



Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi: 3 Aylık İzlem Çalışması

Quality of Life in Panic Disorder: Follow Up Study for 3 Months

Ebru Altıntaş¹, Şükrü Uğuz², Bekir Aydın Levent³

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, ADANA

²Serbest hekim, Psikiyatri, ADANA

³Acıbadem Hastanesi Psikiyatri Kliniği, ADANA

Cukurova Medical Journal 2015;40(2):288-297.

ABSTRACT

Purpose: Panic Disorder is a common psychiatric condition which is higher risk for substance abuse, suicide attempts and functional disability. It is 2–3 times more common in women and estimated to range from 1,4% to 3,8% of the general population. Studies reported that quality of life in Panic Disorder is negatively affected and overall health (emotional and psychical health), social activities, risk of unemployment increases. The aim of this study was investigate the affects of quality of life on panic disorder and depression and follow the treatment response after the 3 months.

Material and Methods: 22 women and 9 men (total 31) within in age range of 20-73(mean age 40,3±12,9) diagnosed as Panic Disorder; 27 women and 15 men (total 42) within in age range of 18- 57(mean age 33,6 ±11,5) diagnosed as Panic Disorder with Agoraphobia; 54 women and 19 men (total 73) within in age 20-69(mean age 38,5 ±11,7) diagnosed on Major Depression were included to study.Psychiatric interview were carried out using Structured Clinical Interview for Diagnose(SCID-I), Sociodemographic Data Form, Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), Hamilton Depression Scale(HAM-D), Panic and Agoraphobia Scale and Endicott's Work Productivity Scale (EWPS) were applied in 0.,1.,3. months.

Results: Quality of life had negatively affected in all of the groups. In this study we found significant impairment in pain, general health, energy, social function, emotional role disability and mental health subgroups of quality of life scale (SF–36) in Depression group than Panic Disorder group. Panic Disorder with Agoraphobia had affected the quality of life worse than comparison with Panic Disorder without Agoraphobia.

Conclusion: At the end of the treatment, there were no differences in quality of life between all of the groups statistically.

Key words: Panic Disorder, Quality of Life, Depression

ÖZET

Amaç: Panik Bozukluk, madde bağımlılığı, özkiyim girişimleri ve fonksiyon kaybına neden olan, yaygın olarak görülen bir bozukluktur. Toplumda %1,4 ile %3,8 oranında ve kadınlarda 2-3 defa fazla görülür. Yapılan çalışmalarda Panik Bozuklukta yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilendiği ve genel sağlık(duygusal ve fiziksel sağlık), sosyal yaşamı bozduğu, işsiz kalma olasılığını arttırdığı belirlenmiştir. Çalışmamızın amacı Panik Bozukluk ve Depresyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştırmak ve 3 aylık tedaviye verdikleri yanıtı değerlendirmektir.

Materyal ve Metod: Çalışmaya, Panik Bozukluk tanısı alan yaşları 20–73(ortalama 40,3±12,9) olan 22 kadın ve 9 erkek(toplam 31); Agorafobili Panik Bozukluk tanısı alan yaşları 18- 57(ortalama 33,6±11,5) olan 27 kadın ve 15 erkek; Majör Depresyon tanısı alan yaşları 20-69(ortalama 38,5±11,7) olan 54 kadın ve 19 erkek(toplam 73) hasta dahil edildi. Yapılandırılmış bir görüşme formu ile (SCID-I) psikiyatrik görüşme yapıldı. Sosyodemografik veri formu, Hamilton

Anksiyete Ölçeği(HAM-A), Hamilton Depresyon Ölçeği(HAM-D), Panik ve Agorafobi Ölçeği, Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği 0., 1., 3. aylarda hastalara uygulandı.

Bulgular: Sonuç olarak tüm gruplarda yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenmişti. Depresyonu olan grupta yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, duygusal rol gücü ve ruhsal sağlık alt gruplarındaki bozulma daha fazlaydı. Agorafobili Panik Bozukluğu olanların Agorafobisi olmayan Panik Bozukluğu olan hastalara göre yaşam kalitesininin daha olumsuz etkilediği belirlendi.

Sonuç: Tedavinin sonunda yaşam kalitesi yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlendi.

Anahtar kelimeler: Panik Bozukluk, Yaşam Kalitesi, Depresyon.

GİRİŞ

Panik Bozukluk(PB), aniden ve kendiliğinden ortaya çıkan, yoğun iç sıkıntısı ile buna eşlik eden bedensel ve bilişsel belirtilerden oluşan, panik ataklarla karakterize bir hastalıktır^{1,2}. Temel başvuru yakınması o kişi için en korkutucu olan nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, baş dönmesi ve benzeri bedensel belirtilerdir^{1,3,4}. Adını mitolojik bir tanrı olan Pan'dan alan Panik bozukluk, genel popülasyonda kadınlarda 2.5 kat fazla görülen ve yaşam boyu sıklığı %1.4-3.8 olan bir anksiyete bozukluğudur^{1,5,6,7,8}.

Panik Bozukluğu olan hastaların %91'i ve agorafobi eşlik edenlerin %84'ünde en az bir psikiyatrik eştanı vardır. PB'da depresyon, agorafobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriazis, alkol ve madde kullanımı sıklıkla eşlik eden psikiyatrik bozukluklardır^{4,5,9}. Goisman ve ark.(1995) agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğunun en sık yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi olmak üzere, yaşam boyu en az bir diğer anksiyete bozukluğu ile %37 oranında birlikte görüldüğünü bildirmişlerdir¹⁰.

DSM III'ün panik bozukluk kriterlerinin tamamını karşılamayan panik ataklı hastalarda bile önemli yeti yitimi olduğu bildirilmiştir. Panik atak, panik bozukluk tanısı almasa bile fiziksel ve duygusal sağlık, mesleki işlevsellik ve finansal işlevsellikte ve yaşam kalitesinde önemli sorunlara yol açabilmektedir^{11,12}. Panik bozukluğu olan bireylerdeki ölüm düşünceleri, beklenmedik anda gelen ataklar sıkıntı vericidir ve yardım arama davranışını artırır ve yaşam kalitesi azalır.

Yapılan birçok çalışmada panik bozukluğu olanlarda normal kişilere oranla yaşam kalitesinde

azalma olduğunu bildirilmiştir^{12,13,14}. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak yapılan bir çalışmada panik bozukluğu olan hastalar ile depresyonu ya da kronik hastalığı (hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, artrit ve kronik akciğer hastalığı gibi) olan hastalar ile karşılaştırılmış ve panik bozukluğunun yüksek psikolojik stres ve fiziksel rol fonksiyonunda kısıtlamalara yol açtığı ancak fiziksel fonksiyonların göreceli olarak korunmuş olduğu belirlenmiştir¹⁵. Aynı çalışmada, depresyonu olanların, diğer tıbbi hastalıklar kadar veya daha büyük işlev kaybı olduğu belirlenmiştir. Bir çok çalışmada panik bozukluğu olan hastalardaki ruhsal işlevlerde olduğu kadar, fiziksel işlev alt ölçeklerinde de anlamlı bozukluklar bildirilmiştir^{12,13,14,15,16,17}.

Bu çalışmanın amacı, yaşam kalitesini bozduğu bilinen depresyon grubu ile PB(PB+Agorafobili hastalar dahil) grubunu karşılaştırmak ve tedaviye verdikleri yanıtı değerlendirmektir. Ayrıca agorafobili ve agorafobisiz PB olguları yaşam kalitesinde oluşan farklar açısından araştırılması ve Agorafobinin eklendiği olguların yaşam kalitesinde depresyonu olan olgulara benzer etkilenme olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL ve METOD

Çukurova Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınan bu çalışmaya Çukurova Üniversitesi Psikiyatri Poliklinikliğine ayaktan başvuran ve Panik Bozukluk ve Depresif Bozukluk tanıları alan 141 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınacak tüm hastalar çalışmanın amacı ve özellikleri açısından bilgilendirildikten sonra yazılı onam alındı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve psikotik

bozukluk, bipolar bozukluk, zekâ geriliği, alkol ve madde bağımlılığı olan hastalar çalışma dışında tutuldu.

Panik Bozukluk, Depresif Bozukluk ile eşlik eden psikiyatrik hastalıkların tanısı psikiyatri uzmanı tarafından Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı(DSM-IV-TR) Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği (SCID-I) kullanılarak konuldu¹⁸. Her hastaya ayrıntılı sosyo-demografik veri formu dolduruldu. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) ile Panik ve Agorafobi Ölçeği ve Endicott İş Üretkenlik Ölçeği ilk görüşme ile takip eden 1. ve 3. Aylarda olmak üzere toplam 3 defa uygulandı. Ölçek sonuçları istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Ölçekler

Hamilton Depresyon Ölçeği(HAM-D), depresif belirtileri olan kişilere klinisyen tarafından uygulanan, depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçen bir testtir. Hamilton tarafından geliştirilmiştir¹⁸. Toplam 17 soru içeren bu testte her soru 0-4 arasında derecelendirilir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır¹⁹.

Hamilton Anksiyete Ölçeği(HAM-A), anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek için 1959 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiş, 1998 yılında Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır^{20,21}. Toplam 14 soru içerir, her soruya 0-4 arasında puan verilerek, her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Ölçeğin toplam puanı 0-56 arasında değişmektedir.

Panik ve Agorafobi Ölçeği(PAÖ), panik bozukluğu tanısı almış hastalarda panik ataklarını, fobik kaçınmayı, beklenti anksiyetesini, sosyal ilişkilerdeki kısıtlanmayı, bedensel hastalık inancını göz önüne alarak alt bölümler halinde hastalığın şiddetini belirleyen test, Bandelow tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir²². Özellikle klinik ilaç çalışmalarını izlem amacıyla geliştirilmiş olmakla

beraber, psikolojik tedavilerin etkinliğini ya da bu bozukluğun hangi boyutunun hangi sağıaltım biçimine yanıt verdiğinin saptanmasında kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini, Tural ve arkadaşları tarafından yapılmıştır²³.

Kısa Form-36 (SF-36), yaşam kalitesi ölçmede kullanılan en yaygın jenerik ölçektir Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur²⁴. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır: fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağılığın genel algılanması (5 madde) . Ölçek son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirilmektedir¹⁷. Alt ölçekler sağılığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağılık durumunu gösterirken, 100 iyi sağılık durumuna işaret etmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır²⁵.

Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği(EİÜÖ), ruhsal bozuklukların hastanın iş verimi üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla tasarlanmış bir kendini değerlendirme ölçeğidir²⁶. Farklı iş ortamlarında, farklı ruhsal bozukluğu olan kimseleri değerlendirmek üzere tasarlanmış olan EİÜÖ 25 maddeden oluşmaktadır. Maddeler davranışın, duygunun ya da tutumun bir önceki hafta içerisinde ne sıklıkta görüldüğüne bağlı olarak 5 dereceli bir ölçekle (0=hiç, 1=çok nadir, 2=bazen, 3=sık sık, 4=hemen her zaman) değerlendirilmektedir: Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ila 100 arasında değişmekte ve yüksek puan düşük iş verimine işaret etmektedir. Endicott İşte Üretkenlik Ölçeğinin Türkçe formunun yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının sonuçlarına göre ölçeğin her iki grupta da yüksek düzeyde iç tutarlık katsayılarına (alfa> .90) sahip olduğu söylenebilir²⁷.

İstatistiksel İşlemler

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 12.0 paket programı ile yapıldı. Sürekli değişkenlerin normale uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ve histogram ile kontrol edildi. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında student t testi ve Mann Whitney U testi, Kruskal Vallis testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalarda Bonferroni yaklaşımı uygulandı (p/n n; karşılaştırma sayısı) ve $p<0.016$ anlamlı kabul edildi. Kesikli değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki Kare testi kullanıldı. Veriler ortalama \pm SS (standart sapma), ortanca, AD (alt değer), ÜD (üst değer) olarak gösterildi

BULGULAR

Çalışmaya 68'i depresyon ve 73'ü Panik Bozukluk(agorafobili ve agorafobisiz) olmak üzere 141 hasta dahil edildi. Gruplar arasında cinsiyete göre dağılım değerlendirildiğinde PB olgularının %71'i, PB+Ago'li hastaların %64,3'ü, depresyon olgularının %74'ü kadındı.

Hastalık başlama yaşı,ortalama eğitim süresi, medeni durum, meslek dağılımı, çocuk sayısı, özgeçmişinde tıbbi hastalık, alkol ve madde kullanımı, hastalığı başlangıcında stresli yaşam olayı, çocukluk çağında istismar oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. ($p>0.05$) Psikiyatrik hastalıklar açısından soygeçmişleri değerlendirildiğinde PB olan hastaların %32,2 kadın ve %25,9 erkek ; PB+Ago'si olanların %38 kadın ve %14,4 erkek ; depresyonu olan hastaların %31,5 kadın ve %5,5 erkek aile üyesinde eşlik eden bir psikiyatrik hastalık olduğu ve PB+Ago'li hastaların kadın yakınlarında ruhsal hastalık oranının diğer gruplara göre daha fazla olduğu belirlendi.($p<0.05$) (Tablo-1)

Depresyonu olan olguların %49,3'üne, PB olanların %67,7'sine, PB+Ago hastalarının

%38,1'ine bir psikiyatrik bozukluk eşlik ediyordu ve PB+ Agorafobisi olan hastalarda psikiyatrik eşanı oranı daha yüksekti($p<0.05$). Depresyonu olan hastaların %7,5'u altı yaşından önce annelerinden altı aydan fazla ayrı kalmıştı, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Tablo-1).

Gruplara göre ilk muayenedeki ölçek puanları değerlendirildiğinde; PB+Ago'de Panik Agorafobi Ölçeği doktor formu ortalaması $27,5 \pm 2$, PB' da ise $21,5 \pm 9,6$ 'dı ve ölçek puanları PB+Ago'li hastalarda daha yüksekti($p<0.05$). HAM-A ve EWPS ölçek puanları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu($p>0.05$) HAM-D ölçek puanı ortalamaları ise PB' da 15,9; PB+Ago'de 15,7, depresyonda 20,8'di ve depresyon grubunda daha yüksekti($p<0.05$) (Tablo-2).

Her üç alt grup yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığında ise panik bozukluk+agorafobisi olan olgularda yaşam kalitesinin depresyonla karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyonlar, fiziksel rol güçlüğü ağrı, genel sağlık, enerji alt gruplarında bozulmanın yakın olduğu ancak diğer alt gruplarda depresyonda daha fazla bozulduğu belirlendi (Tablo-3).

İkinci görüşmede genel sağlık ve duygusal rol güçlüğü alt gruplarında PB+Agorafobi grubunda yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu belirlendi. Agorafobili panik bozukluk hastalarında tüm alt gruplarda bozulma agorafobisiz panik bozukluk ile karşılaştırıldığında daha fazlaydı (Tablo-4).

Üçüncü görüşmede depresyon, PB, PB+Ago hastaları yaşam kalitesi yönünden karşılaştırıldıklarında tüm alt gruplarda istatistiksel olarak fark bulunmadı (Tablo-5).

EİÜÖ'ne baktığımızda her üç hastalık grubunda da iş üretkenliğinin bozulduğu, ancak görece depresyonu olanlarda daha fazla olduğu belirlendi.

Tablo-1. Gruplara göre sosyo-demografik ve klinik özellikler

	Panik Bozukluk (n=31)	Panik Bozukluk+Agorafobi (n=42)	Depresyon (n=73)	p
Başlama Yaşı (ortalama±SD)	37,9±12,8	31,8±12,0	36,7±11,9	0,37
Başvuru Yaşı(ortalama±SD)	40,3±12,9	33,6±11,5	38,5±11,7	0,038
Eğitim (Yıl) (ortalama±SD)	9,9±5,5	11,3±3,9	10,3±4,2	0,3
Kadın n(%) Erkek n(%)	22 (%71) 9 (%29)	27(%64,3) 15(%35,7)	54 (%74) 19 (%26)	0.3
Evli n(%)	26 (%83,9)	29 (%6,9)	44 (%64,7)	0.15
Alkol kullanımı n(%)	0 (%0)	7 (%17,1)	9 (%13,2)	0.06
Sigara Kullanımı(adet)	3,3 (0-60)	3,7 (0-42)	2,2 (0-42)	0.6
Çocuk Sayısı	2,2 (0-7)	1,4 (0-5)	1,8 (0-6)	0,1
Meslek n(%) Ev Hanımı Memur Emekli İşsiz Diğer	10(%32,3) 7(%22,6) 3(%9,7) 1(%3,2) 10(%32,2)	12(%28,6) 7(%16,7) 3(%7,1) 4(%9,5) 16(%38,1)	28(%38,4) 15(%20,5) 10(%13,7) 1(%1,4) 19(%1,4)	0.17
Özgeçmiş Tıbbi Hastalık n(%)	15 (%55,6)	24(%63,2)	41 (%60,3)	0.82
Soygeçmiş Psikiyatrik Hastalık n(%) Kadın Var Erkek Var	10 (%32,2) 8(%25,9)	16(%38) 6(%14,4)	23(%31,5) 4(%5,5)	0.01
Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalık n(%)	10 (%32,3)	26(%61,9)	37 (%50,7)	0.043
Çocuklukta İstismar n(%)	3 (%9,7)	3(%7,1)	5 (%22,1)	0.067
Başlatan Stres Etkeni n(%)	24 (%80)	39(%92,9)	59 (%86,8)	0.27
6 yaşından önce anneden ayrılık n(%)	0(%0,0)	0(%0)	5 (%7,5)	0,05

p:kruskal wallis test (p<0,05) ki kare testi :n(%)

Tablo-2. Hastalık gruplarına göre ölçek puanları.

	Panik Bozukluk (ort±SD)	PB+Agorafobi (ort±SD)	Depresyon (ort±SD)	p
Panik-Agorafobi Ölçeği	21.5±9.6	27.5±10.2		0.04
Hamilton Anksiyete Ölçeği	16.8±6.8	18.3±7.8	19.8±6.9	0.17
Hamilton Depresyon Ölçeği	15.9±8.1	15.7±6.1	20.8±6.2	0.000
Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği	35.9±28.8	34.2±19.8	42.06±24.1	0.457

p:kruskal wallis test (p<0,05)

Tablo-3. İlk görüşmede SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçek puanlarının gruplar arasında dağılımı

	Panik Bozukluk (ort±SD)	PB+Agorafobi (ort±SD)	Depresyon (ort±SD)	p
Fiziksel Fonksiyon	90.2±20.2	91.4±18.3	82.8±26.3	0.15
Fiziksel Rol Güçlüğü	79.8±37.9	72.02±40.3	70.8±43.2	0.66
Ağrı	66.5±22.5	64.5±22.7	57.6±25.4	0.19
Genel Sağlık	47.3±26.7	37.9±24	29.6±24.2	0.007
Enerji	27.6±22.9	25.1±15.7	17.4±12.7	0.13
Sosyal Fonksiyon	48.4±35.2	43.5±32.7	25.8±21.2	0.003
Duygusal Rol Güçlüğü	34.4±44.3	22.2±38.7	7.4±23.9	0.001
Ruhsal Sağlık	35.6±25.5	32.3±15.7	22.6±19.9	0.001

p:kruscal wallis testi (p<0.05)

Post-hoc Mann Whitney U test (p≤0.016 bonferoni düzeltmesi)

İstatistiksel olarak anlamlı sonuçlar koyu olarak işaretlenmiştir.

Tablo 4. 2. görüşmede SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçek puanlarının gruplar arasında dağılımı

	Panik Bozukluk (ort±SD)	PB+Agorafobi (ort±SD)	Depresyon (ort±SD)	p
Fiziksel Fonksiyon	95.7±11.5	99.3±3.12	90.6±19.3	0.012
Fiziksel Rol Güçlüğü	92.3±27.7	93.5±22.9	86.6±33.7	0.71
Ağrı	72.6±25.3	74.8±18.9	68.6±25.7	0.78
Genel Sağlık	67.8±28.6	40.429.8±	49.9±27.07	0.023
Enerji	59.2±27.3	47.4±24.9	42.9±23.2	0.074
Sosyal Fonksiyon	67.3±35.2	63±32.9	60.8±29.5	0.77
Duygusal Rol Güçlüğü	77.9±42.1	55.07±49.9	61.2±47.7	0.029
Ruhsal Sağlık	70±31	60.9±23.7	54.7±25.3	0.072

p:kruscal wallis testi (p<0.05)

Mann Whitney U test (p≤0.016 bonferoni düzeltmesi)

İstatistiksel olarak anlamlı sonuçlar koyu olarak işaretlenmiştir.

Tablo-5. 3. görüşmede SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçek puanlarının gruplar arasında dağılımı

	Panik Bozukluk (ort±SD)	PB+Agorafobi (ort±SD)	Depresyon (ort±SD)	p
Fiziksel Fonksiyon	97±6.7	100±0.0	86.6±6.9	0.23
Fiziksel Rol Güçlüğü	100±0.0	100±0.0	91.07±26.5	0.38
Ağrı	90±0.0	80±13.8	70.8±27.8	0.1
Genel Sağlık	82±16.9	62±31.9	68.3±20.3	0.31
Enerji	79±8.2	61.7±30	63.8±24.9	0.44
Sosyal Fonksiyon	95±11.2	83.3±27.4	85.7±25.4	0.77
Duygusal Rol Güçlüğü	100±0.0	75±45.2	85.7±35.6	0.42
Ruhsal Sağlık	79.2±13.08	73±24	69.6±24.6	0.77

p:kruscal wallis testi (p<0.05)

Mann Whitney U test (p≤0.016 bonferoni düzeltilmesi)

TARTIŞMA

Bu araştırma ile beklenmedik ataklarla karakterize olan Panik Bozuklukta, eşanı eklenmedikçe yaşam kalitesinin depresif bozukluk kadar bozulmadığı, Agorafobi eşlik ettiğinde diğer ruhsal bozuklukların eşlik etme ve alkol kullanma riskinin arttığı, mesleki ve aile yaşamında sorunların yaşanma oranının fazla, atakların daha şiddetli ve tedavi arama yaşının daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca literatürde Panik Bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili yapılan takip çalışması oldukça azdır. Bu açıdan da literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Bu araştırmada başlangıçta depresyonu olan hastaların yaşam kalitesi diğer iki gruptan, PB+Ago'si olan hastalar da PB hastalarından daha kötü iken düzenli takip sonrası 3. ayın sonunda yaşam kalitelerinin birbirinden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Evli olmayanlarda (dul, bekar, ayrı yaşayanlar) panik bozukluğu riski evlilere göre iki kat fazladır^{4,7,8,28}. Bu çalışmada da, Agorafobi eşlik eden Panik Bozukluğun dul, bekar ya da ayrı yaşayanlarda daha fazla olduğu bulundu. Bu durum hastalığın iyileşmesinde ya da daha kötüye gitmemesinde sosyal desteğin önemli bir faktör olabileceğini düşündürmüştür. Ayrıca bu sonuçlarla eşanı eşlik eden PB hastalarının evlenme veya evliliği sürdürme konusunda sıkıntı

yaşadıkları söylenebilir. Hastaneye başvuru yaşı, PB+Ago grubunda depresyon ve PB hastalarına göre daha erkendi. Bu Agorafobi eşlik ettiğinde hastaların daha yoğun sıkıntı yaşamaları ve sosyal, mesleki ve aile yaşamlarında kısıtlamalara yol açması sonucunda tedavi arayışına daha erken yaşta başlamaları ile açıklanabilir.

Yapılan çalışmalarda, PB grubunun %53'ünde çocukluk döneminde aileden ayrılanın olduğu, PB+Ago'li hastaların, normal deneklere göre, çocukluk ve ergenlikte ana-baba ölümü, aileden uzamış ayrılık, ana-babanın boşanması gibi travmatik yaşam olaylarını daha fazla yaşadıkları bildirilmiştir^{29,30,31,32,33}. Araştırmamızda depresyonu olan hastalarda altı yaşından önce annelerinden altı aydan fazla ayrı kalma oranının diğer gruplara göre anlamlı olarak fazla olduğu belirlenmiştir. PB da bu oranın düşük olması, literatürden daha düşük oranları yansıtmış olmakla beraber araştırmanın yapıldığı grupta bu çocukluk çağı travmasının daha az olduğu anlamına gelmemektedir.

Yaptığımız çalışmada PB+Ago hastalarında alkol kullanımı literatürle uyumlu olarak depresyondan daha fazla olarak bulunmuştur. Bu durum hastaların depresyondan farklı olarak daha fazla alkol kullandıkları, anksiyeteli durumdan kurtulmak için buldukları bir yol olarak değerlendirilmiştir. Yapılan aile çalışmalarında

alkol kullanımı ile PB arasında birinci derece ilişki bulunmuş ve PB olan hastalarda alkol kullanma oranının kontrol grubuna göre yüksek olduğu belirlenmiştir³⁴.

Literatürde PB'da depresyon, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriazis, alkol ve madde kullanımının gibi eş tanıli durumların sıklıkla eşlik ettiği bulunmuştur^{3,9}. Goisman ve ark. agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğun yaşam boyu en az bir diğer anksiyete bozukluğu ile %37 oranında ortak görüldüğünü, en sık ise yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobinin eş tanıli durum olduğunu, panik bozukluğu olmadan agorafobinin %32 oranında görüldüğünü bildirmişlerdir³⁵. Stein ve arkadaşları Panik Bozukluğu olan hastaların %35-91'inin yaşamlarında bir majör depresif epizoddan yakındıklarını bildirmişlerdir.³⁶ Araştırmamızda da literatür ile uyumlu olarak PB olan hastalarda Agorafobi dışında psikiyatrik eştanı oranının yüksek olduğu(%32.3-%61.9) belirlenmiştir.

PB ile PB+Ago arasındaki farklara baktığımızda; PB+Agorafobide tek başına PB grubuna göre belirtilerin şiddeti daha fazlaydı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Agorafobinin eşlik ettiği durumlarda sadece panik belirtileri değil aynı zamanda HAM-A ölçek puanları da daha fazlaydı. Tüm bunlar agorafobi eşlik ettiğinde hastalığın şiddetinin arttığının bir göstergesi olarak değerlendirildi.

PB ve Depresyon gruplarının her ikisinde de yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenmekteyse de, depresyonu olan hastalarda (fiziksel rol güçlüğü ve fiziksel fonksiyonlar haricinde) yaşam kalitesinin istatistiksel olarak daha fazla bozulduğu bulunmuştur. PB, PB+Ago ve Depresyon grupları yaşam kalitesi alt grupları göz önüne alınarak karşılaştırıldığında, genel sağlık, sosyal fonksiyonlar, duygusal rol güçlüğü ve ruhsal sağlık alt gruplarında anlamlı olarak daha fazlaydı. Panik bozukluk+Agorafobisi olan olguların yaşam kalitesi depresyonu olan grupla karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyonlar, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, enerji alt

gruplarında bozulmanın yakın olduğu ancak diğer alt gruplarda bozulmanın depresyonda daha fazla olduğu görüldü. Agorafobili Panik Bozukluk hastalarının yaşam kalitesi Agorafobisiz Panik Bozukluk grupları karşılaştırıldığında bozulma daha fazlaydı.

Depresyon grubunda SF-36'nın ruhsal sağlık alt grubundaki bozulma başlangıçta diğer hastalık gruplarına göre daha fazlaydı. Bu PB olan hastaların hastalıklarını organik bir bozukluk gibi algılamaları ve bu yönde tedavi arayışı göstermeleriyle ilişkili olabilir. Hastaların bir aylık tedavilerinden sonraki ikinci görüşmelerinde genel sağlık alt gruplarında PB+Agorafobi grubunda yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu belirlendi. Bu durum PB+Agorafobili hastaların tedaviye biraz daha geç yanıt verebileceğini, hissettikleri bu bedensel belirtilerini olumsuz algı yüzünden daha fazla sağlık harcamaları yapabileceğini düşündürmüştür. Üçüncü görüşmede (tedaviden sonraki üçüncü ayda) depresyon, PB, PB+Ago hastaları yaşam kalitesi yönünden karşılaştırıldıklarında tüm alt gruplarda istatistiksel olarak fark bulunmadı. Agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk hastalarının yaşam kalitesinin fizik fonksiyonlar, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyonlar, duygusal rol güçlüğü alt ölçekleri 1. ay sonunda anlamlı olarak iyileşmekteydi ve bu iyilik 3. ayda da devam etmekteydi. Ruhsal sağlık alt ölçeğinde ise düzelmeye 3. aydan sonra başlamaktaydı. Bu da bedensel belirtilerin daha önce düzelmeye başlamasına rağmen ruhsal belirtilerin tedaviye daha geç yanıt verdiğini bu nedenle hasta takipleri sırasında hem ruhsal hem de bedensel belirtilerin ayrı ayrı üçüncü ay sonuna kadar sorgulanması gerektiğini düşündürmüştür.

Sonuç olarak, bu çalışmanın amacı, toplumda son zamanlarda daha fazla tartışılmaya başlanan, hem doktorlar hem de hastalar tarafından tanınırlığı giderek yaygınlaşan panik bozukluğunun, yaşam kalitesini depresyona oranla ne denli etkilediğini araştırmaktır. Çalışmanın sonucunda, oldukça gürültülü belirtilerle başlayan panik bozukluğunun eştanılı durumlar

eklenmedikçe yaşam kalitesini depresyon kadar bozmadığı ama özellikle agorafobi eşlik ettikten sonra yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle erken tanınım eşanlı durumlar eklenmeden önce tedaviye alınmasının yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Köroğlu E (çeviren). Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Ankara Hekimler Yayın Birliği, 1994.
2. Angst J. Panic Disorder: History and epidemiology. Eur.Psychiatry. 1998;13:51-5.
3. Atalay ND, Bayraktar E Panik Bozukluk. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları 141, 1992.
4. Kaplan Harold I, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI, Anxiety Disorders. Williams and Wilkins, 1995.
5. Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in United States: based on five Epidemiologic Catchment Area sites. Arch Gen Psychiatry. 1988;45:977-86.
6. Katerndahl DA, Realini JP. Lifetime prevalence of panic states. Am. J. Psychiatry. 1993;150:246-9.
7. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. Am J Psychiatry. 1994;151:413-20.
8. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ. The Cross-national Epidemiology of Panic Disorder. Arch Gen Psychiatry. 1997;54:305-9.
9. Noyes R, Reich J, Christiansen J et al. Outcome of panic disorder: Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. Arch Gen Psychiatry. 1990;47:809-18.
10. Goisman RM, Warshaw MJ, Steketee GS et al. DSM-IV and the disappearance of agoraphobia without a history of panic disorder: New data on a controversial diagnosis. Am J Psychiatry. 1995;152:1438-43.
11. Katon W, Hollifield M, Chapman T, Mannuzza S, Ballenger J, Fyer A. Infrequent panic attacks: psychiatric comorbidity, personality characteristics and functional disability. J Psychiatr Res. 1995;29:121-31.
12. Carrera M, Herran A, Ayuso Mateas JL, Sterra-Biddle D et al. Quality of life in early phases of panic disorder: Predictive factors. Journal of Affective Disorders. 2006 ;.
13. Candilis PJ, McLean RY, Otto MW, Manfro GG, Worthington JJ III, Penave SJ, Marzol PC, Pollack MH. Quality of life in patients with panic disorder. J Nerv Ment Dis. 1999;187:429- 34.
14. Delia Marina P. The quality of life in panic disorder. European Psychiatry. 2000;15:349-50.
15. Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. Functioning and well-being of patients with panic disorder. Am J of Psychiatry. 1996;153:213-8.
16. Hollifield M, Katon W, Skipper B, Chapman T, Ballinger JC, Mannuzza S, Fyer AJ. Panic disorder and quality of life: variables predictive of functional impairment. Am J Psychiatry, 1997;154:766-72.
17. Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer SK, Lipschultz RC, Lubeck DP, Buesching DP. The functioning and well-being of patients with unrecognised anxiety disorders and major depressif disorder. J Affect Disord, 1997;43:105-19.
18. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960;23:56-62.
19. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. 3P Dergisi. 1996;4:251-9.
20. Bruss GS, Gruenberg AM, Goldstein RD ve ark. Hamilton Anxiety Rating Scale interview guide: Joint interview and test-retest methods for interrater reliability. Psychiatry Res, 1994;53:191-202.
21. Yazıcı MK, Demir B. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi. 1998;9(2):114-7.
22. Bandelow B. Assessing the efficiency of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and

- Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol*. 1995;10:73-81.
23. Tural U, Fidaner H, Alkın T, Bandelow B: Panik ve Agorafobi Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000;11:29-39.
24. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
25. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. SF-36'nin Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 1999.
26. Endicott J ve Nee J. Endicott Work Productivity Scale (EWPS): A new measure to assess treatment effects, *Psychopharmacol Bull*. 1997;33:13-6.
27. Uğuz Ş, İnanç BY, Yerlikaya EE, Aydın H. Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği'nin (EİÜÖ) Türk Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004;15:209-14.
28. Fyer AJ, Mannuzza S, Copland JD. Panic Disorders and agoraphobia, In *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI Vol 1*(Eds: Kaplan HI, Sadock BJ.) Williams and Wilkins, Baltimore, 1995;1191-1204.
29. Faravelli C. Life events preceding the onset of panic disorder. *J Affective Disord*, 1985;9:103-5.
30. Marshall RD, Schneider FR, Lin SH et al. Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. *Am J of Psychiatry*. 2000;157:451-3.
31. Tweed JL, Schoenbach VJ, George LK et al. The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 1989;154:823-8.
32. Harris EL, Noyes R, Crowe RR et al. Family study group of agoraphobia. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40:1061-4.
33. Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde T. Life events and the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1986;143:1424-7.
34. Goodwin RD, Lipsitz JD, Chapman TF et al. Alcohol use disorders in relatives of patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2006;47: 88-90.
35. Goisman RM, Warshaw MJ, Steketee GS et al. DSM-IV and the disappearance of agoraphobia without a history of panic disorder: New data on a controversial diagnosis. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1438-43.
36. Stein MB, Tancer ME, Uhde TW. Major depression in patients with panic disorder: Factors associated with course and reoccurrence. *J Affect Disord*. 1990;19:287-96.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Ebru Altıntaş
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
E-mail: ebrualtintas@gmail.com

Geliş tarihi/Received on : 28.11.2014

Kabul tarihi/Accepted on: 29.12.2014