bozukluğu olan

hastalarda olmayanlara göre 10 kat daha fazla depresyon bulunduğu saptanmıştır (8). Panik bozukluğu olan hastalar % 30-70 oranında hastalığın seyri sırasında major depresyon geçirmektedirler (9). Eş tanı olarak depresyonun bulunması panik bozukluğu şiddetini artırır, daha fazla panik atak geçirirler, anksiyeteleri daha yoğundur ve daha fazla fobik kaçınma gösterirler (10,11). Cox ve arkadaşları geçmişte depresyon geçiren ve halen depresyon geçirmekte olan kişilerin panik bozukluğu semptom profillerinin çok benzer olduğunu bulduklarını bildirmişlerdir (12). Goodwin ve arkadaşlarının çalışmalarında ortalama % 20 oranında komorbid depresyon ve yine aynı oranda alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı bildirilmiştir (13). Bizim çalışmamızda panik bozukluğu olan hastalarda depresyon komorbiditesi % 24.5 oranında bulundu. Somatizasyon bozukluğu (% 22.0) ikinci sırada rastlanan komorbid tanı oldu. Panik bozukluğu dışındaki diğer anksiyete bozuklukları (OKB: % 10.7, Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu: % 10.1, Sosyal Fobi: % 6.9, Özgül Fobi: % 6.9, PTSD: % 3.1) komorbiditesi depresyon ve somatizasyon bozukluklarından sonra 3. sırada yer almıştır. Alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı çalışmamızda % 4.4 oranında bulundu. Bu oranın gerçek rakamları yansıtmadığı ve olduğundan daha düşük olduğu düşünüldü. Bu düşük komorbidite oranının alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı olan hastaların anksiyete bozuklukları kliniğinden çok alkol madde bağımlılıkları kliniğine başvurusu ve ülkemizde kadınlar arasında alkol kullanımının azlığına bağlı olabilir. Çalışmada 8 hasta ise (% 5) daha önce kullanmakta iken panik sonrasında alkol kullanımını bıraktıklarını bildirmişlerdir. Bu davranışlarını alkolün kontrolü kaybetme düşüncelerini tetiklemesi ve panik bozukluğuna sebep olmasına bağlamışlardır.

Çalışmanın sonucu olarak panik bozukluğunun büyük oranlarda diğer psikiyatrik bozukluklarla komorbidite gösterdiği ve bu hastalarda bu tanıların da dikkate alınmasının gerekli olduğu düşünüldü.

KAYNAKLAR

1. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, et al: Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 151(3):413-20, 1994.
2. Robins LN and Regier DA: *Psychiatric Disorders in America*. Free Press, 1991, New York.
3. Merikangas KR, Angst J, Eaton W, et al: Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and sub-

stance misuse: Results of an international task force. Br J Psychiatry 168:58-67, 1996.

4. Turgeon L, Marchand A, Dupuis G: Clinical features in panic disorder with agoraphobia: A comparison of men and women. J Anxiety Disord 12(6):539-53, 1998.

5. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL: The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. J Psychiatr Res 24:323-34, 1990.

6. Barsky AJ, Barnett MC, Cleary PD: Hypochondriasis and Panic Disorder: Boundary and overlap. Arch Gen Psychiatry 51:918-925, 1994.

7. Clark DM: A cognitive approach to panic. Behav Res Ther 24:461-470, 1986.

8. Eaton WW, Dryman A, Weismann MM: Panic and Phobia. In Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study eds. Robins LN, Reiger DA. pp: 155-179. The Free

Press, 1991, New York.

9. Lesser IM: Panic disorder and depression: Co-occurrence and treatment. In Clinical Aspect of Panic Disorder, pp: 181-191, Wiley-Liss, 1990, New York.

10. Lesser IM, Rubin RT, Pecknold JC, et al: Secondary depression in panic disorder and agoraphobia. I: Frequency, severity and response to treatment. Arch Gen Psychiatry 45:437-43, 1988.

11. Noyes R, Reich J, Christiansen J, et al: Outcome of panic disorder: Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. Arch Gen Psychiatry 47:809-18, 1990.

12. Cox BJ, Hasey G, Swinson RP, et al: The symptom structure of panic attacks in depressed and anxious patients. Can J Psychiatry 38(3):181-4, 1993.

13. Goodwin RD, Hamilton SP: Early-onset fearful panic attack: A possible prodrome of early-onset severe psychopathology. Compr Psychiatry 43(1):22-7, 2002.

14. ULUSAL ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KONGRESİ

21 - 25 Nisan 2004, Bursa

Düzenleyen:

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Yeşim Taneli

Tel: (0224) 442 80 84 Fax: (0224) 442 80 85 E-mail: yesimtaneli@uludag.edu.tr

Kayıt:

Burkon Kongre&Organizasyon Hizmetleri, Çekirge Cad. 55, Bursa

Tel: (0224) 233 40 00 Fax: (0224) 233 80 00 E-mail: kongre@burkon.com