

# Psikiyatrik Tıp Açısından Astım

Dr. Füsun ERDENEN (1)

## ÖZET

*Bu yazıda astım hastalığının kişinin ruhsal durumuna ve sosyal ilişkilerine; psikolojik durumunun hastalığın seyrine etkileri, antiastmatik, anksiyolitik ve antidepresan ilaçların hastalıklar üzerindeki etkisi ve tedavide eğitimin rolü gözden geçirilecektir.*

**Anahtar Kelimeler:** Astım, Psikiyatri.

## SUMMARY

***Asthma from the psychiatric view of medicine.***

*In this article the effects of asthma on psychological status and social relationship of the asthmatic patient, the effects of mood on asthma, the role of antiasthmatic, anxiolytic, antidepressant drugs on the illness and the importance of patient education have been reviewed.*

**Key Words:** Asthma, psychiatry.

## GİRİŞ

Astım tekrarlayıcı havayolu obstüksiyonu ile karakterize kronik bir hastalık olup endüstrilemiş ülkelerde görülme sıklığı giderek artmaktadır. Okul ve işgücü kayıplarının en önemli nedenlerinden biridir. Ayrıca sosyal ilişkileri bozabilir, hayat kalitesini olumsuz yönde etkiler (1). Astım erişkin ve çocukların %5-10 kadarını etkileyen kronik bir hastalıktır. Kronik hastalıkların ruhsal bozukluklara yol açtığı, ruhsal sorunların da bedensel yakınmalarla ifade edilebileceği bilinmektedir. Astım ve psikiyatrik sorunlar birlikte bulunduğu veya somatizasyonun katkısı düşünülmediğinde hastalar gereksiz yere araştırılır, hastanede yatış süreleri uzar, ayrıca iki hastalık için uygulanan tedaviler birbirini etkiler. İşte bu nedenlerle astımlı hastaların tüm kronik hastalıklar için uygulanan tedaviler birbirini etkiler. İşte bu nedenlerle astımlı hastaların tüm kronik hastalıklar gibi ruhsal açıdan da ele alınmaları gerekir (2, 3).

Solunum sistemi ile psişik durum arasında yakın

bir etkileşim vardır. Metabolik faktörlerin beyin işlevini etkilemesi yanında hastalığın etiyolojisi, evresi, komplikasyonları, kişinin yaşı ve kişisel yapısı gibi pek çok faktöre bağlı olarak psikiyatrik bozukluklar gelişebilir (4). Astımla birlikte yaşamak sıkıntı, kaygı, panik ve depresyona yol açar. Astım negatif duygulara yol açtığı gibi stres ve duygu durum bozuklukları da astımı etkileyebilir (1).

Astım kronik, yani kalıcı bozukluklar gösteren, uzun süre kontrol ve bakım gerektiren bir hastalıktır. Bu nedenle gerek çocuk gerek erişkin astımlıların kendileri ve ailelerinin sosyal ve duygusal yaşantısını etkilemektedir.

Astımlı çocukların aileleri önce korku, çaresizlik ve ardından inkar, kendini suçlama duyguları yaşar. Sonunda hastalığı kabullenir. Astımlı çocuğun beslenme, fiziksel aktivite ve sosyal ilişkilerinin azaltılması aile içi problemlere yol açar. Psikolojik problemler ve hastalığın alevlenmeleri okul başarısını azaltır. Bebeklikte aile ilişkilerindeki bozulma astımın sebebi değil sonucu gibi görülmektedir. Çocuklarda yaşıyla uyumsuz çocuksu davranışlar, çevreye uyumsuzluk; velilerde ise aşırı koruyucu davranışlar gözlenir. Bu bağımlı çocukların bireyselleşmesi de güç olmaktadır (4, 5, 6).

Erişkin astımlılarda da benzer şekilde ev düzenindeki yeni uygulamalar, sosyal yaşantıdaki kısıtlamalar, zorunlu çevre ve iş değişiklikleri aile içinde gerginliğe neden olur. Uzun süreli medikal tedavi ve ataklar yüzünden fiziksel aktivitelerin sınırlanması

sorunları arttırır. Kronik hastalığın yarattığı engellenme ve güçlükler kişinin çevre ilişkilerini, bedensel algısını, özbeğeni ve cinsel işlevi bozar. Seksüel ilişki ile tetiklenen astım vakalarında her iki eşte de sorunlar görülebilir (4, 7).

Astımlılara özel bir kişilik yapısı bildirilmemiş olmakla beraber bunların genellikle hislerini kolay ifade etmeyen, çekingen, duyarlı obsesyoneel yapıda insanlar oldukları iddia edilmiştir. Astımlı çocukların ailelerinin de daha agresif, endişeli, mükemmeliyetçi, depresif, kaygılı kişiler oldukları gözlenmiştir. Kişilik özellikleri hastalığın algılanmasında, hastalığa karşı tepki, tedaviyi kabullenme ve tedavi uyumunda etkilidir (4, 8).

Hastaların üçte birinde anksiyete gözlenmektedir. Halbuki normal populasyonda oranlar % 2-5 dolaylarındadır. Ayrıca farklı çalışmalarda değişen oranlarda panik atakları, fobik reaksiyonlar ve depresyon görülmektedir. Hafif astımlılar sağlıklı kontrol gruplarına benzerken tedaviye uyumsuz, adaptif kişilikleri az, psikolojik problemleri olan astımlılarda ve kimsesizlerde ağır astım daha fazla görülür (9, 10, 11, 12, 13).

Isenberg ve arkadaşlarına göre astımlıların beşte birinde emosyonel uyarılara karşı havayolu obstrüksiyonu gelişir. Birçok araştırmacıya göre stres hastalığın belirleyicisi olmamakla beraber astımda rol oynar. Dispne her zaman objektif olarak havayolu obstrüksiyonu ile birlikte olmadığı gibi dispne duyumunun korelmesine bağlı olarak bu his olmadan hava yolu darlığı bulunabilir. Korku, kaygı, kızgınlık ve depresyonun astımı etkilediği konusunda birçok bilgi olduğu halde olumlu heyecanların etkisi pek bulunmamıştır. Ruh hali ile PEF değişkenliği ve metakolin duyarlılığı gibi objektif astım parametreleri ile ilişkisiz bulunmuştur. Ancak depresyon ve anksiyete halleri ile PEF takibi ve kan gazları arasında korelasyonlar da gösterilmiştir. Sosyoekonomik durumu bozuk olan kişiler hemen hemen daime astım ataklarının sıkıntı ve üzüntüden sonra ortaya çıktığını belirtmektedirler. Adolesanlar tarafından %27-40 oranlarında astım alevlenmeleri ve stres arasında ilişki kurulmuştur. Anneler astımlı çocuklarında beş dakika ağlama ardından wheezing ve öksürük ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Emosyonel durum immunolojik reaksiyonları da etkilemektedir. Stres ile sempatik sistem uyarısı, inflamasyonda rol oynayan sitokinlerin artışı, doğal öldürücü hücrelerde artış olmaktadır (1, 4, 14).

Hastalarda semptomları ve hastalığı inkar etme, kendiliğinden tedaviyi değiştirme ya da kesme, medikal ve psikiyatrik desteği reddetme gibi davranış kusurları sıklıkla görülür. Ayrıca kişiler idare edici ve

zorlayıcı davranış biçimleri ile kendisinin ve çevresindekilerin hayat tarzını etkileyebilir (14). Hastaların çoğunda görülen inkar fenomeni bir savunma mekanizması olarak çoğu zaman yararlı olmakta ve kişinin kendini daha iyi hissederek astımla baş edebilmesini sağlamaktadır. Ancak bu yolla karşılaşılabilecek potansiyel zararlar gözardı edilmemelidir. Kişi dispnenin ataktan değil de kaygıdan kaynaklandığını düşünürse tehlikeli olabilir. Tersine hiperventilasyon ve panik yanlış yorumlanarak astımın ağırlaştığı düşünülürse hasta gereksiz yere ilaçlarını arttırarak huzursuz ve ajite hale gelebilir. Bu nedenle kişilerin lüzum halinde kullanacakları ilaçları PEF takibi ile objektif ölçümlere dayandırmaları öğretilmelidir. (15, 16)

Hastaların çoğunda gözlenen anksiyete hafif derecelerde yararlı olabilir. Ancak ileri derece kaygılı hastaların tedavileri zordur. Astımlı kişilerde korkulan uyarı ve tetikleyiciden kaçınma oyle uygunsuz bir şekilde abartılabilir ki; artık korku, hiperventilasyon, panik bir kısır döngü yaratabilir. Bu durum gerek hasta gerek ailesi için çok rahatsız edici bir hal alabilir. Aşırı kaygılı hastalara kendi kendine yönetim (self-management) programları uygun değildir. (1, 14, 15)

Hem astım hem de depresyonda kolinerjik duyarlılık artmıştır. Negatif duygu durum hali kolinerjik yani konstrüktif; pozitiflik ise sempatik havayolu cevabı ile birlikte. Köpeklerde amitriptilin infüzyonu ile kısa süreli bronş dilatasyonu ve pulmoner rezistansta azalma görülebilir. Bu etki serotonine bağlı bronkoobstrüksiyonun azalması ile açıklanabilir. Astım ölümleri ile depresyon arasında çarpıcı bir ilişki gözlenmektedir. Bu nedenle depresif hastalar özel bir risk taşımaktadır. Eğer depresif hasta solunum fonksiyonları açısından stabil ise acil unitelerine başvurmayı gerektirecek ataklar gözlenmez. Ancak ileri derecede emosyonel stresler ile hayati ataklar ortaya çıkabilir (1, 14, 17, 18).

Psikolojik durum kişinin hastalığını değerlendirmesini etkileyerek kayıt hatalarını yol açabilir. Bu yüzden hasta takip formlarına semptomların yanında, hayat kalitesini ve ruhsal durumunu da değerlendiren sorular eklenmelidir (19, 20, 21).

Astım tedavisinde kullanılan ilaçların noropatolojik etkileri drogun düzenli kullanımı açısından sorunlar yaratır. Bu etkiler geç başlayabilir, ilaçların kesilmesine rağmen devam edebilir. Ayrıca davranış ve huy üzerindeki değişiklikler kronik hastalığa mı yoksa ilaca mı bağlı sorusuna cevap vermek her zaman kolay değildir. Bu konudaki veriler daha çok hastaların ifadelerine dayanmakta olup subjektif ve yetersiz olabilir (22).

İlaçlarla ilgili birçok çalışma olup bu konu astım tedavisinde kullanılan ilaçların nöropsikiyatrik etkileri ve ruhsal hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçların solunum sistemine etkileri olmak üzere iki bölümde incelenebilir.

Uzerinde en çok çalışılmış ilaçlardan biri olan Teofilin'in hafıza azalması, motor beceride, dikkat ve okul adaptasyonunda gerilemeye yol açabileceği bildirilmiştir. Veliler teofilin kullanan çocuklarında huzursuzluk ve hiperreaktivite olduğunu söylemektedirler. Ancak çift-kör çalışmalarda ailelerin kayıtları ile kişisel gözlem ve inanışları arasında tutarsız sonuçlar elde edilmiştir. Teofilinin davranış bozukluğu yaptığı konusundaki araştırmalarda farklı sonuçlar bulunmuş, nokturnal astımda uyku kalitesi ve performanstaki azalmanın ilaçtan çok astıma bağlı olduğu iddia edilmiştir. Bu etkiler genellikle erken başlar ve geçicidir (23, 24, 25, 26, 27).

Tedavide kullanılan ilaçlardan en fazla nöropsikiyatrik etki yapan steroidlerdir. En çok görülen yan etkiler ofori, depresyon, psikotik reaksiyonlar, paranoid bozukluklar ve hafıza azalması şeklindedir. Vakaların %3'ünde akut psikotik reaksiyonlar görülebilir. Dikkat ve ince motor fonksiyon üzerine etki görülmemektedir. Zeminde bir psikiyatrik tablo varlığında steroidlerin tedaviye eklenmesi ile psikolojik sorunlar ağırlaşabilir. Bu durum özellikle kadınlarda ve aile problemleri olan astımlılarda görülmekte, sosyoekonomik durum ve astımın ağırlığı ile ilişki göstermemektedir. Tedavinin ilk günlerinde başlayıp, kesilmesi ile zamanla kaybolmaktadır. Uygulanan doz ve süre ile reaksiyonun şiddeti paralel olmamakla birlikte günde 40 mg prednizolonun üstündeki dozlarda daha sık görülmektedir. Atfedilen davranış değişiklikleri iyi dökümanite edilmiş olmakla birlikte 2 erişkin ve 6 çocukta hiperreaktivite ve agresivite görülmüştür (22, 28, 29, 30)

Orel beta iki mimetiklerle birçok psikoz vakası bildirilmiştir. Tremor ve sentral sinir sistemi uyarılması gibi sık rastlanan yan etkiler gerek oral gerek inhaler kullanımda görülebilir. Bir aylık inhaler Albuterol tedavisi ile öğrenme, vizüel persepsiyon, zeka ve dikkat üzerine olumsuz etki gözlenmemiştir (22).

Astıma eşlik eden rinit vakalarında sıklıkla kullandığımız dekonjestan ilaçların içinde bulunan simpatikomimetikler psikotik tablolara yol açabilir. İritabilite, kabus, konfüzyon, halüzinasyonlar, uyku bozuklukları görülebilir (22, 31, 32).

Antihistaminikler (H1 blokerler) rinitle komplike astım vakalarında tedaviye eklenir. Bu ilaçların da sedasyon, psikomotor performansta azalma ve psikotik reaksiyonlara yol açabileceği unutulma-

malıdır. Astemizol, Loratadin ve Terfenadin gibi yeni kuşak antihistaminikler tercih edilmelidir (22).

Astımlı hastalarda anksiyolitik ve antidepresan ilaçlar kullanılırken solunum merkezini deprese etmeyen, yarı ömrü kısa ilaçlar, düşük dozlarda verilmelidir. MAOI (mono amino oksidaz inhibitörleri) ilaçlar ve trisiklik antidepresanlar semptomimetiklerle fataliteye neden olabilen etkileşim gösterirler. Benzodiazepinler panik hallerinde kullanılabilir de solunum depresyonu yapıcı etkileri unutulmamalıdır. Amitriptilin, maprotilin ve doksepin gibi ilaçlar kaygı ve uykusuzluk hallerinde kullanılabilir. Etkileri hemen başlamaz. Trisiklikler steroidlerin etkisini arttırmırlar. Haloperidol de güvenle kullanılabilir. Benzodiazepin kullanımı gerektiğinde Oksazepam ve Alprozolam seçilmelidir. Buspiron MAOI ile kullanılmamalıdır. Antidepresanların solunum merkezine depresif etkileri daha azdır. Trisiklik antidepresanların, atropinin antikolinerjik etkisini; MAOI ilaçların da antikolinerjik ve antihistaminiklerin merkezi sinir sistemi üzerine etkilerini arttırdığı unutulmamalıdır (4, 33).

Astımlı hastaların izlenme ve tedavisinde hastalık hakkında bilgilendirilmenin çok yararlı olduğu gözlenmiştir. Bu şekilde hastanın semptomları, acil ünitesine başvuruları ve psikososyal sorunları azalır. Astım mortalitesindeki artışın en önemli nedenleri, hasta, ailesi ve doktor tarafından hastalığın ciddiyetinin bilinmemesi, tedavinin anlaşılmasında, tedaviye uyumsuzluk ve uzun süreli takibin yetersizliğidir. Morbiditesi giderek artan astımda mortaliteyi arttıran faktörlerin çoğu eğitimle onlenebilir. Eğitim programlarına en fazla katılan hastalar sigara içmeyenler, sosyoekonomik durumu iyi olanlar ve astım nedeniyle psikososyal problemleri bulunanlardır (34, 35, 36).

Hastaya psikoterapötik yardımda asıl amaç dispne - kaygı kısır döngüsünü kırmaktır. Dispnenin ölüm demek olmadığı öğretilmelidir. Hastaların çatışma alanları ortaya çıkarılmalı, duygularını ifade etmekten kaçınmamaları, kendilerine güvenmeleri, yaşam ilgi alanlarını arttırmaları ve sosyal çevreden uzaklaşmamaları konusunda destek sağlanmalıdır (4).

Sonuç olarak astım ve psikiyatrik sorunlar sıklıkla birarada bulunur. Doktor karşılaştığı hastanın semptomlarının hangilerinin astıma hangilerinin ruhsal nedenlere bağlı olduğunu ayırt etmek zorundadır. Hasta, hastalık ve psikososyal çevre tek tek ele alınmalıdır. Böylece etkili bir tedavi ve güven verici bir ortamla ağır medikal sorunlarla başedilebilir. Bu nedenle astımlı hastaların tedavisine psikolog, psikiyatrist ve sosyal hizmet uzmanlarının da katılması yararlı olacaktır.

## KAYNAKLAR

- 1- **Rietveld S., Everaerd W., Creer T.L.** Stress-induced asthma : a review of research and potential mechanisms. *Clinical and Experimental Allergy*, 2000; 30: 1058-66.
- 2- **Howard LM, Wessely S:** Psychiatry in the allergy clinic. *Clinical and Experimental Allergy*. 1995; 25: 503-14.
- 3- **Üçok G.** Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda bedensel ve ruhsal hastalığın birlikte bulunuşu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995; 6(3): 180-5.
- 4- **Özkan S.** Solunum sistemi hastalıklarının psikiyatrik yönleri. *Psikiyatrik Tıp (kitabında)* 1993: 109-11.
- 5- **Ekşi A, Molzan J, Savaşır I, Güler N.** Psychological adjustment of children with mild and moderately severe asthma. *Eur Child-Adolesc. Psychiatry* 1995; 102(1): 327-8.
- 6- **Gustafsson P, Bjorksten B, Kjellmann F:** Family dysfunction in asthma. *J. Pediatr* 1994; 125(3): 493-8.
- 7- **Shah A, Sircar M:** Postcoital asthma and rhinitis. *Chest* 1992; 102(1): 327-8.
- 8- **İlnem M.** Astmatik çocukların ebeveynleri ile astmatik olmayan çocukların ebeveynlerinin karşılaştırılması. (1988) Yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı
- 9- **Bussing R, Neal H:** Prevalence of behavior problems in US children with asthma. *Arch pediatr, adolesc. Med.* 1995; 149: 565-728.
- 10- **Garden GMF, Ayres JG.** Psychiatric and social aspects of brittle asthma. *Thorax* 1993; 48: 501-5.
- 11- **Janson C, Bjornson E, Hetta J.** Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma. *Am J Respir Crit Care med.* 1194; 149: 930.
- 12- **Silverglade L, tosi DJ, Wise PS.** Irrational beliefs and emotionality in adolescents with and without bronchial asthma. *J. Gen pshol.* 1994; 121(3): 199-207.
- 13- **Rumbak M., Kalso T, Arhead K.** Perception of anxiety as contributing factor of asthma. *J. Asthma* 1993; 30(3): 165-9.
- 14- **Greenberger P.** Asthma. (in) *Patterson's Allergic Diseases*. 4th ed. 19992; 625-730. J.B. Lippincott Company Philadelph.
- 15- **Bernstein A, Sheridon E, Patterson R.** Asthmatic patient with panic disorders. *Ann Allergy* 1991; 66(4): 311-4.
- 16- **Yellowlees PM, Kalucy R.** Psychobiological aspects of asthma and the consequent research implications. *Chest* 1990; 97: 628-34.
- 17- **Miller B. Depression and asthma. J.** *Allergy Clin. Immunol.* 1987; 80(3): 481-6.
- 18- **Rubin NJ.** Severe asthma and depression. *Arch-Fam-Med.* 1993; 2(4): 433-5.
- 19- **Dales R, Spitzer W.** The influence of psychological status on respiratory symptom reporting. *Am. Rev Respir Dis.* 1989; 139: 1459-63.
- 20- **Kaptein AA, Brand PL, Dekkar FW.** Quality of life in a long term multicentric trial in a chronic nonspecific lung disease. *Eur Respir J.* 1993; 6(10): 1479-84.
- 21- **Juniper E, Guyat G, Ferrie P.** Measuring quality of life in asthma. *Am. Rev. Respir. Dis* 1993; 147: 832-8.
- 22- **Bender B, Milgrom H.** Neuropsychiatric effects of medications for allergic diseases. *J. Allergy Clin. Immunol.* 1995; 95(2): 523-8.
- 23- **Fitzpatrick M, Engleman H.** Effect of therapeutic theophylline levels on the sleep quality and daytime cognitive performance in normal subjects. *Am. Rev. Rerspir Dis.* 1992; 145: 1355-8.
- 24- **Bender B, Milgrom H.** Theophylline induced behavior change in children. *JAMA* 1992; 267(20): 2621-4.
- 25- **Celano MA.** Learning, school performance and children with asthma. *J. Learn Disabil.* 1993; 26(1): 23-32.
- 26- **Lindgren J, Loxsin B.** Does asthma or treatment with theophylline limit childrens academic performance? *The New England Journal of Medicine.* 1992; 325: 926-30.
- 27- **Segawa H, Likura Y.** Clinical effects of theophylline in the therapy of intractable asthmatic children. *Arerugil* 1990; 39(10): 1427-36.
- 28- **Bender B, Learnard A, Poland J.** Association between corticosteroids and psychologic change in hospitalised childrens. *Ann Allergy.* 1991; 66(5): 414-9.
- 29- **Milgrom H, Bender B.** Psychologic side effects of therapy with corticosteroids. *Am Rev. Respir Dis.* 1993; 147: 471-3.
- 30- **İsmail K, Wessely S.** Psychiatric complications of corticosteroid therapy. *Br. J. Hosp. Med.* 1995; 653(10): 469-9.
- 31- **Kaane F, Green P.** Psycotic episodes associated with the use of common proprietary decongestants. *Amer. J. Psychiatr.* 1966; 123: 123(4): 484-7.
- 32- **Shufman NE, Witztum E, Vass A.** Ephedrine psychosis. *Harefuah.* 1994; 127: 166-8.

- 33- Tetikkurt C.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığında psikotrop tedavi. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1996; 9: 26-8.
- 34- Yoon R, Mc Kenzie D, Bauman A, Miles D.** Controlled trial evaluation of an asthma education programme for adults. Thorax 1993; 48(11): 1110-6.
- 35- Mengükaan H.** Astım eğitim programlarının astımlı çocukların tedavi ve izlenmesi üzerine etkileri (1992). Yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.
-