



Dr. Füsün Ersoy\*, Dr. Taner Edirne\*\*, Dr. Timur F. Oğuz\*\*\*

Anksiyete bozuklukları genel popülasyonda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Bunlar, temel sorunun patolojik anksiyete olduğu ve bunun sonucunda düşünce, davranış ve fizyolojik aktivitelerin de etkilendiği bir grup rahatsızlıktır. Agorafobi ya da agorafobisiz panik bozukluğu (panik atağı ya da panik atak), yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi), obsesif kompulsif bozukluk ve posttravmatik stres bozukluğu, bu grubu oluşturan hastalıklardır.

## 1- Agorafobi ya da Agorafobisiz Panik Bozukluğu:

Panik bozukluğu kronik, sekel bırakma potansiyeli olan ve birinci basamakta sık karşılaşılan psikiyatrik bir bozukluktur. Beklenmeyen iki ya da daha çok sayıda panik atak ve bunları izleyen yeni ataklar oluşacağı sabit fikrinin ya da panik ataklardan sakınmaya yönelik davranış değişikliklerinin ortaya çıkmasıyla karakterizedir. Panik ataklar Tablo 1'de özetlenen çok sayıda fiziksel ve

bilişsel belirtinin eşlik ettiği yoğun korku, endişe ve rahatsızlık duygusu ile karakterize epizodlardır. Belirtiler aniden ortaya çıkar ve 10-15 dakika içinde maksimum yoğunluğa ulaşır. Epizodlar ender olarak 30 dakikadan fazla sürebilir. Bu epizodları panik atak olarak tanımlayabilmek için, başka bir hastalık sonucunda, ilaç ya da madde bağımlılığı nedeniyle ya da başka bir psikiyatrik bozukluğa bağlı olarak oluşmamış olması gerekir (Tablo 2).

Panik atak yaşam boyu görülme sıklığı erişkinlerde %2-4 olarak bildirilmekte ve kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Hastaların yarısında agorafobi de bulunmaktadır. Bu olgularda hastalar panik atak oluştuğunda yardım istemenin ya da kaçışın olanaklı olamayacağı yerlerde bulunmaktan kaçınırlar. Böyle durumlarda belirtiler o kadar ciddi olabilir ki hasta yaralanabilir. Hastalar panik atak geleceğini önceden tahmin edemez; araba kullanırken ya da metroda, otobüste giderken atak oluşması sık karşılaşılan bir durumdur. Hastalık genellikle geç adolesan dönem ile orta yaş erişkin dönemde başlar, 50 yaşından sonra görülme sıklığı azalır. Erken başlayan olgularda komorbidite (eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalık), kronikleşme ve sekel bırakma riski daha fazladır. Panik bozukluğu olan hastaların %55 ile 65'i yaşamında en az bir kez depresyon atağı geçirmiştir, %20-30'u alkolik ya da madde bağımlılığı tanısı almıştır, yaklaşık

**Tablo 1.** Panik atakta sık görülen belirtiler.

Otonom Kardiyopulmoner	Terleme, titreme, sıcak basması Göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, taşikardi
Gastrointestinal	Boğazı düğümlenmiş gibi hissetme, yutkunamama, bulantı
Nörolojik Psikiyatrik	Baş dönmesi, pareteziler, tremor Depersonalizasyon, derealizasyon, yoğun korku ve endişe

**Tablo 2.** DSM IV'e göre agorafobili panik bozukluğu tanı ölçütleri.

- A- 1 ve 2 birlikte bulunmalı:
- 1- Beklenmeyen yineleyici panik atakları
  - 2- Aşağıdaki durumlardan en az birinin, herhangi bir atağın sonrasında en az bir ay süreyle görülmüş olması:
    - a) Sürekli olarak yeni atak geçireceği korkusu duymak,
    - b) Ataklar sırasında ya da sonucunda kontrolünü kaybedeceği, kalp krizi geçireceği, delireceği gibi endişeler taşımak,
    - c) Ataklarla ilişkili olarak belirgin davranış değişiklikleri oluşması,
- B- Agorafobi bulunması
- C- Panik atakların bir ilaç, madde ya da tedavinin direkt fizyolojik etkisi ya da bir başka hastalığın (hipertiroidi gibi) sonucunda oluşmamış olması
- D- Panik atakların, sosyal fobi (örneğin korku oluşturan sosyal olaylarla karşılaşınca), spesifik fobi (örneğin spesifik bir fobik duruma maruz kalınca), obsesif kompulsif bozukluk (örneğin kontamine olma obsesyonu olan bir kişinin kirlenmesi durumunda), posttravmatik stres bozukluğu (örneğin ağır stres oluşturan bir uyarıya karşı yanıt olarak) ya da aylık anksiyetesi (evden ya da yakınlarından ayrılmaya yanıt olarak) gibi başka bir mental bozukluk nedeniyle oluşmamış olması

\*Doç.; Kırıkkale Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, Kırıkkale

\*\*Uzm.; Kırıkkale Devlet Hastanesi Aile Hekimliği AD, Kırıkkale

\*\*\*Uzm.; Toronto Psikanaliz Enstitüsü Psikiyatri AD, Kanada

## Kaynaklar

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM IV) Washington, DC: 1994; 411-7.
  - 2- Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. Am J Psychiatry 1994;151:413-20.
  - 3- Marshall JR. Alcohol and substance abuse in panic disorder. J Clin Psychiatry 1997; 58 (suppl 2): 46-9
  - 4- Gorman J. Recent developments in understanding panic disorder leading to improved treatment strategies. Primary Psychiatry 1996; 3:31-8.
  - 5- Roy-Byrne PP, Stein MB, Russo J. Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization and treatment. J Clin Psychiatry 1999; 60:492-9.
  - 6- Liebowitz Mr. Panic disorder as a chronic illness. J Clin Psychiatry 1997; 58(suppl 13):5-8
  - 7- Nutt DJ. Antidepressants in panic disorder: clinical and preclinical mechanisms. J Clin Psychiatry 1998; 59 (suppl 8): 24-8
  - 8- Saeed SA, Bruce TJ. Panic disorder: effective treatment options. Am Fam Physician 1998;57:2405-12
  - 9- Mavissakalian MR, Perel JM. Imipramine treatment of panic disorder with agoraphobia. J Psychiatry 1995; 152:673-82.
  - 10- Schweizer E, Rickels K. Strategies for treatment of generalized anxiety in the primary care setting. J Clin Psychiatry 1997;58 (suppl 3): 76-80.
- \*FDA: Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)

%20'si de en az bir kez suisid (öz kıyım) girişiminde bulunmuştur.

## Ayırıcı Tanı

Hastalar hekime genellikle atağa eşlik eden somatik belirtiler nedeniyle gider. Bu belirtiler kardiyopulmoner, gastrointestinal ve nörolojik hastalıkların belirtilerini taklit ettiği için ne yazık ki çoğu kez tanı konamaz ya da atlanır. Bu hastalarda koroner arter hastalığı, mitral valv prolapsusu, hipoglisemi, tiroid disfonksiyonu, astım ve parsiyel kompleks nöbetlerin dışlanması gerekir. Ayrıca çok sayıda ilaç kullanılması, bitkisel kaynaklı tedaviler ve ilaçlar, kafein, alkol panik atak belirtilerini ortaya çıkarabilir ya da şiddetlendirebilir. Dikkatli bir öykü alma ve fizik inceleme ile uygun laboratuvar testlerinin yapılması, altta yatan organik bir hastalığın belirlenmesi için gereklidir.

## Tedavi Yaklaşımı

Panik bozukluğunun tedavisi danışmanlık, kognitif (bilişsel) davranışçı tedavi ve ilaç tedavisinden oluşur. Hastalık kronik olduğundan hastalar, "tedavi rejimine ara vermeden uzun süre uymaları gerektiği" konusunda uyarılmalıdır.

## Bilişsel Davranışçı Tedavi

Bilişsel davranışçı tedavi tek başına ya da ilaç tedavisiyle birlikte uygulanabilir. Bu tedavide hastanın panik ataklarını ortaya çıkaran durumlara karşı duyarsızlaştırılmasına (desensitizasyon) ve belirtilerle baş etme becerilerini kazandırmaya yönelik egzersizler söz konusudur. Sistemik desensitizasyon özellikle aile ve hekimin desteğinde yürütüldüğünde etkili olmaktadır. Fobik durumlarla karşı karşıya kalma (yüzleşme) konusunda hasta yöreklendirilmelidir. Aile üyeleri sıklıkla hastanın agorafobik korkularına uyum sağlar, bu nedenle başarılı bir tedavi aile dinamiklerini değiştirebilir. Bilişsel yeniden yapılandırma girişimleri, özellikle hastanın panik ataklar sırasındaki düşünme süreci üzerinde yoğunlaşmalıdır. Tek başına bilişsel davranışçı tedaviye yanıt oranlarının %60'a dek çıktığı bildirilmektedir.

## İlaç Tedavisi

Panik bozukluk tedavisinde kullanılan dört grup ilaç vardır. Bunların hepsi etkilidir, ancak hepsinin komorbidite durumlarındaki etkinliği, yan etkileri açısından güvenilirliği ve tolere edilebilirliği de farklıdır. Genel olarak ilaç tedavisinin panik bozukluğu olan hastaların

büyük çoğunluğunda etkili olduğu, ancak yineleme riskini en aza indirmek için tedaviye en az 12 ay sürdürülmesi gerektiği bildirilmektedir.

Seçici "serotonin gerilim inhibitörleri" (SSRI), özellikle depresyonu da olan ve özkıyım risk etmenleri taşıyan hastalarda etkinliği ve düşük yan etki profili ile ilk tercih edilecek ilaçlardır. Tedavinin ikinci haftasından başlayarak panik atakların sıklık ve şiddetinde azalma görülür. Bu gruptaki tüm ilaçların atak görülme sıklığı üzerinde %80 iyileştirici etki yaptığı belirtilmektedir. Agorafobisi olan ya da olmayan kadın ya da erkek hastalarda SSRI grubu ilaçların etkinliği gösterilmiştir. Halen yalnızca sertralin (Lustral, Serdep, Seralin) ve paroksetin (Seroxat) panik bozukluk tedavisinde kullanım için FDA (Food and Drug Administration; Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) onayı almış durumdadır. Farmakokinetik özellikler hastadan hastaya değiştiğinden bir ajana yanıt vermeyen hastalarda aynı gruptan başka bir ajan denenebilir. Bulantı, diyare, uykusuzluk ve cinsel işlev bozukluğu gibi yan etkileri görülebilir. Başlangıçta titrasyon sırasında özellikle fluoksetin kullanımında ajitasyon oluşabilir. Panik bozukluğunda kullanılan ilaçların başlangıç ve tedavi dozları Tablo 3'te verilmiştir.

Eğer tedavi etkili olmuş ve panik ataklar 12-18 ayın sonunda elimine edilmişse, daha sonraki 4-6 ay içinde doz azaltılmasına geçilebilir. Bununla birlikte süren belirtiler varsa, hastada komorbid psikiyatrik durumun belirtileri bulunuyorsa, geçirilmiş bir alevlenme öyküsü varsa, önemli bir stres ile karşılaşma söz konusuysa ya da alevlenme olacağı yolunda bir düşünce varsa, SSRI grubu ilaçlara devam edilebilir.

Son zamanlara kadar trisiklik antidepresanlar panik bozukluğunda ilk tercih edilen ilaçlardı. Bu grupta bulunan imipraminin (Tofranil) 50-300 mg/gün, nortriptilinin (Türkiye'de yok) 25-150 mg/gün ve desipramin (Türkiye'de yok) 25-300 mg/gün dozda etkinliği gösterilmiştir. Bunların en önemli dezavantajları ortostatik hipotansiyon ve direkt kardiyak etkileri nedeniyle yüksek dozlarda öldürücü aritmilere yol açma potansiyellerinin olmasıdır. Bunların göreceli olarak yavaş başlayan etkileri vardır ve doz titrasyonu sırasında başlangıçta anksiyeteyi daha da kötüleştirebilirler.

**Tablo 3.**Panik bozukluğunda kullanılan ilaçlar\*

Selektif serotonin reuptake inhibitörleri (SSRI)	Başlangıç dozu	Önerilen doz
Sitalopram (Cipram)	10 mg	20-60mg/gün
Fluoksetine (Prozac)	5-10mg qd	20-80 mg/gün
Fluvoxamin (Faverin)	20-50mg qd	50-300mg/gün
Paroxetin (Seroxate)	10 mg qd	40-60mg/gün
Sertraline (Lustral)	25mg qd	50-200mg/gün
Benzodiazepinler		
Alprazolam(Xanax)	0.25-0.5mg tid	2-10mg/gün
Klonazepam(Rivotril)	0.25mg bid	1-4mg/gün
Monoamin oksidase inhibitörleri (MAOI)		
Moklobemid (Aurorix)	300-600 mg/gün	
Fenelzin (Türkiye'de yok)	15 mg bid	60-90mg/gün
Trisiklik antidepresanlar (TCA)		
Desipramin (Türkiye'de yok)	10 mg qd	25-300mg/gün
İmipramin (Tofranil)	10mg qd	50-300mg/gün
Nortriptilin (Türkiye'de yok)	10mg qd	25-150mg/gün
Amitriptilin (Laroxyl)		75-300 mg/gün
Clomipramin (Anafranil)		75-300 mg/gün

\* bid: günde iki kez, tid: günde üç kez, qd: günde dört kez

Monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) panik bozukluğu tedavisinde yıllardır başarıyla kullanılmaktadır. Türkiye'de moklobemid (Aurorix) bulunmakta ve 300-600 mg/gün dozlarda önerilmektedir. Türkiye'de bulunmayan, ancak yurt dışında en çok kullanılan ajanlar fenelzin ve tranilsipromindir. Son yıllarda bu ajanların kullanımıyla birlikte daha güvenli ve etkili bir "ilk seçenek tedavi" uygulanması olanağı doğmuştur. MAOI kullanılırken hipertansif atakların oluşumunu önlemek için tirozin içermeyen diyetle sıkı şekilde uyulması gerekir, ayrıca bunlar ciddi

ilaç etkileşimlerine yol açabilir. Ortostatik hipotansiyon, uykusuzluk, kilo artışı ve cinsel fonksiyon bozukluğu gibi yan etkileri vardır. Fenelzin önerilen başlangıç dozu 15 mg tid olup yavaş yavaş doz artırılarak en düşük günlük toplam doz olan 60-90 mg'a çıkılabilir.

Panik bozukluğu tedavisinde benzodiazepinler de etkilidir, genellikle iyi tolere edilir ve etkisini hızlı gösterir. Bununla birlikte alkolle alındığında onun etkilerini potansiyalize etmeleri ve bağımlılık yapma potansiyelleri yüzünden tedavideki kullanımları, daha uygun başka bir ajan maksimum etkinlik düzeyine ulaşana kadar geçen sürede acil tedavi gerektiren akut olgularla sınırlı kalmaktadır. Hem alprazolam (Xanax) 0.25-0.50 mg tid'den başlayıp 10 mg/gün lük maksimum doza çıkana dek, hem de klonazepam (Rivotril) 0.25 mg bid'den başlayıp 4 mg/gün'e ulaşan maksimum dozlarda panik bozukluğu tedavisi için kullanımda FDA onayı almıştır.

Benzodiazepinler sedasyon, koordinasyon güçlüğü ve hafızada zayıflamaya yol açabilir. Dozlar arasında rebound anksiyete şeklinde kendini gösteren çekilme belirtileri oluşabilir. Genç erişkinlerde bu ilaçlar kısa etkili olabilirken, yaşlılarda etki süresi uzayabilir, bu açıdan dikkatli olmak gerekir.

Panik bozukluğu olan hastalar birinci basamakta izlenebilir ancak; ilk ya da ikinci seçenek ilaçlara yanıt vermeyen, aynı zamanda madde bağımlılığı olan ya da aktif özkiyim riski taşıyan hastalar uzmana sevk edilmelidir.



Fotoğraf:  
"Yaşlı Teyze"  
Dr. Nihat  
Küçükarslan,  
Tekirdağ,  
TTB-STED  
Fotoğraf  
Yarışması  
2002'den.