

Çarpıntılı Hastaya Psikiyatrik Bakış

The Psychiatric View of the Patient with Palpitations

Osman Yıldırım

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Bolu

Özet

Çarpıntı birinci basamakta sık karşılaşılan bir belirtidir. Çarpıntılı hastaların çoğunluğunda çarpıntının nedeni bir hastalıktan çok psikiyatrik bir bozukluktur. Çarpıntı ile en sık ilişkili olan psikiyatrik bozukluk grubu kaygı bozuklarıdır. Ayrıca duygudurum bozukluklarına, somatoform bozukluklara ve psikotik bozukluklara sahip hastalarda da çarpıntı yakınmasına daha fazla rastlanır. Bu makalede çarpıntılı hastaya psikiyatrik bakış açısı tartışılacaktır.

Abstract

Palpitations are the frequently reported symptoms in primary settings. Underlying reason of palpitations in many patients is a psychiatric disorder rather than a physical illness. Anxiety disorders are the most frequently seen psychiatric disorder in patients with palpitations. Patients with mood disorders, somatoform disorders, or psychotic disorders also exhibit increased levels of palpitations. This review, psychiatric view of palpitations will be discussed.

Anahtar Kelimeler: Çarpıntı, psikiyatri.

Keywords: Palpitations, psychiatry.

Giriş

Birinci basamak hekimlerine başvuran her 1000 hastadan yaklaşık 18'inin ana yakınması çarpıntıdır (1). Çarpıntı, göğüs ağrısı ile birlikte kalp hastalıkları ile en sık ilişkili olan yakınmalardandır. Çarpıntının tanımı hastalarca farklı şekilde yapılabilmektedir. Kalbin çok hızlı atması, eksik bir kalp atımı hissedilmesi ve göğüste kanat çırpılma hissi bunlardan bazılarıdır (2).

Bu yakınmalar birçok ciddi kalp hastalığının belirtisi olabildiği için, bu yakınmalarla başvuran hastalarda hekimlerin ana hedefi, belirtileri açıklayabilecek, tıbbi patolojilerin var olup olmadığını tespit etmektir. Ancak hem birinci basamağa hem de kardiyoloji hekimlerine bu yakınmalarla başvuran hastaların büyük kısmında herhangi bir tıbbi bozukluk tespit edilmemektedir (3,4). Bir üniversite hastanesine çarpıntı yakınması ile başvuran 190 hastanın bir yıl boyunca izlendiği bir çalışmada, hastaların %47'sinde çarpıntıya neden olabilecek herhangi bir tıbbi patoloji saptanmamıştır. Aynı çalışmada hastaların sadece %43'ünde etiyolojik faktör olarak bir kalp hastalığı tespit edilmiştir (5).

Çarpıntı yakınması ile başvuran hastalarda göz önünde bulundurulması gereken ilk hususlar dikkatli öykü alınması ve ayrıntılı fizik muayene yapılmasıdır. Hastaya mutlaka elektrokardiyog-

rafi tetkiki yapılmalıdır. Bununla birlikte tam kan sayımı tetkiki, elektrolit, kalsiyum ve açlık kan şekeri düzeyleri değerlendirilmeli, karaciğer fonksiyon testlerine ve tiroid hormon düzeylerine bakılmalı ve gerekli görülürse ilaç taraması yapılmalıdır. Özellikle çarpıntıya eşlik eden diğer belirtiler de sorgulanarak çarpıntıya neden olabilecek kardiyak ve kardiyak olmayan hastalıklar hakkında fikir sahibi olunabilir. Belirtileri arasında çarpıntının önemli bir yer işgal ettiği tıbbi bozukluklar Tablo 1'de sıralanmıştır. Ana yakınması çarpıntı olan hastaların büyük kısmında altta yatan etkenin psikiyatrik bozukluklar olduğu ortaya konmuştur (5). Çarpıntıyla en sık ilişkili olan psikiyatrik bozukluk grubu kaygı bozukluklarıdır (13).

Ancak depresyon, stres ve kişilik özellikleri gibi başka psikolojik etkenler de süregelen çarpıntı ile ilişkili olabilmektedir. Yazının bundan sonraki kısmında çarpıntı ile ilişkili olabilecek ruh sağlığı bozuklukları, alt başlıklar halinde değerlendirilecektir.

Kaygı Bozuklukları

Çarpıntı yakınmasının en sık görüldüğü psikiyatrik hastalık panik bozukluktur (14). Hem Amerikan Psikiyatri Topluluğu tarafından hazırlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel

İletişim Bilgisi / Correspondence

Yard. Doç. Dr. Osman Yıldırım, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Bolu

E-mail: drosman74@hotmail.com

Tel: +90 374 253 46 56

Geliş tarihi / Received: 12.03.2013

Kabul tarihi / Accepted: 18.04.2013

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / None



tiksel Kılavuzu'nda (DSM-IV) hem de Uluslararası Hastalık Sınıflaması'nın 10. tanı kodlama sisteminde (ICD-10), panik atak tanı ölçütleri arasında çarpıntı bulunmaktadır. Panik bozukluk, beklenmedik anlarda kendiliğinden oluşan panik ataklarla karakterizedir. Yeni bir atak geçirmekten korkma ve atağın belirtileri veya sonuçları (kendini kaybetme, kalp krizi geçirme, vb.) ile ilgili aşırı kaygı duyma halinin uzun süre devam etmesi durumudur.

Barsky ve ark. (15), 145 çarpıntılı hastayı inceledikleri çalışmalarında hastaların %27.6'sının yaşam boyu panik bozukluk, %18.6'sının ise mevcut (bir aylık) panik bozukluk tanı ölçütlerini karşıladıklarını bulmuşlardır. Ayrıca panik bozukluğu olan hastaların belirtilerini daha abartılı ifade ettiklerini ve somatizasyon ve hipokondriasis ölçeklerinden de daha yüksek puan aldıklarını ifade etmişlerdir. Panik bozukluk hastalarının en sık dile getirdikleri yakınma çarpıntıdır (16,17). Örneğin Calbring ve ark.(18), İsveçli panik bozukluk hastalarında çarpıntının %87 oranında görüldüğünü ve en sık belirtilen yakınma olduğunu bulmuşlardır. Diğer kaygı bozukluklarının da çarpıntı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Deneysel bir çalışmada, 33 yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) hastası ile 33 sağlıklı gönüllüye tehdit içeren kelimeler gösterilmiş ve YAB grubunda kalp atım hızında artış görülürken, sağlıklı grubun kalp atım hızının yavaşladığı saptanmıştır (19). Fobik bozukluk hastalarına korkulan nesne gösterildiğinde kalp atım hızında belirgin artış olduğu tespit edilmiştir (20). Travma sonrası stres bozukluğu hastalarında da benzer şekilde travma ile ilişkili yazı okunduğunda çarpıntı hissi ve EKG ile doğrulanmış kalp atım hızında anlamlı artış olduğu gözlenmiştir (21).

Kaygı bozukluklarına sahip hastalarda çarpıntı yakınmasına sıkça rastlandığı gibi, tanısı kesin olarak konmuş aritmi hastalarında da anksiyete belirtileri ve anksiyete yakınmaları genel topluma göre daha sık görülmektedir (22). 240 paroksizmal atrial fibrilasyon hastasının incelendiği bir çalışmada, hastaların %29.5'inin DSM-IV agorafobi tanı ölçütlerini karşıladığı tespit edilmiştir ki bu oran genel toplumda görülen yaygınlığa göre oldukça yüksektir (23). Buna göre kaygıya bağlı çarpıntı oluşabildiği gibi, çarpıntıya bağlı kaygı da gelişebilmektedir.

Bazı hekimler çarpıntı şikayeti ile başvuran hastalarda yeterli araştırma yapmadan, acele ile kaygı bozukluğu teşhisi koyarak hastaları yanlış tedavi yöntemlerine maruz bırakabilmektedir. Ancak çarpıntıya kaygı eşlik etmiş olsa bile ana neden tıbbi bir patoloji olabilir. Bir çalışmada (24), çarpıntı yakınması ile gelen ve panik atak teşhisi koyulan hastaların %54'ünde ileri incelemede paroksizmal supraventriküler taşikardi saptanmış ve psikiyatri dışı hekimlerin özellikle kadın hastalarda çarpıntı şikayeti kaygı bozukluğu lehine yorumlama eğiliminde olduğu ortaya konmuştur.

Duygudurum Bozuklukları

Depresif bozukluk hastalarının hekime başvuru yakınmaları, çoğunlukla psikolojik değil somatik belirtiler olmaktadır. Bunlar arasında baş ağrısı, bel ağrısı, göğüs ağrısı, nefes darlığı ve yorgunluk en sık ifade edilenler arasındadır. Kalp çarpıntısı da depresif hastaların sıkça dile getirdikleri fiziksel yakınmalardan biridir (25). Barsky ve arkadaşları (14) , çarpıntı yakınması için başvuran ve 24 saatlik EKG tetkiki yapılan 145 hastayı inceledikleri çalışmalarında hastaların yaşam boyu major depresyon yaygınlığının %20,8 olduğunu bulmuşlardır. Norveçli 6436 katılımcının incelendiği toplum tabanlı başka bir çalışmada (26), katılımcı erkeklerin %15'inde ve kadınların %25'inde çarpıntı yakınmasının mevcut olduğu bulunmuş, regresyon analizi sonucunda depresyon varlığının çarpıntı yakınması varlığı için en önemli bağımsız belirleyicilerden biri olduğu tespit edilmiştir. Bipolar bozukluğun manik hecme evresinde de artmış enerji artışı ve hareketlilikle birlikte hastalar sıkça çarpıntı yakınmasından da bahsetmektedir. Panik atak ve manik hecme arasında yakın ilişki olduğu yönünde iddialar da bulunmaktadır (27).

Somatiform Bozukluklar

Somatizasyon, psikolojik temel üzerinde gelişen, organik nedeni açıklanamayan fiziksel yakınmaları ifade eder (28,29). Birinci basamak hekim başvurularının %30 ila %80'inde psikosomatik kaynaklı bir neden olduğu düşünülmektedir (30-32). Çarpıntı da somatizasyon belirtilerinden biridir (10). Çarpıntı yakınması ile başvuran hastaların genel topluma göre



daha fazla somatize etme eğiliminde ve daha çok hipokondriak oldukları ileri sürülmüştür (33). Jonsbu ve ark (34) göğüs ağrısı ve çarpıntı nedeniyle kardioloji polikliniğine başvuran 198 hastayı inceledikleri çalışmalarında somatoform bozukluk yaygınlığını %14 olarak tespit etmişlerdir.

Psikotik Bozukluklar

Psikotik bozuklukların alevlenme döneminde sanrılara ve halusinasyonlara bağlı korku, heyecan oluşabilir ve bu belirtiler semptomatik aktivasyona neden olabilir. Psikotik atak ile acil servise başvuran hastalarda fizik muayenede taşikardi tespit edilmesi sıkça karşılaşılan bir durumdur. Hastalar öznel olarak çarpıntı hissinden bahsedebilirler. Şizofreni ve panik bozukluk arasında sıkı bir ilişki olduğu ve şizofreni hastalarında panik atak geçirme sıklığının %24 ile %63 oranlarında görülebileceği belirtilmiştir (35). Panik ataklar ile paranoya arasında biyolojik bir alaka olduğu ve paranoid tip şizofreni hastalarının, psikotik ataklarını panik ataklar gibi yaşadıkları öne sürülmüştür (36). Literatürde geçirilen ilk panik atak sonrası sanrısız bozukluk geliştiren bir vaka da bildirilmiştir (37).

Kaynaklar

1. Zwietering PJ, Knottnerus A, Gorgels T, Rinkens P. Occurrence of arrhythmias in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1996; 14: 244-250.
2. Zimetbaum P, Josephson ME. Evaluation of patients with palpitations. *N Engl J Med* 1998; 338: 1369-1373.
3. Mayou R, Bryant B, Forfar C, Clark D. Non-cardiac chest pain and benign palpitations in the cardiac clinic. *Br Heart J* 1994; 72: 548-553.
4. Kroenke K, Arrington ME, Mangelsdorff AD. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. *Arch Intern Med*. 1990; 150: 1685-1689.
5. Weber BE, Kapoor WN. Evaluation and outcomes of patients with palpitations. *Am J Med* 1996; 100: 138-148.
6. Abbott AV. Diagnostic approach to palpitations. *Am Fam Physician* 2005; 71: 743-750.
7. Thavendiranathan P, Bagai A, Khoo C, Dorian P, Choudhry NK. Does this patient with palpitations have a cardiac arrhythmia? *JAMA* 2009; 302: 2135-2143.

Panik bozukluk ve psikoz arasındaki bu yakın ilişki, özellikle acil servislere çarpıntı yakınması ile başvuran hastalarda sanrı ve halusinasyon varlığının da sorgulanması gerektiğini düşündürmektedir.

Sonuç

Çarpıntı yakınması birinci basamak ve acil servis başvuruları arasında önemli bir sıklıkta görülmektedir. Bu yakınma ile başvuran hastaların çoğunda çarpıntının nedeni fiziksel bir hastalıktan daha çok psikiyatrik bir bozukluk olmaktadır. Çarpıntıyı açıklayacak fiziksel hastalık mevcut olduğunda bile psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği durumlarda hissedilen ve ifade edilen çarpıntı şiddeti de artıyor görünmektedir. Çarpıntı yakınması ile başvuran hastalarda çarpıntıya neden olabilecek tüm tıbbi nedenler dışlandıktan sonra ayrıntılı ruhsal durum muayenesi ile psikiyatrik bir bozukluğun taranması ve uygun tedavi modalitesine karar verilmesi gereksiz ileri tetkiklerin ve hastanın yaşam kalitesinin bozulmasının önüne geçilmesi açısından oldukça önemlidir.

8. Keeler ER, Morris RK, Patolia DS, Toy EC. The evaluation and management of palpitations. *Prim Care Update Ob Gyns* 2002; 9: 199-205.
9. Delacrétaç E. Clinical practice. Supraventricular tachycardia. *N Engl J Med* 2006; 354: 1039-1051.
10. Barsky AJ, Delamater BA, Clancy SA, Antman EM, Ahern DK. Somatized psychiatric disorder presenting as palpitations. *Arch Intern Med* 1996; 156: 1102-1108.
11. Zimetbaum P, Josephson ME. Evaluation of patients with palpitations. *N Engl J Med* 1998; 338: 1369-1373.
12. Roden DM. Clinical practice. Long-QT syndrome. *N Engl J Med* 2008; 358: 169-176.
13. Chignon JM, Lepine JP, Ades J. Panic disorder in cardiac outpatients. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 780-785.
14. Barsky AJ, Cleary PD, Coeytaux RR, Ruskin JN. Psychiatric disorders in medical outpatients complaining of palpitations. *J Gen Intern Med* 1994; 9: 306-313.
15. Barsky AJ, Cleary PD, Sarnie MK, Ruskin JN. Panic disorder, palpitations, and the awareness of cardiac activity. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 63-71.



- 16.Asnaani A, Gutner CA, Hinton DE, Hofmann SG. Panic disorder, panic attacks and panic attack symptoms across race-ethnic groups: results of the collaborative psychiatric epidemiology studies. *CNS Neurosci Ther* 2009; 15:249-254.
- 17.Schruers KRJ, van de Mortel H, Overbeek T, Griez E. Symptom profiles of natural and laboratory panic attacks. *Acta Neuropsychiatrica* 2004; 16: 101-106.
- 18.Carlbring P, Gustafsson H, Ekselius L, Andersson G. 12-month prevalence of panic disorder with or without agoraphobia in the Swedish general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 207-211.
- 19.Thayer JF, Friedman BH, Borkovec TD, Johnsen BH, Molina S. Phasic heart period reactions to cued threat and nonthreat stimuli in generalized anxiety disorder. *Psychophysiology* 2000; 37: 361-368.
- 20.Fredrikson M. Orienting and defensive reactions to phobias and conditioned fear stimuli in phobics and normals. *Psychophysiology* 1981; 18: 456-465.
- 21.Sack M, Hopper JW, Lamprecht F. Low respiratory sinus arrhythmia and prolonged psychophysiological arousal in posttraumatic stress disorder: Heart rate dynamics and individual differences in arousal regulation. *Biol Psychiatry* 2004; 55: 284-290.
- 22.Jönsson P. Respiratory sinus arrhythmia as a function of state anxiety in healthy individuals. *Int J Psychophysiol.* 2007; 63: 48-54.
- 23.Suzuki S, Kasanuki H. The influences of psychosocial aspects and anxiety symptoms on quality of life of patients with arrhythmia: investigation in paroxysmal atrial fibrillation. *Int J Behav Med* 2004; 11: 104-109.
- 24.Lessmeier TJ, Gamperling D, Johnson-Liddon V, Fromm BS, Steinman RT, Meissner MD, Lehmann MH. Unrecognized paroxysmal supraventricular tachycardia. Potential for misdiagnosis as panic disorder. *Arch Intern Med* 1997; 157: 537-543.
- 25.Hirschfeld RM. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2001; 3: 244-254.
- 26.Løchen ML, Rasmussen K. Palpitations and lifestyle: impact of depression and self-rated health. The Nordland Health Study. *Scand J Soc Med* 1996; 24: 140-4.
- 27.MacKinnon DF, Zamoiski R. Panic comorbidity with bipolar disorder: what is the manic-panic connection? *Bipolar Disord* 2006; 8: 648-664.
- 28.Barsky AJ. Patients who amplify bodily sensations. *Ann Intern Med* 1979; 91-63.
- 29.Ford CV. *The Somatizing Disorders, Illness as a Way of Life.* New York: Elsevier Biomedical, 1983.
- 30.Stoeckle JD, Zola IK, Davidson GE. The quantity and significance of psychological distress in medical patients. *J Chronic Dis* 1964; 17: 959.
- 31.Katon W, Ries RK, Kleinman AM. The prevalence of somatization in primary care. *Compr Psychiatry* 1984; 25: 208-214.
- 32.Hilkevitch A. Psychiatric disturbance in outpatients of a general medical outpatient clinic. *Int J Neuropsychiatry* 1965; 1: 372-375.
- 33.Barsky AJ, Cleary PD, Coeytaux RR, Ruskin JN. The clinical course of palpitations in medical outpatients. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1782-1788.
- 34.Jonsbu E, Dammen T, Morken G, Lied A, Vik-Mo H, Martinsen EW. Cardiac and psychiatric diagnoses among patients referred for chest pain and palpitations. *Scand Cardiovasc J* 2009; 43: 256-259.
- 35.Bermanzohn PC, Porto L, Arlow PB, Pollack S, Stronger R, Siris SG. Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: a clinical study of co-occurring syndromes. *Schizophr Bull* 2000; 26: 517-525.
- 36.Bermanzohn PC, Arlow PB, Albert C, Siris SG. Relationship of panic attacks to paranoia. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1469.
- 37.Gupta N, Kulhara P. Co-occurrence of panic attacks in delusional disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 55 :653.

