

Panik Bozukluğunda Güvenlik Sağlama Davranışlarının Medikal Sonuçları: Polidipsi ve Tip 2 Diabetes Mellitus



Emel KURT¹, Özer KARABAŞ², Neşe YORGUNER³
Axel WURZ⁴, Volkan TOPÇUOĞLU⁵

ÖZET

Panik bozukluğu, bilişsel kurama göre aslında tehlikesiz bir uyarının 'felaketeleştirici' şekilde yorumlanmasıyla ortaya çıkan tekrarlayan panik ataklarının görüldüğü bir anksiyete bozukluğudur. Panik atağı sırasında kişi tehlikeli saydığı bu durumdan kurtulmak ya da karşılaşmayı engellemek için işlevsel olmayan tutum ve davranışlar sergilemektedir. İşlevsel olmayan tutum ve davranışlar kaçma, kaçınma ve güvenlik sağlama davranışlarıdır (GSD).

Bilişsel davranışçı terapi modeline göre, GSD'nin gerçekçi olmayan inanışları sürdürücü etkisi vardır. Panik bozukluğunda işlevsel olmayan tutum ve davranışlar hastalığı sürdürücü etki göstermenin yanında hastaların yaşamını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu yazıda birincil tanısı panik bozukluğu olan, GSD'nin bir sonucu olarak psikojenik polidipsi (PP) ve tip 2 diabetes mellitus (DM) gelişen bir olgu sunulmuştur. Literatürde panik bozukluğunda GSD sonucunda PP ve DM gelişen bir olguya rastlanmamıştır. Major depresyonun Tip 2 DM açısından risk oluşturduğu kabul edilirken panik bozukluğunda da riskin artabileceği bildirilmektedir. Bu olguda panik bozukluğun bilişsel davranışçı terapi ile tedavisi sonucunda PP ve Tip 2 DM'nin düzeldiği görülmüştür. Psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülen tıbbi hastalıkların gelişiminde GSD'nin rolü olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Panik bozukluğu, psikojenik polidipsi, tip 2 diabetes mellitus

SUMMARY

Deleterious Results of Safety Seeking Behaviours in Panic Disorder: Polydipsia and Diabetes Mellitus Type 2

Panic disorder is an anxiety disorder that involves recurrent panic attacks, which emerge when a harmless stimulus is interpreted as "catastrophic". In an attempt to avoid the panic attack or prevent confrontation, the patient exhibits a dysfunctional attitude and behavior, such as evasion and safety-seeking behavior (SSB). Dysfunctional behavior leads to an increase in the recurrence of panic attacks and affects the patient's life in a negative way. According to the cognitive behavioral therapy model, SSB contributes to the continuation of unrealistic beliefs (e.g. physical experiences) regarding and prevents the patient from grasping new information that may potentially contradict the unrealistic cognitions. In this paper, we present a case with a primary diagnosis of panic disorder. Interestingly, this patient developed diabetes mellitus (DM) type 2 and psychogenic polydipsia (PPD) as a consequence of his SSB.

PPD is a common occurrence in patients with psychiatric disorders, especially in schizophrenia. Up to now, no case of a panic disorder with either DM or PPD has been reported in the literature. While it is accepted that major depression poses a risk for DM type 2, panic disorder may also increase this risk. Treatment of the panic disorder with cognitive behavioral therapy (CBT) resulted in improvement of PPD and DM type 2. In conclusion, the role of SSB in medical disorders accompanied by psychiatric disorders should be kept in mind when treating these patients.

Keywords: Panic disorder, psychogenic polydipsia, type 2 diabetes mellitus

Geliş Tarihi: 8.8.2014 - **Kabul Tarihi:** 02.06.2015

¹Uzm., Medicana International İstanbul Hastanesi Psikiyatri Bölümü, İstanbul. ^{2,3}Asis., ⁴Uzm., ⁵Prof., Psikiyatri AD., Marmara Üniv. Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Dr. Emel Kurt, e-posta: emelbuyrazkurt@gmail.com

doi: 10.5080/u11201

GİRİŞ

Panik bozukluğu (PB), ataklar sırasında toplam 13 belirtiden en az dördünün yaşandığı; yineleyici ve beklenmedik panik ataklarla tanımlanan bir anksiyete bozukluğudur. PB'ye ataklar dışında, beklenti anksiyetesi ve/veya ataklara bağlı ciddi ve uyumu bozucu davranış değişiklikleri eşlik eder (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013). Bilişsel kurama göre anksiyete, bilginin yanlış şekilde işlenmesi sonucu kişinin güvenliğine yönelik tehlike ya da tehdit algılamasının bir sonucudur (Salkovskis ve ark. 1996). Panik atağı, aslında tehlikesiz bir uyarının 'felaketleştirici' biçimde yanlış yorumlanmasıyla ortaya çıkar (Austin ve Richards 2001). Anksiyete belirtileri, normal bedensel duyumlar ve fizyolojik aktivitedeki olağan değişimler, felaketleştirici biçimde yanlış yorumlanarak sıklıkla kalp krizi geçirerek ölmek, kontrolünü kaybetmek ya da çıldırmakla ilişkilendirilir. Sonuçta, anksiyetenin daha da artmasıyla birlikte panik atağı ortaya çıkar (Wells 1997). Anksiyeteyi sürdüren iki önemli faktörden birinin olumsuz otomatik düşünceler, diğerinin işlevsel olmayan tutum ve davranışlar olduğu kabul edilmektedir. PB'de işlevsel olmayan tutum ve davranışlar bedensel duyumları tarama, kaçma, kaçınma ve güvenlik sağlama davranışlarıdır (GSD). Örneğin PB hastasının baş dönmesi olduğunda 'düşeceğim' düşüncesi ile bir yere oturması ya da birine tutunması GSD olarak tanımlanabilir (Salkovskis ve ark. 1999). GSD, korkulan durumu engellemek için yapılan davranışlardır; ancak aynı zamanda korkulan durumun gerçekleşmediğinin görülmesine de engel olarak yanlış inanışların sürmesine yol açarlar (Gangemi ve ark. 2012). Bu yazıda bir PB olgusunda GSD'nin tıbbi hastalıkların ortaya çıkmasına etkisi tartışılacaktır. Bay Y. 35 yaşında, ortaokul mezunu, evli, iki çocuk sahibi, çiftçi. Hasta dahiliye polikliniğine aşırı yemek yeme ve su içme şikayetleriyle başvurmuştu. Çok su içme ve gün boyu sık aralıklarla yemek yeme yakınmaları 7 yıldır devam ediyordu ve bu sürede 38 kilo almıştı. Son 1 yıldır tip 2 diabetes mellitus (DM) tanısıyla takip edildiği ve antidiyabetik ilaç tedavisi aldığı öğrenildi. Hasta diabetes insipitüs (DI) ön tanısıyla dahiliye kliniğine yatırılmıştı. DI ayırıcı tanısı için yapılan sıvı kısıtlama testinin ardından, DI dışlanmış ve psikojenik polidipsi (PP) tanısı konulmuştu. Yapılan görüşmede hastaya yaklaşık 5 yıl önce PB tanısı konduğu ve o zamandan beri tedavi gördüğü öğrenildi. Hasta ilk kez 7 yıl önce bir uçak yolcuğu sırasında çarpıntı, ağız kuruluğu, nefes darlığı, terleme ve boğulma hissinin eşlik ettiği bir panik atağı geçirmiş ve o sırada ölüm korkusu yaşamıştı; belirtilerini o gün oruç tutması nedeniyle aç ve susuz kalmış olmasına bağlamış ve bu ataktan sonra aç ve susuz kalabileceği yerlerden kaçınma davranışı geliştirmişti. Hasta daha sonra yanında ekmek ve su bulundurmaksızın herhangi bir yere gitmemeye başlamış; son bir yılda bir günde tükettiği su miktarı 7 litreye ve yediği ekmek miktarı 12 adete çıkmıştı. Hasta yiyecek ve su ihtiyacı olduğunda durduramayacağı ya da yönlendiremeyeceği için uçak ve toplu taşıma araçlarıyla yapılan seyahatlerden kaçınıyor ve tüm yolculuklarını ticari araçlarla yapıyordu. Görüşme sırasında hastanın yanında 5 litrelik su ve bir ekmek

taşıdığı; ara sıra su içtiği izlendi. Ruhsal durum muayenesinde, hasta orta boylu ve fazla kiloluydu; duygudurumunun disforik ve anksiyöz, duygulanımının duyguduruma uygun olduğu, algı bozukluğu bulunmadığı, düşünce sürecinin doğal ve düşünce içeriğinde tıbbi hastalığı ile ilgili kaygılarının olduğu belirlendi. Hastalık öncesi 77 kilo (normal kiloda) olduğu ancak 7 yılda 109 kiloya çıktığı anlaşıldı. Hastanın PB nedeni ile fluoksetin 40 mg/gün ve aripiprazol 5 mg/gün kullandığı öğrenildi. Hastanın almakta olduğu tedavi kesilerek paroksetin 20 mg/gün başlandı. Hastaya ilaç tedavisi yanında bilişsel davranışçı terapi (BDT) uygulanması kararlaştırıldı. Öncelikle hastaya PB ve sağaltımı hakkında bilgi verildi.

Hastayla felaketleştirici yorumları, bedensel duyumları, GSD ve kaçma-kaçınmaları kavramsallaştırıldı. Ardından, kaçma-kaçınma davranışları ve GSD'nin engellendiği alıştırmaya ödevleri planlandı ve uygulamaya geçildi. Hastaya felaketleştirici yorumlarına alternatif düşünceler geliştirmesi öğretildi. Bilişsel çarpıtmaların, kaçma-kaçınmaların ve GSD'nin engellendiği alıştırmaya ödevlerinin ardından değiştiği gözlemlendi. Hastanın çok yemek yeme ve sık su içme şeklindeki GSD'nin engellenmesi, dolaylı olarak PP'nin tedavisinde önerilen sıvı kısıtlaması ve DM tedavisinde önemli yeri olan diyet düzenlemesini sağladı ve bu hastalıklarının tedavisine katkı sağlanmış oldu. Hasta 5. seanstan sonra tedavisine yaşadığı ilde devam etmek istedi. Kliniğimizde uygulanan tedaviden 1,5 yıl sonra, hastada GSD'nin ortadan kalktığı; günlük su ve yiyecek tüketiminin normal sınırlara gerilediği; kan şekerinin kontrol altında olduğu ve antidiyabetik ilaç kullanmadığı; PB açısından remisyonunda olduğu öğrenildi.

TARTIŞMA

Bu PB olgusunda GSD'nin, PP'ye yol açtığı ve hiperfaji ile kilo artışına yol açarak tip 2 DM gelişimi için önemli bir risk faktörü oluşturduğu düşünülmüştür. Yiyecekleri son kullanma tarihinden önce tüketmek, önemli bir sunum öncesinde belgeleri yeniden gözden geçirmek, araçlarda emniyet kemeri takmak şeklindeki GSD'ler gündelik yaşamın bir parçasıdır (Rachman ve ark. 2008). GSD'nin başta PB olmak üzere obsesif kompulsif bozuklukta ve sosyal fobide sağlıklı kontrollerden daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Gangemi ve ark. 2012). PB'de GSD anksiyetenin sürmesine neden olarak iyileşmeyi engellemektedir. Bir çalışmada 18 agorafobili PB hastası iki gruba ayrılarak bir gruba GSD'ye müdahale edilmeksizin alıştırmaya ödevleri uygulanmış; diğer gruba ise GSD'nin engellendiği alıştırmaya ödevleri uygulanmıştır. GSD'nin engellendiği grupta anlamlı şekilde daha iyi tedavi sonuçları alınmıştır (Salkovskis ve ark. 1999).

PP, çok sıvı alımı ve çok idrara çıkma yakınmalarına yol açan, idrar dansitesinde düşme görülen, sıvı kısıtlama testinde idrar dansitesinin artmasıyla nefrojenik diabetes insipitustan ayrımı yapılan bir bozukluktur. PP'nin aşırı sıvı alımının bir sonucu

olarak hipotalamopitüiter aksta fonksiyon bozukluğuyla ortaya çıktığı düşünülmektedir. PP, psikiyatrik bozukluklarda sık görülen ancak çoğunlukla tanınamayan bir klinik sendromdur (Kaya ve ark. 2000). En sık şizofreni hastalarında olmak üzere psikiyatrik hastalıklarda %6-20 oranında görüldüğü bildirilmiştir (Dundas ve ark. 2007). PP şizofreni dışında, otizm, mental retardasyon, duygudurum bozuklukları, anoreksiya nervosa, alkol bağımlılığı ve obsesif kompulsif bozuklukta da bildirilmiştir (Altındağ ve ark. 2004, Westermeyer ve Lee 2010, Duraiswamy ve ark. 2011, Kohli ve ark. 2011, Ceyhan Dirican ve ark. 2005, Korkmaz ve ark. 2010).

Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 353 hastada yapılan bir araştırmada polidipsi prevalansı %12,92 olarak saptanmış; polidipsisi olan hastalarla polidipsisi olmayan hastalar karşılaştırıldığında, gruplar arasında şizofreni, mental retardasyon ve yaygın gelişimsel bozukluk açısından anlamlı fark saptanmış; duygudurum bozuklukları ve kişilik bozukluklarında ise farklılık bulunmamıştır (Mercier-Guidez ve Loas 2000). PP bazı olgularda stresle ilişkilendirilmektedir (Kohli ve ark. 2011, Özgün ve ark. 2002). Stresin Atriyal Natriüretik Peptid inhibisyonuna yol açarak polidipsiye yol açabileceği savunulmuştur (Özgün ve ark. 2002). PP'nin tanınması, su intoksikasyonu ile hiponatremik ensefalopatiye yol açabileceğinden önemlidir (De Leon ve ark. 1996). Bir olgu sunumunda su intoksikasyonuna bağlı koma tablosu ile başvuran genç bir kadın hastada, PP teşhisi konulduğu ve yapılan değerlendirmede herhangi bir ruhsal hastalığa rastlanmadığı ancak aşırı sıvı alımının Çin gelenekleri ile ilişkili olarak 'sakin' olma amacı taşıdığı bildirilmiştir (Lee ve ark. 1989). Literatürde primer tanısı panik bozukluğu olan bir PP olgusuna rastlanmamıştır ancak primer tanısı major depresyon olan ve panik ataklarının major depresyona eşlik ettiği bir PP vakası yayımlanmıştır (Kohli ve ark. 2011). PP'nin tedavisinde hiponatreminin tedavisi esas olmakla birlikte hastanın aldığı sıvının kısıtlanması önerilmektedir (Thomas ve ark.

2001). Bu vakada GSD'nin engellenmesi ile sıvı kısıtlanması sağlanmış olup PP tedavisi sağlanmıştır.

Literatürde Tip 2 DM ile PB'nin birlikteliğini inceleyen çalışmaların sayısı sınırlıdır. Tayvan'da yapılan bir çalışmada 3672 panik bozukluğu hastasında eşanılar incelenmiş ve diyabet riskinin kontrollere göre artmış olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada panik bozukluğunda diyabet riskinde artış saptanmış, ancak en belirgin risk artışının kardiyovasküler hastalıklarda görüldüğü belirlenmiştir (Chen ve Lin 2011). DM'si olan 508 hastanın 18 ay boyunca izlendiği bir çalışmada PB riski kontrollere göre %85 daha fazla bulunmuştur; bu çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu riskindeki artış %123, major depresyon riskindeki artış ise %60'tır (Fisher ve ark 2008). DM tanılı 4385 hastada yapılan bir araştırmada, yakın dönemde panik epizodları görülme oranı %4,4 olarak saptanmış; olguların %54,5'inin aynı zamanda major depresyon tanısı aldıkları anlaşılmıştır. Panik epizodu HbA1C yüksekliği, diyabet belirtilerinde ve komplikasyonlarında artış, düşük yaşam kalitesi ve maluliyet gelişimiyle ilişkili bulunmuştur (Ludman ve ark 2006). Bildirdiğimiz PB olgusunda hastanın GSD olarak hiperfajiye başvurduğu; bunun kilo artışına yol açtığı ve kilo artışının da Tip 2 DM gelişimi açısından önemli bir risk faktörü oluşturduğu düşünülebilir.

Öte yandan, Tip 2 DM'de tedavi başarısında hastalıkla ilgili bilgilendirilmenin yanında diyet, egzersiz ve kilo vermenin de etkili olduğu bilinmektedir (Albright ve ark 2001). Hastanın PB'sinin BDT modeline uygun olarak tedavisinde GSD'lerin engellenmesinin gelişmiş olan diyabetin tedavisine olumlu katkı sağladığını söylemek de mümkündür.

Panik bozukluğuna tıbbi hastalıkların eşlik ettiği durumlarda, hekimlerin tıbbi hastalıkların ortaya çıkışında GSD'nin rolü olabileceğini ve GSD'nin engellenmesinin tedaviyi olumlu etkileyebileceğini akılda tutmaları uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

- Albright TL, Parchman M, Burge SK ve ark. (2001) Predictors of Self-care Behavior in Adults With Type 2 Diabetes: An RRNeST Study. *Fam Med* 33:354-360.
- Altındağ A, Yanık M, Nebioğlu M (2004) Bipolar Bozuklukta Psikojenik Polidipsi: Bir Olgu Sunumu. *Klinik Psikofarmakol Bulteni* 14:79-82.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, (Çev. Ed.: E. Köroğlu). HekimlerYayın Birliği, Ankara, 2013.
- Austin DW, Richards JC (2001) The catastrophic misinterpretation model of panic disorder. *Behav Res Ther* 39:1277-91.
- Ceyhan Dirican A, Altunkaynak Y, Çelik S ve ark. (2005) Psikojenik polidipsinin neden olduğu bir hiponatremik ensefalopati olgusu. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 36:221-223.
- Chen Y-H, Lin H (2011) Patterns of psychiatric and physical comorbidities associated with panic disorder in a nationwide population-based study in Taiwan. *Acta Psychiatr Scand* 123:55-61.

- De Leon J, Dadvand M, Canuso C ve ark. (1996) Polydipsia and water intoxication in a long-term psychiatric hospital. *Biol Psychiatry* 40:28-34.
- Dundas B, Harris M, Narasimhan M (2007) Psychogenic Polydipsia Review: Etiology, Differential, and Treatment. *Curr Psychiatry Rep* 9:236-241.
- Duraiswamy K, Rao NP, Venkatasubramanian G ve ark. (2011) Psychogenic polydipsia in bipolar affective disorder - a case report. *Gen Hosp Psychiatry* 33:84.e9-10.
- Fisher L, Skaff MM, Mullan JT ve ark. (2008) A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with Type 2 diabetes. *Diabet Med* 25:1096-1101.
- Gangemi A, Mancini F, Van den Hout M (2012) Behavior as information: "If I avoid, then there must be a danger". *J Behav Ther Exp Psychiatry* 43: 1032-8.
- Kaya B, Ünal S, Çetinarslan B (2000) Psikojenik Aşırı Su İçme: Bir olgu sunumu. *Anadolu Psikiyatri Derg* 1:107-114.
- Kohli A, Verma S Jr, Sharma A Jr (2011) Psychogenic Polydipsia. *Indian J Psychiatry* 53: :166-7.

- Korkmaz S, Kulođlu M, Bahçeci B ve ark. (2012) Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Psikojenik Polidipsi Birlikteliđi Olan Bir Borderline Erotomani Olgusu. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 32:271–275.
- Lee S, Chow CC, Koo LCL (1989) Altered State of Consciousness in a Compulsive Water Drinker. Br J Psychiatry 154:556-558.
- Ludman E, Katon W, Russo J ve ark. (2006) Panic episodes among patients with diabetes. Gen Hosp Psychiatry 28:475-481.
- Mercier-Guidez E, Loas G (2000) Polydipsia and water intoxication in 353 psychiatricinpatients: an epidemiological and psychopathological study. Eur Psychiatry 15:306–11.
- Özgün F, Ertemir M, Ceylan ME ve ark. (2002) Stres ve polidipsi. Klinik Psikofarmakol Bulteni 12:86-88.
- Rachman S, Radomsky AS, Shafraan R (2008) Safety behaviour: A reconsideration. Behav. Res Ther 46:163-173.
- Salkovskis PM, Clark DM, Gelder MG (1996) Cognition-behaviour links in the persistence of panic. Behav Res Ther 34 (5–6):453–458.
- Salkovskis PM, Clark DM, Hackmann A ve ark. (1999) An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. Behav Res Ther 37:559–574.
- Thomas JL, Howe J, Gaudet A ve ark. (2001) Behavioral treatment of chronic psychogenic polydipsia with hyponatremia: a unique case of polydipsia in a primary care patient with intractable hiccups. J Behav Ther Exp Psychiatry 32:241–50.
- Wells A (1997) Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. First edition. Chichester, Birleşik Krallık: Wiley, s. 100-102.
- Westermeyer J, Lee K (2010) Psychogenic polydipsia in an opiate addict with bipolar II: A case report. J Addict Med 4:246–9.