

# Panik Bozukluğu

Prof. Dr. Rařit TÜKEL\*

Anksiyetenin aşırı ve kişiye felç eden formunun bir hastalık olarak tanınması, diğer birçok psikiyatrik bozukluğa göre daha geç dönemlere rastlamaktadır. Eski çağlara ait tıbbi literatür, anksiyetenin önde gelen bir özellik olarak yer aldığı mental bozukluklara ilişkin az bir bilgi içermektedir. Hipokrat'ın yazılarında, melankoli, epilepsi ve psikoş açık olarak tanımlanırken, aynı durum şiddetli anksiyetenin otonomik ve davranışsal görünümü için geçerli değildir (Roth 1988).

Anksiyete, 1869'da Beard tarafından tanımlanmış olan nevrasteni içinde ikinci derecede bir belirti olarak yer alırken, yıllar içinde çeşitli yazarların nevrasteni farklı sendromlara bölümlenme çabalarıyla ön plana çıkmaya başlamıştır (Nemiah 1985). 1894 yılında Freud, "anksiyete nevrozu" adı altında nevrasteniden farklı bir sendrom tanımlamış ve anksiyeteye birinci derecede bir belirti olarak bu sendrom içinde yer vermiştir (Freud 1894). Böylece, o tarihe kadar nevrasteni içinde bir belirti olarak yer almış olan anksiyete, Freud'la birlikte, diğer belirtilerin etrafında toplandığı psikolojik bir antite olarak tanımlanmaya başlamıştır. Ayrıca, Freud'un anksiyete nevrozunun bir özelliği olarak dikkati çektiği anksiyete ataklarının, günümüzde panik atağı tanımında yer verilen özelliklerin birçoğunu içerdiiğini de belirtelim.

İç hastalıkları uzmanları ve cerrahların anksiyete tanımını benimsemelerinin ise epey bir zaman aldığı söylenebilir. 1871'de Jacop Mendes Da Costa, Amerikan Tıp Bilimleri Dergisi'nde kalbin fonksiyonel bozukluğunun değişik bir formunu gösteren hastalardan söz ediyor ve bu hastalığa "irritabl heart" adını veriyordu (Nemiah 1985). Da Costa, hastaları üzerinde yaptığı incelemelerden kalbin yapısal bir lezyonuna ilişkin hiçbir kanıt bulunmadığını, kardiyak belirtilerin nedeninin sempatik sinir sistemi fonksiyonlarındaki bir bozukluğa bağlı olduğunu bildirmiştir. Ona göre, kalp aşırı çalışmaktan ve sık uyarılmaktan hassas bir duruma giriyor ve bozulmuş sinir innervasyonu bu durumun sürmesine neden oluyordu.

19. yüzyılın ikinci yarısında savaşlar sırasında askerlerde görülen panik bozukluğuyla ilgilenen Da Costa ve diğer askeri cerrahların, tanımladıkları sendromlarda anksiyetenin oynadığı rolün farkında olmadıkları, ilgilerini tümüyle bedensel belirtiler üzerinde toplayarak fizyolojik kavramların dışına çıkamadıkları görülmektedir.

Da Costa'nın çalışmasını yayımladığı tarih olan 1871'de, Westpal, açık alanlarda şiddetli korku yaşıyan ve bu nedenle evlerine gitmek üzere tanımadıkları kimselerden yardım isteyen üç erkek hastasını bildirdiğı "Die Agoraphobie" isimli çalışmasında agorafobi sendromunu tanımlamıştır (Thorpe ve Burns 1983). Bu sendromun çağdaş tanımlaması, hastaların çoğunun kadın olması, korkuların açık

\* İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

alanlarda değil, evin güven veren ortamından tek başına uzaklaştığında ve yabancı olunan ortamlara girildiğinde yaşanmasıyla Westpal'ın ilk ortaya koyduğundan önemli farklılıklar içermektedir.

Agorafobi sendromuna ismini koyan Westpal olsa da, ondan bir yıl önce 1870'de Benedikt, benzer bir durum için farklı bir isim önermiştir (Thorpe ve Burns 1983). Toplu bulunulan yerlerde yaşanan baş dönmesi için kullanmış olduğu Almanca "platzschwindel" teriminin, bu kişilerin panik atağı sırasında fiziksel duyumları üzerinde odaklandıkları ve bu durumdan kaçınmaya çalıştıkları, baş dönmesinin de paniğin önde gelen belirtilerinden biri olduğu düşünüldüğünde, doğru bir tanımlı içerdiği söylenebilir.

I. Dünya Savaşı sırasında Da Costa sendromunun "kalbin bozulmuş aksiyonu" adı altında tekrar ortaya çıktığı görülmektedir. Böylece, bir kez daha anksiyetenin kardiyak görünümüleri ilgi odağı haline gelmiş, 1918'de Lewis, bu durum için "efor sendromu" adını önermiştir. Onun görüşüne göre belirtiler, aşırı güç kullanma, enfeksiyon hastalıkları, kardiyak hastalık, merkezi sinir sistemi anormallikleri gibi altta yatan çeşitli fiziksel etkenlerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktaydı. Oppenheim ise, kardiyak belirtiler ve bitkinlik durumunun sıkça birarada olduğu bu tabloda, daha iyi tanımladığı gerekçesiyle "nörosirkülatuar asteni" terimini kullanmayı seçmiştir (Nemiah 1985).

II. Dünya Savaşı'na gelindiğinde ise durum biraz değişmiştir. Savaş sırasında, önceden kalbin fonksiyonel bozukluğunun sonucu olduğu düşünülen belirtileri gösteren askerlere artık anksiyete reaksiyonu tanısı konulmakta ve tedavileri iç hastalıkları uzmanları ya da cerrahlar yerine psikiyatristler tarafından üstlenilmektedir. Günümüzde, paniğin kardiyovasküler belirtilerinin anksiyete bozukluğunun akut ve dramatik bir formunu oluşturduğu üzerinde görüş birliği oluşmuştur.

Panik bozukluğunu "anksiyete nevrozu"ndan ayırarak, ilk kez farklı bir tanı olarak tanımlayan kişi ise Klein (1964) olmuştur. Klein, daha sonradan "farmakolojik diseksiyon" adını verdiği bir yaklaşımla, imipramine yanıt veren panik ataklarını, yanıt vermede başarısız kalan yaygın anksiyeteden ayırmış ve bu ayırmadan yola çıkarak panik bozukluğunu farklı bir anksiyete bozukluğu kategorisi olarak tanımlamıştır.

Panik atakları ile agorafobi arasındaki ilişkiyi de, ilk

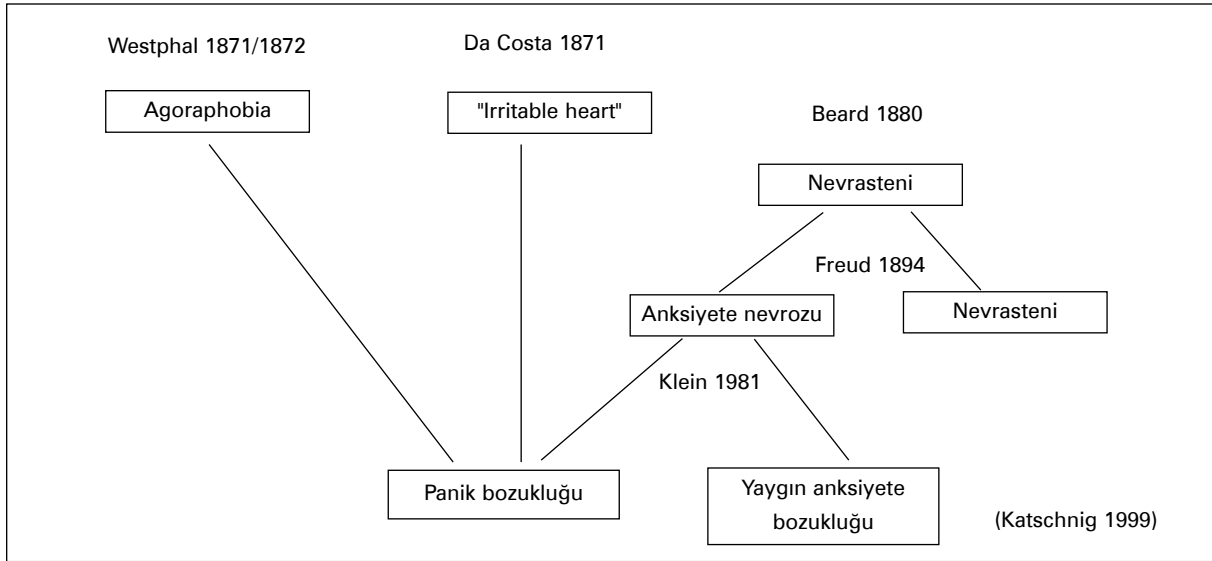
kez Klein tanımlamıştır. Klein (1964), panik atakları olan hastaların yardımdan uzak kaldıklarında, ani olarak, aciz duruma düşme korkusuyla etkinliklerini yalnız başlarına dışarıya çıkamayacak dereceye kadar gittikçe artan bir şekilde kısıtladıklarını bildirmiştir. Klein (1981), daha sonra geliştirdiği yeni anksiyete bozukluğu kavramında, beklenti anksiyetesinin panik ataklarının ardılı olduğunu, panik atakları ve beklenti anksiyetesini takiben agorafobinin geliştiğini ortaya koymuş; panik atakları ve agorafobiyi tek bir tanı kategorisi içinde ele almıştır. Klein'ın bu görüşleri, tanı ve sınıflandırma sistemlerine de yansımış, panik bozukluğu, DSM-III-R (APB 1987) ve DSM-IV'te (APB 1994) anksiyete bozuklukları tanı grubunda agorafobiyi de kapsayacak şekilde baş köşeye kaydırılmıştır.

### EPİDEMİYOLOJİ

Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçları, panik bozukluğunun yaşamboyu prevalansının %1.5-2.5 olduğunu ortaya koymuştur (Lepine ve Pelissolo 1999). Panik ataklarının yaşamboyu prevalansı ise, kullanılan tanı ölçütlerine göre değişmekle birlikte, birçok ülkede %7 ile %9 arasında bulunmuştur (Lepine ve Pelissolo 1999).

Panik bozukluğu birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlara başvuran hastalar arasında da sık görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan ve ICD-10'a göre tanı konulan uluslararası bir çalışmada, panik bozukluğunun birinci basamak sağlık kurumlarında görülen hastalar arasındaki yaşamboyu prevalansı %3.4 bulunmuştur (Üstün ve Sartorius 1995). Panik bozukluğu hastaları, diğer uzmanlık alanlarına ait kliniklere de sıkça başvurabilmektedir. Vestibüler bozukluk nedeniyle başvuran hastaların %15'inin, kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların %16'sının, hiperventilasyon belirtileri nedeniyle hastaneye başvuranların %35'inin panik bozukluğu hastası olduğu bildirilmiştir (Lepine ve Pelissolo 1999).

Panik bozukluğu, en sık olarak geç ergenlik ile otuzlu yaşlar arasındaki dönemde başlamaktadır. Klinik örneklemede, başlangıç yaşı ortalaması 25 civarındadır. Panik bozukluğu, daha düşük oranlarda olmakla birlikte, çocuklukta ya da 40 yaşın üzerinde de başlayabilmektedir. Agorafobinin eşlik edip etmemesine göre de panik bozukluğunun başlangıç yaşının değişiklik gösterdiği; agorafobi ile birlikte panik bozukluğunun daha sık olarak yirmili yaşların başında, agorafobisiz panik bozukluğunun ise daha fazla



Şekil 1. Modern panik bozukluğu kavramının kökenleri.

sıklıkla yirmili yaşların sonlarında başladığı bildirilmiştir (Faravelli ve Paionni 1999).

Panik bozukluğunun kadınlarda daha sık görüldüğü, çeşitli epidemiyolojik ve klinik çalışmaların ortak bir bulgusudur. Kadınların erkeklere oranı yaklaşık 3/1'dir. Özellikle agorafobisi olan panik bozukluğu hastalarında, kadın erkek oranı kadınların lehine artmaktadır. Kaçınma boyutuyla cinsiyet oranlarını dikkate alarak yapılan çalışmalarda (Reich ve ark. 1987, Rapee ve Murrell 1988), daha fazla agorafobik kaçınmanın görüldüğü hasta gruplarında, artan oranlarda daha fazla sayıda kadın bulunduğu bildirilmiş; kimi araştırmacılar, aşırı kaçınmanın olduğu panik bozukluğu hastalarının dörtte üçünden fazlasını kadınların oluşturduğuna dikkati çekmiştir (Myers ve ark. 1984, Thyer ve ark. 1985).

## KLİNİK ÖZELLİKLER

### Panik atağı

Panik atakları farklı tiplerde ortaya çıkabilmektedir. Bilinen bir durumsal tetikleyici olmadan ortaya çıkan panik atakları, "beklenmedik" tipte panik ataklarıdır. Belli durumlarda ortaya çıkma olasılığı yüksek olan, ancak mutlaka çıkması gerekmeyen panik atakları ise "durumsal yatkınlık gösterilen" panik atakları olarak adlandırılmıştır. Panik ataklarının bir diğer tipi, durumsal bir tetikleyici ile karşılaşılmasının hemen ardından ortaya çıkan "duruma bağlı" panik ataklarıdır.

Panik bozukluğunun en temel özelliği yineleyici, ne zaman başlayacağı önceden kestirilemeyen "beklenmedik" panik ataklarının görülmesidir. Panik bozukluğu tanısı konulabilmesi için beklenmedik panik ataklarının en azından hastalığın başlangıcında görülmüş olması gerekmektedir. Agorafobinin geliştiği hastalarda ise, "durumsal yatkınlık gösterilen" ya da "duruma bağlı" panik atakları beklenmedik olanlardan daha yaygın olarak görülebilmektedir.

Panik atakları tipik olarak, yoğun bir korku, endişe ve kötü bir şeyler olacağı beklentisi ile ani olarak başlar ve kısa sürede en yüksek düzeyine ulaşır. Panik atağı sırasında soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, kalp atım sayısında artma, titreme, bulantı, karında rahatsızlık hissi, uyuşma, karıncalanma hissi, sıcak basması, ürperme, göğüs ağrısı gibi bedensel belirtiler ortaya çıkar. Bedensel belirtilerin yanı sıra tabloya sıklıkla ölüm korkusu, delirme ya da kontrolü kaybetme korkusu gibi bilişsel belirtiler eklenir. Ayrıca, anksiyetenin yoğunluğuna bağlı olarak kişi, kendini ya da çevresini değişmiş ve gerçek dışı olarak algılayabilir. Panik atağı geçiren kişiler, bir felaket ile karşı karşıya olduğu duygusu içindedirler. Kalp atım sayısında artma, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi yakınmaları nedeniyle sıklıkla kalp krizi geçirdiklerini, ölebileceklerini düşünürler. Panik atağı genellikle on-onbeş dakika içinde yatışmakla birlikte, daha uzun da sürebilir. Hastalığın gidişi sırasında panik ataklarının sıklık ve şiddeti değişkenlik gösterir.

**Tablo 1. Panik atağı için DSM-IV tanı ölçütleri**

Aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olması:

1. Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması,
2. Terleme,
3. Titreme ya da sarsılma,
4. Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyumları,
5. Soluğun kesilmesi,

6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi,
7. Bulantı ya da karın ağrısı,
8. Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma,
9. Derealizasyon (gerçekdışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma),
10. Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu,
11. Ölüm korkusu,
12. Paretiziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları),
13. Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları.

### Beklenti anksiyetesi

Panik atağının yatışmasının ardından, sıklıkla yeni bir atak geçirme korkusu olarak tanımlanan beklenti anksiyetesi gelişmektedir. Hastalar, yeni bir atağın gelişebileceği korkusunun yanısıra, atak sonrası ortaya çıkabilecek sonuçlara ilişkin de yoğun bir endişe yaşarlar. Beklenti anksiyetesi, yoğunluğu ölçüsünde panik atağı eşliğini düşürerek, yeni atakların ortaya çıkma riskini artırıcı bir etki gösterebilir.

### Agorafobi

Panik bozukluğu hastalarının bir kısmı, panik atağı geçirmesi halinde kaçmasının ya da yardım almasının zor olabileceği durumlardan uzak durmaya başlar. Kişinin, yeni bir atak geçirme korkusuyla, tek başına ev dışında, kalabalıkta, köprü üzerinde olmaktan, otobüsle, trenle, arabayla yolculuk etmekten kaçtığı bu durum "agorafobi" olarak adlandırılır. Agorafobinin toplum içinde ve klinik örnekleme panik bozukluğuna eşlik etme oranları, farklılık gösterebilmektedir. Toplum içinde panik bozukluğu hastalarının yaklaşık 1/2-1/3'üne agorafobi eşlik ederken, klinikte görülen hastalarda bu oran daha yüksek (yaklaşık 3/4) olabilmektedir.

Agorafobik durumların ortak özelliği, ani bir sıkıntı anında dışına çıkmanın zor olduğunun düşünüldüğü durumlar olmasıdır. Agorafobiklerin korku duydukları durumlar şu şekilde sıralanabilir:

- Pazar yerinde, büyük bir mağaza ya da alışveriş yerinde olma,
- Otobüs, tren, vapur, uçak gibi toplu taşıma araçlarıyla yolculuk etme,

- Toplu olarak bulunulan ortamlarda, kalabalık içinde, işlek caddelerde olma,
- Özellikle trafiğin sıkışık olduğu yerlerde arabayla yolculuk etme,
- Köprüden geçme,
- Kuyrukta bekleme.

Agorafobiklerin bu tür durumlardan kaçınmaları temel özellikleridir. Yaşanılan korkunun şiddeti kaçınmalarının derecesini de belirler. Agorafobikler, hastalık hafif seyrettiğinde, bu durumlarda bulunmaya sıkıntı çekerek de olsa katlanabilir ve görece olağan bir yaşam biçimini sürdürebilirler. Korkunun şiddeti arttıkça kaçınma davranışı belirginleşir ve kısıtlı bir yaşam biçimi ortaya çıkar. Hastalığın en ağır durumunda ise, kişi eve kapanır ve eşlik eden bir kimse olmadıkça evden dışarı çıkamaz. Bu tür bir özellik gösteren hastalar, "eve bağlı" agorafobikler olarak da adlandırılmaktadır.

Agorafobiklerin bir diğer özelliği, yalnız olduklarında daha çok korku yaşamaları, özellikle de kendilerini güven içinde hissettikleri bölgelerin dışına çıktıklarında, sıklıkla yanlarında birisinin olmasına gereksinim duymalarıdır.

### Panik atakları agorafobi ilişkisi

Agorafobi terimi, Yunanca'da alışveriş merkezi, toplantı veya toplantı yeri anlamına gelen "agora" kelimesinden türetilmiştir. Agorafobinin uzun yıllar birçok yazar tarafından açık alanlardan korku olarak tanımlandığı, bu tür bir kullanımın hem semantik hem de klinik olarak yanlış olduğu görülmektedir. Marks (1970), agorafobinin özünün toplu bulunma

**Tablo 2. Agorafobi için DSM-IV tanı ölçütleri**

A. Beklenmedik ya da durumsal yatkınlık gösterilen bir panik atağı ya da panik benzeri belirtilerin ortaya çıkması durumunda, yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma. Agorafobik korkular arasında; tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda bulunma ya da sırada bekleme, köprü üstünde olma ve otobüs, tren ya da otomobille geziye çıkma sayılabilir.

B. Bu durumlardan kaçınılır ya da Panik Atağı / panik benzeri belirtiler ortaya çıkacağı anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkın-

tıyla bu durumlara katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinim duyulur.

C. Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, Sosyal Fobi (örn. utanma korkusu nedeniyle toplumsal durumlardan kaçınma), Özgül Fobi (örn. asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma), Obsesif Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyon nedeniyle kir ve pislikten kaçınma), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

yerlerinin birinden korkuyu içerdiğini belirtmiş, bu durumu dış uyarının fobik bir hastalığı olarak tanımlamıştır. Klinik gözlemler, agorafobinin toplu bulunulan yerlerde olmaktan korku kadar, psikolojik güvenlik sağlayan alışık olunan çevre ve insanlardan uzak olmaktan korkuyu da kapsadığını ortaya koymaktadır. Gerçekten de, agorafobiklerin kolayca "güvenli bölgelere" (ev, alışık olunan çevre vb) çekilmelerinin mümkün olmadığı durumlardan korkma eğilimleri dikkat çekicidir.

Evden veya diğer güvenli ortamlardan ayrılmaya isteksizliğin veya bunu reddedişin fobik bir kaçınma olarak etiketlenmesiyle agorafobik sendroma yanlış bir izlenim verildiği ileri sürülmüştür (Hallam 1978). Panik atağının agorafobinin tanımlanmasında önemli olduğunu ileri süren araştırmacılar Goldstein ve Chambless (1978) ise, agorafobiyi "korkudan korku" kavramı üzerine temellendirmişlerdir. "Korkudan korku" kavramı ile, agorafobiklerin çeşitli ortamlarda kendi fizyolojik yanıtlarından korktukları dile getirilmiş, sonraları birçok araştırmacı tarafından da benimsenen bu tanımlama ile, agorafobiyi dış uyarılardan fobik bir korku olarak gören anlayıştan uzaklaşma belirginleşmiştir.

Panik atakları ile agorafobinin ilişkisi birçok araştırmacının ilgisini çekmiş, kaçınma davranışının gelişmesinde belirleyici rol oynayan etkenlerin en çok odaklandığı noktalardan birini oluşturmuştur. Araştırmalarda daha çok panik ataklarının tipi üzerinde durulmuş, beklenmedik panik ataklarının beklenti anksiyetesi ve kaçınma ile işlevsel olarak ilişkili olduğu bildirilmiştir (Rachman ve Levitt 1985). Barlow'a (1988) göre, kaçınma davranışının ortaya çıkması ve sürdürülmesinde birçok etken rol oynasa

da, en azından başlangıçta korkunun yarattığı temel duygudan kaçma eğilimi ile kaçınma arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Bu yaklaşımda, agorafobik kaçınma, "beklenmedik" panik ataklarının ortaya çıkma olasılığı üzerinden yaşanan anksiyeteye kişinin başa çıkma yollarından biri olarak ele alınmaktadır.

Panik bozukluğu hastalarında agorafobi, sıklıkla ilk panik atağının sonrasında birkaç günden birkaç yıla kadar değişen bir süre içinde gelişmektedir. Panik atağı agorafobi ilişkisini araştırdığımız bir çalışmada (Tükel 1992), agorafobinin, agorafobili panik bozukluğu hastalarının yaklaşık yarısında ilk panik atağının hemen ardından, %75'inde ilk bir yıl içinde başladığı gözlenmiştir. Agorafobinin klinik gidişi, özellikle de panik ataklarıyla ilişkisi açısından değişkendir. Kimi olgularda panik ataklarının ortadan kalkmasıyla agorafobi düzelirken, kimisinde agorafobi panik ataklarının gidişinden bağımsız olarak süregelen bir gidiş gösterebilmektedir.

#### TANI ÖLÇÜTLERİ

DSM-IV'te Panik Bozukluğu, agorafobinin mevcut olup olmamasına göre iki farklı tanı olarak yer almıştır:

1. Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu
2. Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu

DSM-IV'te ayrıca, Panik Bozukluğu Öyküsü olmadan Agorafobi ayrı bir tanı olarak yer almaktadır.

#### HAZIRLAYICI ETKENLER VE HASTALIĞIN GİDİŞİ

##### Erken dönem yaşam olayları

Panik bozukluğu hastalarında görülen erken dönem yaşam olayları arasında en çok üzerinde durulması

**Tablo 3. Agorafobi olmadan panik bozukluğu için DSM-IV tanı ölçütleri**

<p>A. Aşağıdakilerden hem (1), hem de (2) vardır:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Yineleyen beklenmedik panik atakları</li> <li>2. Ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli kaygı,</li> <li>b) Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örn. kontrol kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak üzüntü duyma,</li> <li>c) Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme.</li> </ol> </li> </ol> <p>B. Agorafobinin olmaması</p>	<p>C. Panik atakları bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> <p>D. Panik atakları, Sosyal Fobi (örn. korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan), Özgül Fobi (örn. özgül fobik bir durumla karşılaşma), Obsesif Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ya da pislikle karşılaşması), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılara tepki olarak) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.</p>
--	--

**Tablo 4. Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi için DSM-IV tanı ölçütleri**

<p>A. Panik benzeri belirtiler (örn. baş dönmesi ya da diyare) ortaya çıkacağı korkusuyla ilişkili olarak agorafobinin varlığı</p> <p>B. Tanı ölçütleri Panik Bozukluğunun tanı ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır.</p> <p>C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir</p>	<p>ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> <p>D. Eşlik eden genel tıbbi bir durum varsa, A tanı ölçütünde tanımlanan korku genelde bu duruma eşlik eden korkudan çok daha fazladır.</p>
--	---

ebeveyninden ayrılmadığıdır. Araştırmalarda, panik bozukluğu hastalarının 1/4-1/2'sinde çocukluk döneminde uzun süreli ebeveyninden ayrılma saptanmıştır (Raskin ve ark. 1982, Coryell ve ark. 1983, Thorpe ve Burns 1983, Torgersen 1986). Çocuklukta yaşanan ayrılıkların özellikle de agorafobi gelişimi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Ebeveynin ölümü, ebeveyninden uzun süreli ayrı kalma gibi travmatik yaşam olaylarının sağlıklı kişilere göre panik ataklı agorafobiklerde daha sık yaşandığı (Faravelli ve ark. 1985, Tweed ve ark. 1989), agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğu hastalarında, agorafobinin eşlik etmediği hastalara göre bu tür travmatik yaşantıların daha yüksek oranda görüldüğü ileri sürülmüştür (Faravelli ve ark. 1988). Buna karşın, agorafobi ile çocuklukta ayrılan yaşantıları arasında bir ilişki bulunmadığını bildiren araştırmacılar da mevcuttur (Rapee ve Murrell 1988).

Erken dönemde cinsel ya da fiziksel kötü davranıma maruz kalma, panik bozukluğu hastalarında araştırılan bir diğer konudur. Bir araştırmada, panik bozukluğu olgularının %8'inin cinsel, %12'sinin fiziksel kötü davranıma maruz kaldığı belirlenmiştir

(Breier ve ark. 1986). Bir diğer araştırmada ise, 5 yaşından önce fiziksel ve cinsel kötü davranıma maruz kalanlarda erişkin yaşamda en sık görülen psikiyatrik bozukluğun agorafobi olduğu bildirilmiştir (Saunders ve ark. 1992).

#### Stresli yaşam olayları

Panik bozukluğunun gelişiminin öncesinde stresli yaşam olayları görülebilmektedir. Bu konuda yapılan bir araştırmada, olguların yaklaşık 2/3'ünde, hastalığın başlamasından önceki 6 ay içinde stresli yaşam olaylarının mevcut olduğu saptanmıştır (Breier ve ark. 1986). Bu olaylar görülme sıklığı dikkate alınarak şu şekilde sıralanmıştır; sevilen bir kişiden ayrılma ya da ayrılma tehdidi yaşama, iş değiştirme, gebelik, göç, evlilik, okuldan mezun olma, yakın bir kişinin ölümü, fiziksel hastalık. Bu konuda yapılan bir diğer çalışmada, panik bozukluğu hastalarında ilk panik atağının öncesinde stresli bir yaşam olayına rastlanma oranı %80 bulunmuştur (Uhde ve ark. 1985). 57 panik bozukluğu hastasında yapmış olduğumuz bir çalışmada (Tükel 1992), olguların %84'ünde ilk panik atağının öncesindeki altı aylık sürede stresli bir yaşam olayının mevcut olduğunu

saptadık. Araştırma sonuçları en yüksek oranlarda görülen yaşam olaylarının yakın bir kişinin ölümü (%17), işle ilgili sorunlar (%17), sevilen bir kişiden ayrılma (%14) olduğunu ortaya koymuştur.

### Hastalığın gidişi ve prognoz

Süreğen bir hastalık olan panik bozukluğunun gidişi, kişiden kişiye değişiklikler gösterebilmektedir. Bir iki yıl gibi izlemelerin sonuçları panik bozukluğunda iyi bir prognoza işaret ederken, uzun süreli izleme çalışmalarından, çok da yüz güldürücü sonuçlar elde edilmemiştir (Coryell ve ark. 1983, Noyes ve ark. 1990, Faravelli ve ark. 1995). 4-6 yıllık tedavi sonrası izleme çalışmasında, olguların %30'unun iyileştiği, %40-50'sinin belirtileri tam kaybolmadan düzeldiği, %20-30'unun belirtilerinin aynı kaldığı ya da daha kötüleştiği görülmüştür (Katschnig ve ark. 1996, Roy-Byrne ve Cowley 1995).

### GENEL TIBBİ DURUMLAR İLE AYIRICI TANI

#### Fiziksel Hastalıklar

Hipoglisemi, hipertiroidi, hipoparatiroidi, Cushing hastalığı, feokromasitoma gibi fiziksel hastalıklarda panik bozukluğunda görülenlere benzer belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Panik bozukluğu tanısı, belirtiler organik bir etken tarafından başlatılmadığı ve sürdürülmediği durumlarda konulmalıdır.

#### Psikoaktif maddelere bağlı entoksikasyon ve yoksunluk durumları

Barbitürat gibi maddelerden yoksunluk; kafein, kokain ve amfetamin gibi maddelere bağlı entoksikasyon durumlarında panik atakları görülebilir. Bu gibi durumlarda panik bozukluğu tanısı konulmamalıdır.

Panik ataklarının görüldüğü genel tıbbi durumların listesi Tablo 5'te verilmiştir.

### EŞLİK EDEN PSİKOPATOLOJİ

#### Major depresyon

Panik bozukluğu sıklıkla diğer anksiyete bozuklukları ve depresyonla birlikte bulunur. Panik bozukluğu hastalarının %35-91'inde major depresif epizod görülmektedir (Breier ve ark. 1985, Stein ve ark. 1990). Panik bozukluğu ve depresyonun birlikte görüldüğü hastaların 1/3'ünde depresyonun panik bozukluğundan önce başladığı, 2/3'ünde depresyonun panik bozukluğu ile birlikte ya da ondan sonra başladığı bildirilmiştir (Lesser ve ark. 1989). Özellikle

**Tablo 5. Panik ataklarının görüldüğü genel tıbbi durumlar**

Kesilme sendromu (alkol, benzodiazepin, barbitürat)
Entoksikasyon (alkol, benzodiazepin, amfetamin, kafein, kokain)
Endokrin hastalıklar
Hipertiroidi
Hipoglisemi
Feokromositoma
Hipoparatiroidi
Cushing hastalığı
Kalp hastalıkları
Paroksizmal supraventriküler taşikardi
Anjina pektoris
Mitral valv prolapsusu
Göğüs hastalıkları
Bronşiyal astma
Pulmoner emboli
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
Nörolojik hastalıklar
Geçici iskemik atak
Parsiyel kompleks nöbetler
Migren
Menapoz
Anemi

hastalığın uzun süre devam ettiği, şiddetli panik ataklarının görüldüğü ya da ileri derecede agorafobik kaçınmanın geliştiği hastalarda ortaya çıkan çaresizlik durumu, zamanla yerini ümitsizliğe ve depresif belirtilere bırakabilmektedir.

#### Sosyal fobi

Panik bozukluğu ve sosyal fobi seyrek olmayan bir oranda birlikte görülmektedir. Panik bozukluğuna sosyal fobi eşlik ettiğinde, yaşamboyu depresyon gelişme olasılığı artmaktadır. Sosyal fobinin eşlik ettiği hastalarda, panik bozukluğunun mevcut belirtilerine kendine yönelik olumsuz değerlendirme eğilimi, benlik saygısı düşüklüğü, kişilerarası ilişkilerde aşırı duyarlı olma gibi özelliklerin eklenmesinin, depresyon riskini arttırdığından söz edilebilir. Ayrıca, bu hastalarda agorafobinin getirdiği yaşam kısıtlılığı, sosyal

izolasyonla daha ileri boyutlara taşınmakta ve depresyonun gelişmesini kaçınılmaz kılabilir.

### Obsesif kompulsif bozukluk

Panik bozukluğu ile birlikte görülebilen ve eşlik ettiğinde bu hastalarda depresyon riskini arttıran bir diğer hastalık obsesif kompulsif bozukluktur. Çeşitli çalışmalarda (Breier ve ark. 1986, Crino ve Andrews 1996), panik bozukluğu hastalarının yaklaşık 1/5'ine obsesif kompulsif bozukluk eştanısı konulduğu bildirilmiştir.

### Alkol kullanımı

Alkol kullanımı ile agorafobi arasındaki ilişkiye ilk kez olarak, 1871'de, bira ya da şarap kullanan hastaların korktukları bölgelerden rahat bir şekilde geçtiklerini gözlemleyen Westphal dikkat çekmiştir (Smail ve ark. 1984). Alkol kötüye kullanımı, panik bozukluğu hastaları için ciddi bir risk etkenidir. Panik bozukluğu hastaları başlangıçta beklenti anksiyetelerini azaltmak için alkol içmeye başlamakta, ancak zamanla alkolizm bir komplikasyon olarak ortaya çıkabilmektedir. İki çalışmada, panik bozukluğu hastalarında alkolizm görülme oranı %17 bulunmuştur (Breier ve ark. 1986, Aronson 1987). Panik bozukluğunun alkolikler arasındaki sıklığının da, toplum içindeki görülme sıklığı ile karşılaştırıldığında, yüksek olması dikkat çekicidir (Leckman ve ark. 1983, Noyes ve ark. 1986). Kimi yazarlara göre, alkol kullanımı ve tekrarlayan alkol çekilmeleri, sempatik sinir sisteminin merkezi kontrolü üzerine bir etkiyle panik bozukluğunun başlamasına yol açabilmektedir (Stockwell ve ark. 1984).

### İntihar girişimleri

Panik bozukluğu hastalarında önemli bir diğer risk etkeni, intihar düşünceleri ve girişimleridir. Bir çalışmada (Lepine ve ark. 1993), panik bozukluğu hastalarının %42'sinin yaşamlarının bir döneminde intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir. Panik bozukluğu hastalarında intihar girişimlerinin sıklıkla, eşlik eden psikopatoloji, özellikle de major depresif bozukluk ve alkol/madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

### Hipokondriyazis

Panik bozukluğu hastaları, bedensel duyularına yönelik artmış bir dikkat gösterirler ve bedensel değişikliklere aşırı duyarlıdır. Örneğin çok kahve içilmesi, egzersiz yapma ya da basitçe heyecanlanma gibi durumlarda, panik bozukluğu hastası, kendi fizyolojik uyarılmasını yanlış yorumlayarak çarpıntılarını olması muhtemel bir kalp krizinin, soluk alma güçlüğüne soluksuz kalıp ölmenin bir habercisi olarak görebilmektedir. Bu hastalarda, fiziksel hastalık olduğu inancı ve bedensel uğraşlar, daha sık olarak atakların olduğu dönemle sınırlıdır. Panik bozukluğu hastalarında, bu tür özelliklerinin dışında, %20 gibi düşük olmayan oranlarda, ciddi bir hastalığı olduğu korkusunun ve bu yöndeki inancı tıbbi olarak onaylatma eğiliminin süreklilik gösterdiği gerçek hipokondriyazis görülebilmektedir (Faravelli ve Paionni 1999). Hipokondriyak korkular, en sık kardiyak ya da nörolojik bir hastalık geçirmekle ilgili olarak ortaya çıkmaktadır.

## KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1987) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş 3. Baskı (DSM-III-R), (Çev. E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1989.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 4. Baskı (DSM-IV), (Çev. E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Aronson T (1987) Is panic disorder a distinct diagnostic entity. A critical review of the borders of a syndrome. *J Nerv Ment Dis*, 175: 584-594.
- Barlow DH (1988) Anxiety and its disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. New York, Guilford Press.
- Breier A, Charney DS, Heninger GR (1985) The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness. *Am J Psychiatry*, 142: 787-797.
- Breier A, Charney DS, Heninger GR (1986) Agoraphobia with panic attacks: development, diagnostic stability, and course of illness. *Arch Gen Psychiatry*, 43: 1029-1036.
- Coryell W, Noyes R, Clancy J (1983) Panic disorder and primary unipolar depression: A comparison of background and outcome. *J Affect Disord*, 5: 311-317.
- Crino RD, Andrews G (1996) Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. *J Anxiety Disord*, 10: 37-46.
- Faravelli C, Webb T, Ambonetti A ve ark. (1985) Prevalence of traumatic early life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks. *Am J Psychiatry*, 142: 1493-1494.
- Faravelli C, Pallanti S, Frassine R ve ark. (1988) Panic attacks with and without agoraphobia: A comparison. *Psychopathology*, 21: 51-56.
- Faravelli C, Paionni A (1999) Panic disorder: Clinical course, etiology and prognosis. *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms*, DJ Nutt, JC Ballenger, JP Lepine (Ed), London, Martin Dunitz.
- Faravelli C, Paterniti S, Scarpato MA (1995) 5-year prospective,



- naturalistic follow-up study of panic disorder. *Compr Psychiatry*, 36: 271-277.
- Freud S (1894) On the grounds of detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description "anxiety neurosis". The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, 3. Cilt, London, Hogarth Press, 1960.
- Goldstein AJ, Chambless DL (1978) A reanalysis of agoraphobia. *Behav Res Ther*, 9: 47-59.
- Hallam RS (1978) Agoraphobia: A critical review of the concept. *Br J Psychiatry*, 133: 314-319.
- Katschnig H, Amering M, Stolk JM ve ark. (1996) Predictors of quality of life in a long-term follow-up study of panic disorder patients after a clinical drug trial. *Psychopharmacol Bull*, 32: 149-155.
- Katschnig H (1999) Anxiety neurosis, panic disorder or what. *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms*, DJ Nutt, JC Ballenger, JP Lepine (Ed), London, Martin Dunitz.
- Klein DF (1964) Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacology*, 5: 397-408.
- Klein DF (1981) Anxiety reconceptualized. *Anxiety: New Research and Changing Concepts*, DF Klein, J Raskin (Ed), New York, Raven Press.
- Leckman JF, Weissman MM, Merikangas KR ve ark. (1983) Panic disorder and major depression: Increased risk of depression, alcoholism, panic, and phobic disorders in families of depressed probands with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 40: 1055-1060.
- Lepine JP, Chignon JM, Teherani M (1993) Suicide attempts in patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 144-149.
- Lepine JP, Pelissolo A (1999) Epidemiology, comorbidity and genetics of panic disorder. *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms*, DJ Nutt, JC Ballenger, JP Lepine (Ed), London, Martin Dunitz.
- Lesser IM, Rubin RT, Rifkin RP ve ark. (1989) Secondary depression in panic disorder and agoraphobia. II. Dimensions of depression symptomatology and their response to treatment. *J Affect Dis*, 16: 49-58.
- Marks IM (1970) Agoraphobic syndrome (phobic anxiety state). *Arch Gen Psychiatry*, 23: 538-553.
- Myers JK, Weissman MM, Tischler GL ve ark. (1984) Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982. *Arch Gen Psychiatry*, 41: 959-967.
- Nemiah JC (1985) Anxiety states (anxiety neuroses). *Comprehensive Text Book of Psychiatry /IV*, 1. Cilt, Baltimore, Williams and Wilkins.
- Noyes R, Crowe RR, Harris EL ve ark. (1986) Relationship between panic disorder and agoraphobia: A family study. *Arch Gen Psychiatry*, 43: 227-232.
- Noyes R, Reich J, Christiansen J ve ark. (1990) Outcome of panic disorder. Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 47: 809-818.
- Rachman S, Levitt K (1985) Panics and their consequences. *Behav Res Ther*, 23: 585-600.
- Rapee RM, Murrell E (1988) Predictors of agoraphobic avoidance. *J Anxiety Disord*, 2: 203-217.
- Raskin M, Peeke HVS, Dickman W ve ark. (1982) Panic and generalized anxiety disorders: Developmental antecedents and presipitants. *Arch Gen Psychiatry*, 39: 587-589.
- Reich J, Noyes R, Troughton E (1987) Dependent personality associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*, 144: 323-326.
- Roth M (1988) Anxiety and anxiety disorders: General overview. *Handbook of Anxiety*, 1. Cilt, Biological, Clinical and Cultural Perspectives, M Roth, R Noyes, GD Burrows (Ed), Amsterdam, Elsevier.
- Roy-Byrne PP, Cowley DS (1995) Course and outcome in panic disorder: A review of recent follow-up studies. *Anxiety*, 1: 150-160.
- Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA ve ark. (1992) Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. *Interpersonal Violence*, 7: 189-204.
- Smail P, Stockwell T, Canter S ve ark. (1984) Alcohol dependence and phobic anxiety states: I. a prevalence study. *Br J Psychiatry*, 144: 53-57.
- Stein MB, Tancer ME, Uhde TW ve ark. (1990) Major depression in patients with panic disorder: Factors associated with course and recurrence. *J Affect Disord*, 19: 287-296.
- Stockwell T, Smail P, Hodgson R (1984) Alcohol dependence and phobic anxiety states: II. a retrospective study. *Br J Psychiatry*, 144: 58-63.
- Thorpe GL, Burns LE (1983) *The Agoraphobic Syndrome*. New York, Wiley.
- Thyer BA, Parrish RT, Crutis GC ve ark. (1985) Ages of onset of DSM-III anxiety disorders. *Compr Psychiatry*, 26: 113-122.
- Torgersen S (1986) Childhood and family characteristics in panic and generalized anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 143: 630-632.
- Tükel R (1992) Panik bozukluklarında gelişim, klinik seyir ve panik atakları ile agorafobi ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3: 18-29.
- Tweed JL, Schoenbach VJ, George LK ve ark. (1989) The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorders. *Br J Psychiatry*, 154: 823-828.
- Uhde TW, Boulenger JP, Roy-Byrne PP ve ark. (1985) Longitudinal course of panic disorder: Clinical and biological considerations. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 9: 39-51.
- Üstün TB, Sartorius N (1995) *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester, Wiley.