

Kalple İlişkili Olmayan Göğüs Ağrısı Olan Hastalarda Psikiyatrik Eş Tanı

Medine Yazıcı Güleç¹, Çiçek Hocaoğlu², İsmet Durmuş³

¹Uz.Dr., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, ²Yrd.Doç.Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ³Yrd.Doç.Dr., Kardiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon

ÖZET

Amaç: Tüm dünyada ve farklı kültürel gruplar arasında bedensel belirtiler toplumsal sorunların ve sıkıntının en yaygın bireysel ifadeleridir ve göğüs ağrısı da tıbbi olarak açıklanamayan bedensel belirtilerin en sık görülenlerinden biridir. Uzun zamandır organik etiyoloji saptanamayan ve çoğu kez atipik özellikler gösteren göğüs ağrısı olgularının başta panik bozukluğu ve depresyon olmak üzere çeşitli özgül psikiyatrik bozuklukların bir bileşeni ya da eşlik eden bir belirtisi olarak değerlendirildiği görülmektedir. Bu çalışmada kalple ilişkili olmayan göğüs ağrılı (KİOGA) hastalardaki psikiyatrik eş tanı oranlarının araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısı şikâyeti ile başvuran ve kardiyak etiyoloji saptanamayan 70 hasta alındı. Hasta grubu Sosyodemografik Veri Toplama Formu ve DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme ile değerlendirildi. **Bulgular:** KİOGA grubunun %47.1'inde panik bozukluğu, %21.4'ünde depresif bozukluk, %5.7'sinde yaygın anksiyete bozukluğu, %5.7'sinde başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu, %5.7'sinde obsesif kompulsif bozukluk, %2.9'unda farklılaşmamış somatoform bozukluk saptandı. Olguların %12.9'u iki psikiyatrik tanı aldı. Olguların %24.3'ü ise hiçbir psikiyatrik tanı almadı. **Sonuç:** Çalışmanın sonucunda psikiyatrik bozukluk oranları kardiyak açıdan açıklanamayan göğüs ağrısı hastalarında oldukça yüksektir. Bu bulgular KİOGA hastalarında psikiyatrik değerlendirmenin önemini göstermektedir. Ek olarak bu hastalardaki psikolojik semptom profilinin anlaşılması KİOGA'nın tedavisinde önemli katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Tıbben açıklanamayan fiziksel belirtili, kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısı, ruhsal bozukluklar.

(*Klinik Psikiyatri 2007;10:7-13*)

SUMMARY

Psychiatric Comorbidity in Patients with Chest Pain Without Cardiac Etiology

Objective: In the world and among different cultural groups, physical symptoms are the most common expressions of social problems and inconvenience; chest pain is one of the most widely seen, medically unexplained physical symptoms. Most of the time, chest pain cases where organic etiology cannot be determined for a long time and those presenting with atypical features should be evaluated as a component or an accompanying symptom of various specific psychiatric disorders primarily such as panic disorder and depression. In this study, determination of psychiatric comorbidity rate in patients with chest pain without cardiac etiology was aimed. **Method:** Seventy patients were included in the study that applied to the cardiology clinic with the complaint of chest pain but did not have any detected cardiac etiology. All patients were evaluated with Sociodemographic Datum Collection Form and structured clinical interview for DSM-IV. **Results:** In 47.1% of noncardiac chest pain group panic disorder, in 21.4% of them depressive disorders, in 5.7% generalized anxiety disorder, in 5.7% anxiety disorders not otherwise specified, in 5.7% obsessive compulsive disorder, in 2.9% undifferentiated somatoform disorder were diagnosed. 12.9% of the cases had two psychiatric diagnoses. 24.3% of the cases had no psychiatric diagnosis. **Conclusion:** Psychiatric disorder rates are quite high in patients with chest pain which cannot be explained cardiologically. These results show the importance of psychiatric evaluation in noncardiac chest pain or unexplained chest pain (UCP) patients. In addition, understanding the psychiatric symptom profile of these patients will make an important contribution to noncardiac chest pain treatment.

Key Words: Medically unexplained physical symptoms, chest pain without cardiac etiology, mental disorders.

GİRİŞ

Tüm dünyada ve farklı kültürel gruplar arasında bedensel belirtiler toplumsal sorunların ve sıkıntının en yaygın bireysel ifadeleridir (Kirmayer ve Young 1998). Tıbbi olarak açıklanamayan bedensel belirtilerden biri olan göğüs ağrısına toplumda ve birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran kişilerde çok sık rastlanmaktadır (Mayou 1989). Göğüs ağrısı olan hastaların %50'den fazlasına kardiyologlar tarafından iskemik kalp hastalığı olmadığında kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısı (KİOGA) tanısı konmaktadır (Mayou 1998, Van Peksi-Oosterbaan ve ark. 1998, Fleet ve ark. 1994, Esler ve Bock 2004, Srinivasan ve Joseph 2004, Fleet ve ark. 1998). Hastaların sadece üçte biri iskemik kalp hastalığı tanısı almaktadır (Mayou 1989). Angina benzeri belirtilerle kalp kateterizasyonu yapılan hastaların %10 ile 30 kadarında koroner arterler normal bulunmaktadır. Bu hastaların çoğunda göğüs ağrısı devam etmekte ve sık sık acil servislere başvurmakta ve hatta kalp kateterizasyonları tekrarlanmaktadır (Varia ve ark. 2000). KİOGA'lı hastaların tıbbi prognozları iyi olmasına rağmen, fonksiyonel kayıpları fazladır. Açıklanamayan göğüs ağrısı genellikle inatçıdır, uzun süreli fiziksel kısıtlılığa neden olur ve günlük aktiviteye zarar verir (Van Peksi-Oosterbaan ve ark. 1998). KİOGA'lı hastaların %50-70'inde göğüs ağrısı süreklilik göstermektedir. Hastaların %19-51'i mesleki, %46-100'ü fonksiyonel kayıp yaşarlar, hastaneye yatış oranları yüksektir ve uygunsuz kardiyak ilaç alımını da içeren tıbbi değerlendirmeler uygulanır (Mayou ve ark. 1994, Potts ve Bass 1993). Uzun zamandır organik etioloji saptanamayan ve çoğu kez atipik özellikler gösteren göğüs ağrısı olgularının başta panik bozukluğu ve depresyon olmak üzere çeşitli özgül psikiyatrik bozuklukların bir bileşeni ya da eşlik eden bir belirtisi olarak değerlendirildiği görülmektedir (Keller 1985, Uhde ve Nemiah 1989, Bass 1991, Bass ve Wade 1984, Chambers ve Bass 1990).

Kalp hastalığından endişe duyma hem yaygın anksiyete bozukluğu hem de panik bozukluğu olan hastalarda bildirilen en yaygın inanıştır. Doktoruna göğüs ağrısı ya da çarpıntı ile başvuran çoğu hastada gerçekte anksiyetenin fiziksel semptomlarının tanımlanması şaşırtıcı değildir. Panik atak, göğüs ağrısı ve çarpıntının kesin nedenidir fakat bu belir-

tilerin etiolojisini içeren çeşitli psikolojik nedenlerden sadece biridir (Mayou 1998).

Anksiyete nevrozunun Freud tarafından tanımlanmasından ve DSM-III'te panik bozukluğunun ayrı bir kategori olarak ayrılmasından sonra anksiyetenin karakteristik semptomları, fonksiyonel ya da 'nevroz medikal durumlar' olarak görülmeye başlandı. Bu görünüm özellikle askerlerde yaygın olmaktadır ve asker kalbi, efor sendromu ve kalp aktivitesi bozukluğu tanımlamalarında açıkça ayırt edilebiliyordu. Anksiyete bozukluklarını tanı ve tanımlamasında ICD ve DSM'deki sonradan gelen belirti sınıflaması birinci basamak ve genel hastane hizmetlerinde göğüs ağrısı ile ilişkili belirtilerin tanısı ve yönetiminde derin ve güçlü bir etki oluşturmuştur. Özgün olmayan, tıbben açıklanamayan belirti olarak gelen göğüs ağrısı birinci basamak ve genel hastanelerde en büyük idare problemi haline gelmektedir (Mayou 1998).

Göğüs ağrısı olan hastalarda yapılan yeni bir çalışmada 167 kalple ilişki olmayan göğüs ağrısı olan hastanın %41.3'ünde panik bozukluğu, %6.6 özgül fobi, %9.0 sosyal fobi, %6.0 yaygın anksiyete bozukluğu, %1.2 başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu, %7.2 major depresif bozukluk, %3.6 distimik bozukluk, %1.2 başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk, %18.6 somatoform bozukluk, %3.0 hipokondriyazis ve %2.4 oranında alkol kullanım bozukluğu saptanmıştır (Dammen ve ark. 2004).

Panik bozukluğuna sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik eder. Göğüs ağrısının eşlik ettiği panik bozukluğu sık olarak depresyon, hipokondriyazis ve diğer somatoform bozukluklarla birlikte dir. Hipokondriyazis gibi somatoform bozukluklarda tanıyı doğrulamak çok zordur (Bass ve Murphy 1995). Belirtilerin psikolojik orijinini açıklamak çoğu hasta için temel problemdir. Çok miktarda nedene atıfta bulunmak, çelişkili, tutarsız öğütler vermek sıklıkla yapılan iyatrojenik hatalardır (Mayou 1998). Panik etiolojisinde katastrofik yanlış yorumlamanın önemi yeni kuramsal formülasyonlarda vurgulanmaktadır ve hipokondriyak kognisyonundan açıkça farklı görülmektedir. Panik atağı sırasında kalp hızı değişmesi ve panikli hastada doruk noktada kardiyak farkındalık artışı vardır. Kalp hastalığını yanlış yorumlama kötü prognozla ilişkili önemli bir faktördür (Mayou 1998).

İnatçı göğüs ağrısı anksiyete bozuklukları, depresyon ya da somatoform bozukluklarla ilişkili olabilir ya da hiç bir psikiyatrik tanı almayabilir (Tennant ve ark. 1994). Birinci basamağa ve kardiyolojiye başvuranlar arasında koroner anjiyogramı normal olan grupta sıklıkla panik bozukluğu vardır (Mayou 1998).

Bu çalışmada bir grup KİOGA'lı hastada psikiyatrik morbidite oranının belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem

Çalışmaya alınan denekler, 1 Ocak 2004-31 Aralık 2004 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniğine göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran, kardiyolojik muayenesi ve kardiyak tetkikleri sonucunda göğüs ağrılarını açıklayacak organik bir neden saptanmayan hastalar arasından seçildi. Hastalara çalışmanın amacı ve gerekçeleri hakkında bilgi verildi ve aydınlatılmış onam formunu imzalayarak katılmayı kabul eden hastalardan 18-65 yaş arası olanlar çalışmaya alındı. DSM-IV'e göre yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ölçeği (SCID-I) uygulanarak psikotik hastalık, son 6 ay içinde psikiyatrik hastalık ve psikotrop ilaç kullanımı öyküsü olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Yine son 6 ay içinde düzenli analjezik kullanan hastalar çalışmaya alınmadı. Testleri anlayacak düzeyde eğitimi olmayan, mental ya da sosyal geriliği olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Gereçler

1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu: Hastalara yaşı, eğitimi, cinsiyeti, medeni durumu, ekonomik durumu, hastalık süresini, başka tıbbi hastalığının varlığını, psikiyatrik hastalık varlığını, ailede psikiyatrik öyküyü ve kullanmakta olduğu ilaç ve sürelerini araştıran soruları içeren form verildi.

2. DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme: DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID-I) 1987'de, DSM-III-R Eksen I bozukluklarının tanısını yapılandırılmış bir klinik değerlendirme aracılığıyla koymak amacıyla geliştirilmiştir (Spitzer ve ark. 1987). Daha sonraları DSM-IV için güncelleştirilmiştir (First ve ark. 1997). Bu

çalışmada DSM-IV için güncelleştirilmiş versiyonu kullanılmıştır. Görüşme, demografik bilgilerin ve klinik özgeçmişin alındığı, yarı yapılandırılmış bir bölüm ile başlar. Daha sonra, yedi farklı tanı grubu için geliştirilmiş tanısal modüller mevcuttur. Bu tanı grupları; duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, madde kötüye kullanımı, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozukluklarıdır. Belirtisi olmayan bireylerde görüşme, bir saat içinde bitebilirken, belirtileri olan hastalarda 3 saate yakın sürebilir. Asıl amaç psikiyatrik hastaları değerlendirmek olsa da, hasta olmayan gruplar için de kullanılabilir. SCID'in kullanım amacı, klinik çalışmalarda tanı koymak, diğer psikiyatrik çalışmalarda kullanmak olduğu kadar, hastaneye ilk başvuru sırasında sistemik bir değerlendirme yapmak da olabilir. Türkiye'de DSM-III-R ve DSM-IV için olan versiyonlarının geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (Çorapçıoğlu ve ark. 1999, Sorias ve ark. 1990).

Uygulama

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniğine göğüs ağrısı yakınması ile başvuran 70 hasta çalışmaya alındı. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde göğüs ağrısı yakınması ile başvuran tüm hastalara Bruce veya Modifiye Bruce protokolü uygulandı. Egzersiz testi için General Electric Case marka treadmill egzersiz stres sistemi kullanıldı. Egzersiz boyunca total egzersiz süresi, kan basıncı, ST segment değişiklikleri kaydedildi. Hastalar egzersiz boyunca olan tüm semptomları bildirmeleri için bilgilendirildi. Üç dakikada bir her bir kademede ağrı veya başka belirti olup olmadığı soruldu. Göğüste veya kol, omuz ya da çeneye yayılan ağrı, darlık, basınç, yanma veya doluluğun varlığı göğüs ağrısı olarak kaydedildi. Bu semptomların yokluğunda nefes darlığı, baş dönmesi veya yorgunluk göğüs ağrısı olarak kabul edilmedi. Elde edilen EKG (elektrokardiyogram) traseleri hasta grubuna kör iki kardiyolog tarafından değerlendirildi. Bu teste göre test sırasında iskemik tipte göğüs ağrısı olanlar, horizontal ya da downsloping tarzda ST segment değişikliği gösteren olgular, kan basıncında düşme gözlenen olgular iskemi açısından pozitif kabul edilerek çalışma dışında bırakıldı.

Çalışmanın gerçekleştirildiği tarihlerde göğüs ağrısı yakınması ile toplam 308 olgu başvurmuş ve bu olgulardan 112'sinde herhangi bir organik neden saptanamamıştır. Organik neden saptanamayan 112 olgunun tümüne çalışma ile ilgili bilgi verilmiş, ancak 19 olgu kendi istekleri ile çalışmaya katılmak istememişlerdir. 23 olgu ise çalışma ölçütlerini karşılamadıkları gerekçesi ile çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Çalışmanın ölçütlerini karşılayan ve aydınlatılmış onam formunu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara sosyodemografik veri toplama formu ve SCID görüşme odasında psikiyatri uzmanlarınca uygulandı.

İstatistiksel Analiz

Bu çalışma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi için Windows 10.0 için SPSS paket programı kullanıldı. Sayımla elde edilen verilerin analizi Ki-kare testi ile yapıldı. Normal dağılıma uyan veriler için Student-t testi, uymayan veriler için Mann Whitney U testi kullanıldı. Sayımla elde edilen veriler sayı, % ve ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama±standart sapma olarak gösterildi. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alındı.

BULGULAR

Çalışmayı hasta grubunda kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısı olan 70 kişi tamamladı. KİOGA'lı hasta grubunun yaş ortalaması 36.4 ± 10.6 idi. Olguların 34'ü kadın (%48.6), 36'sı erkek (%51.4) idi. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

KİOGA grubunda SCID-I kullanılarak konulan psikiyatrik tanıları bakıldığında hastaların %47.1'inde panik bozukluğu, %21.4'ünde depresif bozukluk, %5.7'sinde yaygın anksiyete bozukluğu, %5.7'sinde başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu, %5.7'sinde obsesif kompulsif bozukluk, %2.9'unda farklılaşmamış somatoform bozukluk saptandı (Tablo 2). Olguların dokuzu (%12.9) iki psikiyatrik tanı aldı. Bunların yedisi (%10) depresif bozukluk+panik bozukluğu iken bir olguda (%1.42) depresif bozukluk+obsesif kompulsif bozukluk, bir olguda da (%1.42) panik bozukluğu+obsesif kompulsif bozukluk tanısı saptandı (Tablo 3). Olguların %24.3'ü (17 kişi) ise herhangi bir psikiyatrik tanı almadı.

Tablo 1. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri

| | KİOGA (n=70) (Ort ± SD) |
|----------------|----------------------------|
| Yaş | 36.4±10.6 |
| | Sayı (%) |
| Cinsiyet | |
| Kadın | 34 (%48.6) |
| Erkek | 36 (%51.4) |
| Medeni Durum | |
| Evli | 52 (%74.3) |
| Bekar | 18 (%25.7) |
| Diğer | 0 (%00.0) |
| Eğitim Durumu | |
| İlköğretim | 32 (%45.7) |
| Lise | 24 (%34.3) |
| Yüksekokul | 14 (%20.0) |
| Ekonomik Durum | |
| İyi | 7 (%10.0) |
| Orta | 60 (%85.7) |
| Kötü | 3 (%4.3) |

TARTIŞMA

Bu çalışma, kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısı yakınması ile başvuran ve kardiyak patolojik bulgu saptanmamış 70 hasta ile yürütülmüştür. KİOGA grubunda %47.1 panik bozukluğu, %21.4 depresif bozukluk, %5.7 yaygın anksiyete bozukluğu, %5.7 obsesif kompulsif bozukluk, %5.7 başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu, %2.9 ise farklılaşmamış somatoform bozukluk tanısı bulunmuştur. Sağlıklı kontrol grubu yaş, cinsiyet ve eğitim durumuna göre hasta grubuna uygun olarak seçilmiştir. KİOGA grubunda yaş ortalaması 36.4 ± 10.6 olarak bulunmuştur. KİOGA'lı hastalarla yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmektedir (Dammen ve ark. 1999, Srinivasan ve Joseph 2004). KİOGA hastaların genellikle kardiyak kökenli göğüs ağrılı hastalara göre daha genç oldukları belirtilmiştir (Chambers ve Bass 1990). Her iki grup arasında medeni durum ve ekonomik durum açısından da anlamlı fark saptanmamıştır.

Göğüs ağrısının panik bozukluğu başta olmak üzere çok çeşitli psikiyatrik hastalıklarla ilişkili

Tablo 2. KİOGA hastalarında psikiyatrik tanı dağılımı

| Tanı | n (%) |
|------------------------------------|------------|
| Panik bozukluğu | 33 (%47.1) |
| Depresif bozukluk | 15 (%21.4) |
| Yaygın anksiyete bozukluğu | 4 (%5.7) |
| BTA anksiyete bozukluğu | 4 (%5.7) |
| Obsesif kompulsif bozukluk | 4 (%5.7) |
| Farklılaşmamış somatoform bozukluk | 2 (%2.9) |
| Tanı almayan | 17 (%24.3) |

Tablo 3. KİOGA 'da Psikiyatrik Eş Tanılar

| Tanı | n (%) |
|--|-----------|
| Depresif bozukluk+Panik bozukluğu | 7 (%10.0) |
| Depresif bozukluk+Obsesif kompulsif bozukluk | 1 (%1.42) |
| Panik bozukluğu+Obsesif kompulsif bozukluk | 1 (%1.42) |

olduğuna ilişkin çok sayıda yayın vardır. Kalp hastalığından endişe duyma hem yaygın anksiyete bozukluğu hem de panik bozukluğu olan hastalarda bildirilen en genel inanıştır. Doktoruna göğüs ağrısı ya da çarpıntı ile başvuran çoğu hastada gerçekte anksiyetenin fiziksel belirtilerinin tanımlanması şaşırtıcı değildir. KİOGA hastaları ile koroner arter hastalarında ruhsal bozuklukların karşılaştırıldığı bir çalışmada KİOGA grubunda %88 oranında psikiyatrik hastalık bulunmuştur (Alexander ve ark.1994).

Ülkemizde yapılan, KİOGA'lı hastalarda psikiyatrik morbiditenin bakıldığı bir çalışmada hastaların %38'inde panik bozukluğu, %28'inde major depresyon, %10'unda distimi, %14'ünde yaygın anksiyete bozukluğu, %42'sinde somatoform bozukluk, %6'sında çeşitli psikiyatrik tanıları bulunmuş ve hastaların %16'sının tanı almadıkları belirtilmiştir (Düzyürek 2003).

Göğüs ağrısı olan hastalarda yapılan yeni bir çalışmada 167 kalple ilişkili olmayan göğüs ağrılı hastanın %41.3'ünde panik bozukluğu, %6.6 özgül fobi, %9.0 sosyal fobi, %6.0 yaygın anksiyete bozukluğu, %1.2 başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu, %7.2 major depresif bozukluk, %3.6 distimik bozukluk, %1.2 başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk, %18.6 somatoform bozukluk, %3.0 hipokondriyazis ve

%2.4 oranında alkol kullanım bozukluğu saptanmıştır (Dammen ve ark. 2004).

Çalışmamızda panik bozukluğu %47.1 ile en sık saptanan psikiyatrik tanı olmuştur. Göğüs ağrısı panik bozukluğunun önemli bir semptomudur ve daha önceki çalışmalarda da ilk sırada yer almaktadır. Kardiyoloji birimlerinde akut ya da kronik göğüs ağrısında panik bozukluğu prevalansı %25-60 oranında verilmektedir ve tüm göğüs ağrılı hastaların koroner arter hastalığı dışlandıktan sonra panik bozukluğu açısından değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir (Fleet ve ark. 1994). Acil servise göğüs ağrısı yakınması ile başvuran 441 hastada yapılan bir çalışmada KİOGA hastalarının %22'sinde panik bozukluğu saptanmıştır (Fleet ve ark. 1998). Göğüs ağrısı olan hastalarda panik bozukluğunun araştırıldığı bir diğer çalışmada ise koroner arter hastalığı olmayan 167 göğüs ağrılı hastada panik bozukluk oranı %41.3 olarak saptanmıştır (Dammen ve ark. 1999). Bu hastaların çoğunun kardiyak değerlendirmede kaldığı, acil servisleri kullanmaya devam ettikleri ve panik bozukluğu sıklıkla tanınmadığı ve tedavisiz olarak sürdüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada 33 panik bozukluğu hastasının 7'si eştanı olarak depresif bozukluk (%21.2), biri de obsesif kompulsif bozukluk (%3) tanısı almıştır. Başka bir çalışmada ise bu oran %24.5 olarak verilirken obsesif kompulsif bozuk-

luğun %10.7 oranında panik bozukluğuna eşlik ettiği belirtilmiştir (Konkan ve ark. 2003). Yakın zamanda 1376 depresyon hastasında yapılan bir çalışmada eş tanı obsesif kompulsif bozukluk görülme oranı %13.4 olarak verilmektedir (Rush ve ark. 2005). KİOGA'da psikiyatrik morbiditenin araştırıldığı bir çalışmada da en sık bulunan eş tanı panik bozukluğu ve depresyon olmuştur (Düzyürek 2003).

Depresif bozukluk hastaların %21.4'ünde saptanmış ve ikinci en sık tanı olmuştur. Majör depresyona somatik belirtiler sıklıkla eşlik eder ve göğüs ağrısı da bunlardan biridir. Depresif kişilerin olum-

suz bilişsel şemalarının hastalıkla ilişkili anılarını güçlendirdiği ve sağlıkları ile ilgili olumsuz fikirler geliştirdikleri, bedenleriyle daha fazla meşgul oldukları söylenmektedir (Kellner 1985). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da depresyonun KİOGA'da önemli bir rol oynadığı görülmektedir (Alexander ve ark. 1994, Dammen 2004).

Yazışma adresi: Dr. Çiçek Hocaoğlu, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, chochoaglu@superonline.com

KAYNAKLAR

- Alexander PJ, Prabhu SG, Krishnamoorthy ES ve ark. (1994) Mental disorder in patients with noncardiac chest pain. *Acta Psychiatr Scand*, 89(5):291-293.
- Bass C, Wade C (1984) Chest pain with normal coronary arteries: a comparative study of psychiatric and social morbidity. *Psychol Med*, 14: 51-61.
- Bass C (1991) Unexplained chest pain and breathlessness. *Med Clin North Am*, 75:1157-1173.
- Bass C, Murphy M (1995) Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res*, 39: 403-427.
- Chambers J, Bass C(1990) Chest pain with normal coronary anatomy: a review of natural history and possible etiologic factors. *Prog Cardiovasc Dis*, 23:161-184.
- Çorapcıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinik Versiyonu. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Dammen T, Ekeberg O, Arnesen H (1999) The detection of panic disorder in chest pain patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 21: 323-332.
- Dammen T, Arnesen H, Ekeberg O (2004) Psychological factors, pain attribution and medical morbidity in chest-pain patients with and without coronary artery disease. *Gen Hosp Psychiatry*, 26:463-469.
- Düzyürek S (2003) Organik bir nedenle açıklanamayan göğüs ağrılarından yakınan ve göğüs ağrısı koroner arter darlığına bağlı olan hastaların psikiyatrik morbidite açısından karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, s. 65.
- Esler JL, Bock BC (2004) Psychological treatments for noncardiac chest pain: recommendations for a new approach. *J Psychosom Res*, 56: 263-269.
- Fleet RP, Dupuis G, Marchand A ve ark. (1998) Panic disorder in coronary artery disease patients with noncardiac chest pain. *J Psychosom Res*, 44: 81-90.
- Fleet RP, Dupuis G, Marchand A ve ark. (1994) Panic disorder, chest pain and coronary arter disease: literature review. *Can J Cardiol*, 10: 827-834.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) Clinical Version. Washington D.C., American Psychiatric Press, Inc.
- Kellner R(1985) Functional somatic symptoms and hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 821-833.
- Kirmayer LJ, Young A (1998) Culture and somatization: clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosom Med*, 60: 420-430.
- Konkan R, Yalçınkaya S, Erkıran M ve ark. (2003) Panik bozukluğu ve komorbid tanılar. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 16:219-222.
- Mayou R (1989) Invited review: atypical chest pain. *J Psychosom Res*, 33:393-406.
- Mayou R (1998) Chest pain, palpitations and panic. *J Psychosom Res*, 44: 53-70.
- Mayou RA, Bryant B, Forfar C (1994) Non-cardiac chest pain and benign palpitations in the cardiac clinic. *Br Heart J*, 72: 548-553.
- Potts SG, Bass CM (1993) Psychosocial outcome and use of medical resources in patients with chest pain and normal or near-normal coronary arteries: a long-term follow-up study. *Q J Med*, 86(9): 583-593.
- Rush AJ Zimmerman M, Wisniewski SR ve ark. (2005) Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features. *J Affect Dis*, 87:43-55.
- Sorias S, Saygılı R, Elbi H (1990) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu (SCID-I). Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova.
- Srinivasan K, Joseph W (2004) A study of lifetime prevalence of anxiety and depressive disorders in patients presenting with chest pain to emergency medicine. *Gen Hosp Psychiatry*, 26: 470-474.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1987) Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis-I Disorders (SCID-I). Washington D.C., American Psychiatric Press, Inc.

Tennant C, Mihailidou A, Scott A ve ark. (1994) Psychological symptom profiles in patients with chest pain. *J Psychosom Res*, 38: 365-371.

Uhde TW, Nemiah JC (1989) Panic and generalized anxiety disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, V. Basım, Kaplan and Sadock (Ed.), Baltimore, Williams and Wilkins, 2. cilt, s.952-972.

Van Peski-Oosterbaan AS, Spinhoven P, Van der Does AJW (1998) Noncardiac chest pain: interest in a medical psychological treatment. *J Psychosom Res*, 45: 471-476.

Varia I, Logue E, O'Connor C ve ark. (2000) Randomized trial of sertraline in patients with unexplained chest pain of noncardiac origin. *Am Heart J*, 140: 367-372.