

Panik Bozukluğunun Klinik Görünümünde Farklı Yönler[#]

Şeref ÖZER*

ÖZET

Bu yazıda panik bozukluğunun alttipleri gözden geçirilmiş ve özellikle "korkusuz panik bozukluğu" ile "uyku panik bozukluğu" ayrıntılı olarak tanımlanmış; bu bozuklukların klasik panik bozukluğundan klinik farklılıklarına değinilmiştir.

Anahtar kelimeler: Panik bozukluğu, korkusuz panik, uyku panikleri

Düşünen Adam; 1988, 11 (2): 46-50

SUMMARY

In this paper, the subtypes of panic disorder has been reviewed. "nonfearful panic disorder" and "nocturnal panic disorder" has been described in detail and clinical differences from the classical panic disorder were also indicated.

Key words: Panic disorder, nonfearful panic, nocturnal panics

GİRİŞ

Panik bozukluğu, belirti tanı ölçütleri olan ayrı bir hastalık olarak ilk kez 1980'de DSM-III sınıflandırmasında yerini almıştır⁽¹⁾. Ancak, DSM-III'den bugüne, gerek panik bozukluğu tanı ölçütleri gerekse panik atağının temel özellikleri bakımından kimi değişiklikler olmuştur.

DSM-III'de panik bozukluğu tanısı için üç haftada en az üç panik atağı yaşanması koşulu getirilmişken, 1987 yılında yayınlanan DSM-III-R'de bu koşul ya 4 haftada en az 4 panik atağının bulunması ya da bir veya birkaç panik atağını izleyen ve en az bir ay devam eden bir beklenti anksiyetesinin gerekliliği şekline dönüştürülmüş⁽²⁾; böylece DSM-III'de açıkça söz edilmeyen, sadece eşlik eden özellikler başlığı altında "nöbetler arasında değişik derecede sinir-

lilik ve endişenin var olabileceği" şeklinde yer verilen beklenti anksiyetesi de bir tanı ölçütü olarak DSM-III-R'de yerini almış olmaktadır.

DSM-III'de panik atağı listesinde 12 adet semptom bulunurken, bulantı ve gastrointestinal rahatsızlık da eklenerek DSM-III-R'de semptom sayısı 13'e çıkarılmış, DSM-IV'de de bu sayı aynı kalmıştır⁽³⁾. DSM-III'de panik atağının temel özelliği olarak yoğun "korku" ya da "endişe" (apprehension) dönemlerinin varlığından söz edilirken, bu özellik DSM-III-R ve DSM-IV'de yoğun "korku" ya da "rahatsızlık" (discomfort) şeklinde değiştirilmiştir.

DSM-IV'de panik atağı ayrı bir sendrom olarak yer almış, tanı ölçütleri verilmiş, panik ataklarının bir "bozukluk" olmadığı ve birçok bozuklukta görülebileceği özellikle belirtilmiştir. Panik bozukluğu tanı

VI. Anadolu Psikiyatri Günleri'nde Panik Paneli'nde sunulmuştur.

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi I. Nevroz Birimi

ölçütlerine beklenti anksiyetesinin dışında, "atağın yol açabileceği sonuçlara ilişkin (kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme ya da çıldırma gibi) üzüntü duyma" ya da "ataklara ilişkin belirgin davranış değişiklikleri gösterme" eklenmiştir.

DSM sınıflandırması, panik bozukluğunun özellikleri ve tanı ölçütleri konusunda yukarıda özetlediğimiz değişikliklere başvurmuş olmasına karşın yine de birçok araştırmacının yoğun eleştirisine hedef olmaktan kendini kurtaramamıştır. Aronson ve Logue (4), DSM-III tanı ölçütlerine göre yaptıkları bir çalışmada, panik bozukluğu olgularında boğulma, göğüs ağrısı, parestezi gibi "resmi" belirtilerin seyrek olduğunu bularak; DSM-III görevlilerinin bu tanı ölçütlerini deneysel çalışmalara dayanmaksızın "ofis"te hazırladıklarını öne sürmüşlerdir.

DSM-III-R tanı ölçütlerine göre tanı konulmuş 212 panik bozukluğu olgusunda panik atak soru formu uygulayarak panik semptomlarını şiddetlerine göre değerlendiren Cox ve ark. (5), en yüksek şiddette saptadıkları iki semptomun "kendini aciz-çaresiz hissetme" ve "kaçma düşüncesi" olduğunu oysa bu semptomların DSM-III-R'da yer bile olmadığını, buna karşı DSM tanı ölçütlerinde yer alan boğulma ve nefes alamama duygusu, parestezi, bulantı, göğüs ağrısı belirtilerinin daha düşük şiddette saptandığını belirtmişlerdir. Gerek Cox, gerekse benzer sonuçlara ulaşan birçok araştırmacı (6,7,8), DSM-III-R tanı ölçütlerinin panik bozukluğunun yapısını ortaya koyma konusunda yetersiz olduğunu, bu tanı ölçütleri dışında birçok belirtinin daha bulunduğunu öne sürmüşlerdir.

Panik bozukluğunun semptomlarının sadece var-yok şeklindeki değerlendirmesinin ötesinde, semptomların şiddeti, hasta için anlamı ve kognitif profillerine yönelik faktör analizi uygulanan çalışmalar arttıkça panik bozukluğu semptom kümelerinin ve panik alt tiplerinin varolabileceği, panik bozukluğunun boyutsuz, tek tip bir bozukluk olmadığı, tersine heterojen bir durum olduğu çeşitli araştırmacılar tarafından öne sürülmeye başlamıştır (5,6,8-12).

Argyle (9), 159 panik hastasıyla yaptığı çalışmada kalp-solunum belirtilerinin en büyük kümeyi oluşturduğunu, yanısıra daha küçük olmak üzere başdönmesi ve kognitif semptomların yer aldığını bil-

dirirken; Ley (13), kognitif semptomların önde olduğu "kognitif panik"lerin kognitif terapiye daha iyi yanıt verdiğini, oysa kalp-solunum belirtileri ve hiperventilasyonun hakim olduğu "klasik panik"lerde solunum egzersizi ya da "nefes almayı yeniden öğrenme"nin daha yararlı olduğunu belirtmiştir. Casano (10) ve Lelliot (11) başdönmesi ve depersonalizasyon belirtilerinin, panik bozukluğunun ayrı bir alttipini gösterdiğini ileri sürmüşlerdir.

Rachman ve ark. (14) korku bağlantılı kognisyonların bulunmadığı "non-kognitif panikler"den söz ederken; küçük ölçekli çalışma ve olgu sunumlarına dayansa da "aleksitimik panik bozukluğu" veya "maskeli anksiyete" (15), "sınırlı-belirtili panik ataklar" (16), "korkusuz (nonfearful) panik bozukluğu" (17) ve "nocturnal panik" (18) kavram ve panik bozukluğu alttipleri literatürdeki yerini almıştır. Burada, bu alttiplerden özellikle literatürde giderek daha çok yer almış ve kabul görmüş olan iki tanesi hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir.

KORKUSUZ (NONFEARFUL) PANİK BOZUKLUĞU

Korkusuz panik bozukluğu terimi, literatürde panik bozukluğu tanı ölçütlerini tam olarak karşılayan, ancak subjektif bir anksiyete ve korkunun yaşanmadığı ataklardan oluşan panik bozukluğu için önerilmiştir.

Bu bozukluğun olguları başlangıçta daha çok psikiyatri dışı popülasyonlarda, özellikle kardiyoloji ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında dikkati çekmeye başlamış, daha sonra da nöroloji ve gastroenteroloji hastalarından olgu raporları ve çalışmalar yayımlanmaya başlamıştır (19,20).

Bu olgulara daha çok psikiyatrik popülasyon dışında rastlanması hiç de şaşırtıcı değildir. Çıldırma, ölüm ya da felç olma korkusu olmaksızın, salt otonomik, fizyolojik belirtilerle tekrarlayan ataklar öncelikle bedensel hastalıkları çağrıştırmaktadır.

Korku ya da anksiyetenin bulunmadığı bir panik bozukluğundan söz etmek ilk anda "eşyanın doğasına aykırı" gibi gelmekle birlikte, DSM sınıflandırmaları incelendiğinde böyle bir tanımlamanın mümkün olabileceği görülmektedir.

DSM-III'den farklı olarak, DSM-III-R ve DSM-IV'de panik ataklarının temel özelliği olarak, yoğun korku ya da rahatsızlığın yaşandığı izole dönemler vurgulanmıştır. Bu yaklaşım, tanı ölçütlerini karşıladığı takdirde, korku ya da anksiyete olmadan da panik atağından söz edilebileceğini öngörür.

Bu konu üzerinde en fazla çalışması olan Beitman ve ark. (19,20), kardiyoloji hastaları arasında yaptıkları iki çalışmada korkusuz panik bozukluğu prevalansını % 31.6 ve % 41 olarak bulmuşlardır. Yine aynı ekip (17), korkusuz panik bozukluğunun gerçekten bir panik bozukluğu olup olmadığını anlamak ve bu tanının nozolojik olarak geçerliliğini sınamak için, bu hastaların sodyum laktat infüzyonu ve anti-panik tedaviye olan yanıtlarını araştırmışlardır.

Çeşitli medikal tedavilere yanıt vermedikleri için psikiyatrik konsültasyona gönderilen nöroloji hastaları ile yaptıkları çalışmada, 48 nöroloji hastasının 11'inde (% 23) DSM-III-R tanı ölçütlerini karşılayan ancak subjektif anksiyete ve korku (ölme, çıldırma, kontrolünü yitirme korkusu) belirtmeyen korkusuz panik bozukluğu saptamışlardır. 11 olgunun temel yakınmaları: 4 kişide başdönmesi nöbetleri, 3 kişide yalancı nöbet, 2 kişide senkop, 1 kişide vertigo, 1 kişide ise parestezi atakları idi.

Araştırmacılar, çift kör olarak sodyum laktat ve sodyum klorid (plasebo) infüzyonu uyguladıkları bu 11 hastanın tümünde de sodyum laktata olumlu, plaseboya olumsuz yanıt aldıklarını bildirmişler; daha sonra standart anti-panik tedaviye (klonezapam ve imipramin) alınan hastaların semptomlarında % 75 iyileşme olduğunu bildirmişlerdir.

Yazarlar bu bulguların, panik bozukluğunun bir alt-tipi olarak, korkusuz panik bozukluğu tanısının varlığını ve geçerliliğini desteklediğini, bu gruba yeterli dikkatin yöneltilmemesi sonucunda panik bozukluğu prevalansının olduğundan az bulunduğunu ve başarılı tedavi potansiyelinin ihmal edildiğini öne sürmüşlerdir.

Bu hastaların en büyük şanssızlıkları uzun süre psikiyatri dışı tıp alanlarında zaman kaybettikten sonra ulaştıkları psikiyatride de çoğu zaman konversiyon, somatizasyon ve hipokondriyazis gibi tanılarla tedavi edilmeleridir.

Bu çalışmada olgu sayısının azlığı, anti-panik tedavinin standart ve çift-kör olmayışı gibi eksikliklere bizzat araştırmayı yapanlar dikkati çekmektedir. Korkusuz panik bozukluğuna ilişkin çok daha ayrıntılı yapılandırılmış çalışmalara gereksinim duyulduğu açıktır.

UYKU (NOCTURNAL) PANİK BOZUKLUĞU

Panik bozukluk olgularında uykunun bir yerinde panik atağıyla dehşet içinde uyanmak hiç de seyrek görülmeyen bir durumdur. Mellman ve Uhde'nin (18) DSM-III-R tanı ölçütlerine göre panik bozukluğu tanısı konulan 45 hasta ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların % 69'unun en az bir kez, % 33'ünün ise tekrarlayıcı uyku panik atakları geçirdikleri saptanmıştır.

Panik bozukluk olgularındaki uyku panik atak prevalansını Mizobe ve ark. (21) % 23.8, Alfonso ve Fernandez (22) ise % 40 olarak bildirmişlerdir. Bizim de henüz yayınlanmamış bir çalışmamızda 81 panik olgusunun 14'ünde (% 17.3) tekrarlayıcı uyku panik atakları bulunmuştur. İlginç olan, 14 nocturnal panik olgusunun 12'sinde ilk panik atakları uyku panik atağı olarak başlamış olmasıdır.

Uyku panik ataklarının görüldüğü panik bozukluğu olguları, gerek panik tetikleyiciler gerekse klinik semptomatoloji ve prognoz açısından klasik panik bozukluğundan farklılıklar göstermektedirler. Uyku panik olgularında en sık görülen semptomlar dispne, sıcak basması ve bunu izleyen çarpıntıdır. Klasik panik olgularına oranla uyku panik olgularında klinik daha ciddi, daha ağır, günboyu atak sıklığı daha fazla ve somatik duyular daha yoğundur (18,22-25).

Uyku panik bozukluğu ile depresyon arasındaki ilişki dikkati çekmektedir. Çünkü klasik panik bozukluğuna göre uyku panik olgularının geçmiş öykülerinde ve halen depresyona daha sık rastlanmaktadır (18,22).

Melman ve Uhde, panik atak tetikleyicileri yönünden klasik panik bozukluğu ile yaptıkları karşılaştırmada, relaksasyon ve uyku deprivasyonunun uyku panik ataklarında klasik panik ataklarına göre daha fazla rol oynadığını saptamışlardır (18).

Uyku bozukluklarının bütün tipleri uyku paniklerinde klasik paniklere göre daha sıktır. Bu hastalarda, başlangıçta sadece uykuya dalma güçlüğü varken; uykuda gelen panikler tekrarladıkça giderek, adeta klasik paniklerdeki agorafobinin bir analogu olarak uykuya dalma korkusu gelişir (18). Bu hastalar tek başlarına yatağa gitmekten, yalnız yatmaktan ve uykuya dalmaktan korkarlar (26). Uyku panik bozukluğunda korku ve kaçınma davranışı uykuya odaklanmış olmasına karşı, klasik paniklerdeki ölüm korkusu, çıldırma korkusu ve kontrolünü kaybetme korkusu gibi kognitif semptomların bu bozukluklarda daha seyrek olduğu bildirilmektedir (18).

Uyku panik bozukluğunun etyolojisinin klasik panik bozukluğundan farklı olup olmadığı konusunda yeterli bilgi bulunmamıştır. Obstrüktif uyku apnesinin uyku panik atağı belirtilerine yol açabileceği belirtilirken (27); olgu sayısının çok az olduğu bir çalışmada (28), uyku panik bozukluğu olularında hafif bir solunum bozukluğu olduğu bildirilmiştir.

Literatürdeki uyku panik bozukluğu çalışmalarının çoğunluğuna imzasını atan Craske ve Barlow, nocturnal panik ataklarında solunumsal yanıtın rolünü araştırmak amacıyla yaptıkları bir çalışmada (29), kronik hiperventilasyon ölçümleri ve karbondioksit duyarlılık açısından uyku panik bozukluğu ile klasik panik bozukluğu arasında anlamlı bir fark bulmamışlardır.

Ayırıcı tanıda üzerinde önemle durulması gerekenler: Epilepsi, uyku apnesi, uyku terörü (pavor nocturna) ve rüya anksiyete bozukluğu (nightmare) olmalıdır. Bu yönden uyku panik bozukluğunda ayrıntılı uyku EEG'si çok fazla önem kazanmıştır. Uykuda gelen panikler uykunun non-REM fazında ve tipik olarak erken delta uykusuna geçişte ortaya çıkmaktadır (18).

Hauri ve ark. (23) 24 panik bozukluk olgusunu sağlıklı kontroller ile uyku paterni bakımından karşılaştırdıkları çalışmasında, uyku panik bozukluğu olgularında sağlıklı kontrollere göre hafif uzamış uyku latensi ve daha düşük uyku kalitesi, uykunun 2. fazında daha fazla beden hareketi saptanmış ve uyku sırasında dokuz hastada ortaya çıkan uyku panik ataklarının altısının, uykunun 2. fazından 3. fazına geçiş sırasında ortaya çıktığı belirtilmiştir.

Uyku apnesi: Uyku sırasında 10 saniyeyi aşan solunum durması epizodlarıdır. Bir saatte en az 5 epizod ya da bir gecede en az 30 epizod tanı koydurucudur. Ciddi olgularda bu sayı 300'ü aşmaktadır. Nedeni merkezi (CO₂ artması, O₂ azalması) veya obstrüktiftir (dil, bademcik vb. ile solunum yolunun tıkanması). Bu kişilerde gece sık uyanma ve gündüz uyuklama söz konusudur. Enerji azlığı, başağrısı, dikkat dağınıklığı görülür. Şişmanlık ve hipertansiyon predispozan etkenlerdir. Açıklanamayan ani ölümlerin önemli nedenlerinden birisidir. Aritmi ve kan basıncında değişiklikler görülür. Alkol ve diğer depresanlar zararlıdır. Uyku apnesi, uyku panik ataklarından farklı olarak uykunun REM döneminde ortaya çıkar.

Uyku terörü: Daha çok çocuklarda görülür, çocuk gece uykudan dehşet içinde uyanır. Uykuya daldıktan 30-200 dk sonra başlar, uykunun non-REM döneminde oluşur. Delta aktivitesi hakimdir, 1-10 dk sürer. Çocukta terleme, pupil dilatasyonu, piloereksiyon, hızlı solunum, hızlı nabız, ajitasyon vardır. Ancak konfüzyon ve amnezi içindedir, hiçbir şey hatırlamaz. Ergenlik döneminde çoğu zaman kaybolur. Nöroleptik ve antidepressanlar epizodları artırır.

Rüya anksiyete bozukluğu: Kişinin korkulu bir rüya görek dehkşet içinde uyanması ile karakterize bir bozukluktur. Oysa uyku panik ataklarının rüya ile bir ilişkisi yoktur. Rüya anksiyete bozukluğundan bu yönüyle, çoğu zaman da iyi bir anamnez ile ayrılabilir.

Literatürdeki korkusuz panik bozukluğu ve uyku panik bozukluğuna ilişkin veriler, panik bozukluğunun tek tip bir bozukluk olmaktan çok; birçok alt tipin bulunduğu heterojen bir durum olduğunu göstermektedir. Bu ve diğer alt tiplerin klinik, tedavi olanakları ve prognoz açısından daha kapsamlı, sistematik çalışmalara gereksinim duyduğu da açıktır.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. DSM. Ed 3, Washington, DC, APA 1980.
2. American Psychiatric Association. DSM. Ed 3, Rev, Washington DC, APA 1987.
3. American Psychiatric Association. DSM. Ed 4. Washington, DC, APA 1994.
4. Aronson TA, Logue CM: Phenomenology of panic attacks: a descriptive study of panic disorder patients self-reports. J Clin Psychiatry 49:8-13, 1988.
5. Cox BJ, Swinson RP, Endler NS, Norton GR: The symptom

- structure of panic attacks. *Compr Psychiatry* 35:349-53, 1994.
6. Barlow DH, Vermilyea J, Blanchard EB, Vermilyea BB, et al: The phenomenon of panic. *J Abnorm Psychol* 94:320-28, 1985.
 7. Margraf J, Taylor CB, Ehlers A, Roth WT, Agras WS: Panic attacks in the natural environment. *J Nerv Ment Dis* 175:558-65, 1987.
 8. Starcevic V, Kellner R, Unlenhuth EH, Pathak D: The phenomenology of panic attacks in panic disorder with and without agoraphobia. *Compr Psychiatry* 34:36-41, 1993.
 9. Arygle N: The nature of cognitions in panic disorder. *Behav Res Ther* 26:261-64, 1988.
 10. Cassano GB, Petracca A, Perugi G, Toni C, Tundo A, Roth M: Derealiations and panic attacks: a clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/agoraphobia. *Compr Psychiatry* 30:5-12, 1989.
 11. Lelliot P, Bass C: Symptom specificity in patients with panic. *Br J Psychiatry* 157:593-97, 1990.
 12. Kenardy J, Evans L, Oei TPS: The latent structure of anxiety symptoms in anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 149:1058-61, 1992.
 13. Ley R: The many faces of Pan: psychological and physiological differences among three types of panic attacks. *Behav Res Ther* 30:347-58, 1992.
 14. Rachman S, Lopatka C, Levitt K: Experimental analyses of panic II: panic patients. *Behav Res Ther* 26:33-40, 1988.
 15. Jones BA: Panic attacks with panic masked by alexithymia. *Psychosom Med* 25:858-59, 1984.
 16. Rosenbaum JF: Limited-symptom panic attacks. *Psychosom Med* 28:407-12, 1987.
 17. Russel JL, Kushner MG, Beitman BD, Bartels KM: Non-fearful panic disorder in neurology patients validated by lactact challenge. *Am J Psychiatry* 148:361-64, 1991.
 18. Mellman TA, Uhde TW: Sleep panic attacks: new clinical findings and theoretical implications. *Am J Psychiatry* 146:1204-7, 1989.
 19. Beitman BD, Basha I, Flaker G, et al: Non-fearful panic disorder: panic attacks without fear. *Behav Res Ther* 25:487-92, 1987.
 20. Beitman BD, Kushner MG, Lamberti JW, et al: Panic disorder without fear in patients with angiographically normal coronary arteries. *J Nerv Ment Dis* 178:307-12, 1990.
 21. Mizobe Y, Yamada K, Fujii I: The sequence of panic symptoms. *Jpn J Psychiatry Neurol* 3:597-601, 1992.
 22. Alfonso SS, Suarez S, Fernandez VF: Nocturnal distress crisis in agoraphobics. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 2:51-5, 1994.
 23. Hauri PJ, Friedman M, Ravaris CL: Sleep in patients with spontaneous panic attacks. *Sleep* 4:323-37, 1989.
 24. Craske MG, Barlow DH: Nocturnal panic. *J Nerv Ment Dis* 3:160-67, 1989.
 25. Beurs E, Garssen B, Buikhuissen M, Lange A, Van-Balköm A, Van Dyck R: Continuous monitoring of panic. *Acta Psychiatr Scand* 1:38-45, 1994.
 26. Lepola U, Koponen H, Leinonen E: Sleep in panic disorders. *J Psychosom Res* 38(Suppl 1):105-11, 1994.
 27. Edlung MJ, McNamara ME, Millman RP: Sleep annea and panic attacks. *Compr Psychiatry* 2:130-32, 1991.
 28. Stein MB, Millar TW, Larsen DK, Kryger M: Irregular breathing during sleep in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 152:1168-73, 1995.
 29. Craske MG, Barlow DH: Nocturnal panic: response to hyperventilation and carbon dioxide challenges. *J Abnorm Psychol* 3:302-7, 1990.