

Agoraphobia and Panic Disorder: A Comparative Study

Agorafobi ve Panik Bozukluk: Karşılaştırmalı Bir Çalışma

Agorafobi ve Panik Bozukluk / Agoraphobia and Panic Disorder

Ayşegül Kart[1], M. Hakan Türkçapar[2]
[1]Nevşehir Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Nevşehir,
[2]Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Gaziantep, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmadaki amaçlarımız: bağımsız bir tanı olarak Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı'da (DSM-5) yer alan agorafobiye dair daha fazla bilgi elde etmek ve agorafobi (AG) ve panik bozukluk (PB) ilişkisini göz önüne alarak, bu iki bozukluğun birbirleriyle örtüştükleri ya da ayrıldıkları noktaları sosyodemografik özellikler ve komorbidite üzerinden değerlendirmektir. Gereç ve Yöntem: AG tanısı almış 33 ve agorafobinin eşlik ettiği PB (PBA) tanısı almış 34 hastaya DSM Eksen I için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulandı ve sosyodemografik veri formu verildi. Bulgular: AG grubunda 21 kadın (%63,1) ve 12 erkek (%36) toplam 33 hasta, PBA grubunda ise 23 kadın (%67,6) ve 11 erkek (%32,4) toplam 34 hasta bulunmaktaydı. PBA grubunda hastalık başlangıç yaşı ortalama 32,4±10,2, AG grubunda ise 31,1±12,1 idi. Sosyodemografik verilerden aile içi şiddet ve sigara içme düzeyi PBA hasta grubunda anlamlı ölçüde daha yüksekti. PBA hasta grubunda Majör Depresif Bozukluk (MDB) komorbiditesi daha yüksekti. Tartışma: Bu çalışmada, PBA ve AG'nin ayrıştıkları ve örtüştükleri noktaları belirlemeye çalıştık. AG'yi daha iyi tanımak açısından daha fazla çalışma gereklidir.

Anahtar Kelimeler

Agorafobi; Panik Bozukluk; Komorbidite

Abstract

Aim: In this study we aim to get more information about agoraphobia (AG) which is an independent diagnosis in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) and to evaluate overlaps or differences between agoraphobia and panic disorder (PD) upon sociodemographic features and comorbidity with considering relation of these two disorders. Material and Method: Sociodemographic Data Form was given and Structural Clinical Interview for DSM Axis I Disorders (SCID-I) was applied to 33 patients diagnosed as AG and 34 patients diagnosed as PD with AG (PDA). Results: AG group consisted of 21 females (63.1%), 12 males (36%), totally 33 patients and PDA group consisted of 23 females (67.6%), 11 males (32.4%), totally 34 patients. Mean age of onset was 32.4±10.2 in PDA group and 31.1±12.1 in AG group. According to sociodemographic features, violence in family and smoking rates were significantly higher in PDA group than AG group. Major Depressive Disorder (MDD) as a comorbidity was higher in PDA group. Discussion: In this study, we tried to identify the overlaps and differences of PDA and AG. For a better recognition of AG, further studies are needed.

Keywords

Agoraphobia; Panic Disorder; Comorbidity

DOI: 10.4328/JCAM.2705 Received: 29.07.2014 Accepted: 11.08.2014 Printed: 01.04.2015 J Clin Anal Med 2015;6(suppl 2): 125-9
Corresponding Author: Ayşegül Kart, Nevşehir Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Nevşehir, Türkiye.
GSM: +905053333364 E-Mail: aysegulkart@hotmail.com

Giriş

Agorafobi; kişinin, kaçmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren (örn. yaşlılarda düşme korkusu; altına kaçırma korkusu) diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için çeşitli durumlardan korkması ya da kaçınması olarak tanımlanmaktadır. Bu durumlar; toplu taşıma araçlarını kullanma, açık yerlerde bulunma, kapalı yerlerde bulunma, sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma ve tek başına evin dışında olmadır [1]. Agorafobi, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı'da (DSM-IV) sadece panik bozukluk içeriğinde tanımlanmış [2], DSM-5'de ise panik bozukluktan ayrı, bağımsız bir tanı olarak yer almıştır [1].

Ciddi vakalarda agorafobi, işlevselliği büyük ölçüde bozarak, kişinin tamamen eve bağlı olmasına ya da yalnız hiç dışarı çıkamamasına sebep olabilen önemli ve sık görülen bir psikiyatrik rahatsızlıktır [3]. Yakın dönemde yapılan bir toplum taramasında agorafobi yaygınlığı %12,3 olarak bulunmuştur [4]. Agorafobi genellikle kronik seyirli olup, nadiren tedavi olmaksızın düzelme görülmektedir. On yıllık bir izlem çalışmasında, panik atak olmaksızın agorafobi en dirençli bozukluk olarak bulunmuş ve tam remisyonun nadiren gözlendiği bildirilmiştir [5]. Yapılan birçok çalışmada, panik bozukluk gidişatını olumsuz etkileyen en önemli etkenin agorafobi varlığı olduğu belirtilmiştir [6].

Agorafobiye en sık panik bozukluk eşlik etmektedir [7]. Bu nedenle agorafobi, DSM-IV'de 'panik atak ya da panik benzeri belirtilerin olmasından korku' olarak tanımlanmıştır ve sadece panik bozukluk içeriğinde agorafobi varlığı kabul edilmiştir [2]. Literatürde panik bozukluğun eşlik ettiği agorafobiye (PBA) dair çok sayıda veri olmasına rağmen sadece agorafobiye (AG) dair çok az çalışma bulunmaktadır. Ayrıca klinik örneklemlerde panik atak olmaksızın agorafobi yaygınlığı azdır [8]. Bu durum, panik atak olmaksızın sadece agorafobi nedeni ile tedavi arayışının daha az olmasından kaynaklanıyor olabilir [3].

Şimdiye kadar yapılan çalışmalara göre agorafobi, genç erişkinlerde ve kadınlarda daha sık görülmektedir [7]. Panik bozukluk varlığı, genç yaş, kadın cinsiyet ve diğer fobilerin olması agorafobi için risk faktörleri olarak tanımlanmıştır [9]. Komorbidite ile ilgili olarak yapılan az sayıdaki çalışmada, hem agorafobinin hem de agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğun nadiren pür formlarda görüldüğü, genellikle başka anksiyete, duygudurum, madde ve somatoform bozuklukların eşlik ettiği gösterilmiştir [10]. Agorafobi olmaksızın panik bozukluğa daha yüksek oranda depresyon eşlik ederken, panik bozukluk olmaksızın agorafobiye diğer fobik bozuklukların daha yüksek oranda komorbid oldukları bulunmuştur [11].

Bu çalışmadaki ilk amacımız, bağımsız bir tanı olarak DSM-5'de yer alan agorafobiye dair daha fazla bilgi elde etmektir. Agorafobi ve panik bozukluk ilişkisini göz önüne alarak, bu iki bozukluğun birbirleriyle örtüştükleri ya da ayrıldıkları noktaları sosyodemografik özellikler ve komorbidite üzerinden değerlendirmek ise ikinci amacımızdır.

Gereç ve Yöntem

Örneklem

Bu çalışmaya S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri bölümüne Eylül 2010-Nisan 2011 tarihleri arasında polikliniğe başvuran hastalardan AG tanısı almış olan 21 kadın 12 erkek hasta ile PBA tanısı almış olan 23 kadın 11 erkek toplam 67 hasta alındı. Çalışmaya alınan hastalar, çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında aydınlatıldı ve kendilerinden onam alındı.

Çalışmaya alınma ölçütleri; 18-65 yaş arasında olunması, en az ilkokul mezunu olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmedir. Çalışmaya alınmama ölçütleri ise; komorbid psikotik bir bozukluğu olması, mental retardasyon olması ve ciddi nörolojik ve genel tıbbi durumu ilgilendiren hastalığın olmasıdır.

Yöntem

Çalışma kapsamında hastalara sosyodemografik bilgi formu verilmiş ve DSM-III-R eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) uygulanmıştır.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Bu formda çalışmaya katılan hastalara yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, ortalama aylık geliri, kaç kardeş oldukları, 0-12 yaş arasında büyüdükleri yerin niteliği, çocukluk döneminde fiziksel şiddet görüp görmedikleri, ailelerinde ruhsal rahatsızlığı olan birisi olup olmadığı, ailede benzer hastalığı olan birisi olup olmadığı, alkol-madde ve sigara kullanımı sorulmuştur.

DSM-III-R Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): DSM-III-R için yapılandırılmış klinik görüşme Spitzer ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş ve Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Sorias ve ark. tarafından yapılmıştır [12]. DSM-III-R bozukluklarından şimdiki major depresif sendrom, geçirilmiş major depresif sendrom, şimdiki manik sendrom, geçirilmiş manik sendrom, distimi, psikoz, alkol ve madde bağımlılıkları, panik bozukluğu, agorafobi, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), yeme bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, andiferansiye somatoform bozukluk ve uyum bozukluğu tanılarını içermektedir. SCID-I yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. İstatistiksel Analiz: Katılımcılardan elde edilen verilerin analizini yapmak için SPSS 15.00 paket programı kullanılmıştır. Örneklem grubunu oluşturan ikili gruplar arasında bağımsız değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için Ki-Kare testi ve t-testi kullanılmıştır. Ayrıca Ki-Kare testinde dört gözden fazla olan tablolarda hangi satırın daha anlamlı olduğunu görmek için epi info stat-Calc analizi uygulandı. Bütün istatistiksel analizler için p değerinin <0.05 olması anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Sosyodemografik veriler:

Çalışmaya AG tanısı (AG grubu) ve PBA tanısı (PBA grubu) almış olan toplam 67 hasta alındı. Gruplara ait sosyodemografik özellikler Tablo 1'de verilmiştir.

Cinsiyet, medeni hal, birlikte yaşadığı kişi, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, yetiştiği ve yaşadığı yer, anne ve babanın sağ/ölü olma durumları, eğitimleri ve meslekleri, anne-baba boşanma/ayrılığının olup olmaması, çocukluk döneminde önemli bir yer değiştirme/ayrılık/göç yaşanıp yaşanmaması, çocukluk döneminde anne-babadan ayrılığın olup olmaması, ailede dinsel açıdan bir farklılığın olup olmaması, aileden şiddet görme ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, daha önce intihar girişimlerinin ve geçmişte veya şu anda kronik bedensel bir hastalıklarının olup olmaması gibi özellikler açısından iki grup arasında is-

Tablo 1. Gruplara ait sosyodemografik özellikler

Etmenler		PDA % (n)	Agorafobi % (n)	P – değeri**
Cinsiyet	Kadın	67,6 (23)	63,1 (21)	0,5
	Erkek	32,4 (11)	36,0 (12)	
Medeni Hal	Bekar	35,3 (12)	45,5 (15)	
	Evli	55,9 (19)	51,5 (17)	0,5
	Boşanmış	5,9 (2)	3,0 (1)	
	Dul	2,9 (1)	0,0 (0)	
Yaşadığı Kişi	Eş-çocuk	50,0 (17)	51,5 (17)	
	Ebeveyn	26,5 (9)	42,4 (14)	0,2
	Yanlız	8,8 (3)	3,0 (1)	
	Geniş aile	14,7 (5)	3,0 (1)	
Eğitim	İlkokul	20,6 (7)	21,2 (7)	
	Ortaokul	8,8 (3)	15,2 (5)	0,8
	Lise	47,1 (16)	36,4 (12)	
	Yüksek okul	23,5 (8)	27,3 (9)	
Çalışma Durumu	İşsiz	20,1 (7)	15,2 (5)	
	Öğrenci	5,9 (2)	24,2 (8)	0,3
	Ev hanımı	35,3 (12)	24,2 (8)	
	İşçi/memur	29,4 (10)	30,3 (10)	
	Emekli	8,8 (3)	6,1 (2)	
Gelir	Düşük	50,0 (17)	51,5 (17)	
	Orta	29,4 (10)	30,3 (10)	1,0
	Yüksek	20,6 (6)	18,2 (6)	
Yetiştiği Yer	Kırsal	14,7 (5)	33,3 (11)	0,06
	Kentsel	85,3 (29)	66,7 (22)	
Yaşadığı Yer	Kırsal	0,0 (0)	9,1 (3)	0,1
	Kentsel	100,0(34)	90,9 (30)	
Anne Sağ	Ölü	17,6 (6)	15,2 (5)	0,5
	Sağ	82,4 (28)	84,8 (28)	
Annenin Eğitimi	İlk okul	66,7 (8)	73,3 (11)	0,9
	Orta okul	16,7 (2)	13,3 (2)	
	Lise	16,7 (2)	13,3 (2)	
Annenin Mesleği	Ev hanımı	85,7 (12)	81,3 (13)	
	İşçi/memur	0,0 (0)	12,5 (2)	0,2
	Emekli	14,3 (2)	6,3 (1)	
Baba Sağ	Ölü	32,4 (11)	21,2 (7)	0,2
	Sağ	67,6 (23)	78,8 (26)	
Babanın Eğitimi	Okur yazar dğl	7,7 (1)	0,0 (0)	
	İlk okul	38,5 (5)	64,3 (9)	
	Orta okul	23,1 (3)	14,3 (2)	
	Lise	30,8 (4)	14,3 (2)	0,3
	Yüksek okul	0,0 (0)	7,1 (1)	
Babanın Mesleği	İşsiz	7,7 (1)	0,0 (0)	
	İşçi/memur	30,8 (4)	40,0 (6)	0,4
	Emekli	61,5 (8)	60,0 (9)	
Anne-Baba Boşanma	Yok	100,0 (34)	90,9 (30)	0,1
	Var	0,0 (0)	9,1 (3)	
Çocukken Aileden Ayrıl.	Hayır	76,5 (26)	63,6 (21)	0,2
	Evet	23,5 (8)	36,4 (12)	
Çocukken Göç	Hayır	64,7 (22)	75,8(25)	0,2
	Evet	35,3(12)	24,2(8)	
Ailede Dinsel Farklılık	Hayır	100,0 (34)	93,9 (31)	0,2
	Evet	0,0 (0)	6,1 (2)	
Aileden Dayak	Hayır	58,8 (20)	63,6 (21)	0,4
	Evet	41,2 (14)	36,4 (12)	
Ailede Psik hst	Hayır	67,6 (23)	78,8 (26)	0,2
	Evet	32,4 (11)	21,2 (7)	
İntihar	Hayır	79,4 (27)	84,8 (28)	0,4
	Evet	20,6 (7)	15,2 (5)	
Alkol	Hayır	82,4 (28)	75,8 (25)	0,4
	Evet	17,6 (6)	24,2 (8)	
Bedensel hst	Hayır	82,4 (28)	78,8 (26)	0,5
	Evet	17,6 (6)	21,2 (7)	
Ailede şiddet	Evet /Var	52,9 (18)	24,2 (8)	0,01
	Hayır/Yok	47,1 (16)	75,8(25)	
Sigara	Evet /Var	67,6 (23)	42,4(14)	0,03
	Hayır/Yok	32,4 (11)	57,6 (19)	
Toplam*		100 (34)	100(33)	

*Sütun yüzdesi
** p<0.05

tatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. AG grubunun %24,2'si ve PBA grubunu %52,9'u aile içerisinde şiddet olduğunu ifade etmiştir. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,01).

AG grubunun %42,4'ü, PBA grubunun ise %67,6'sı sigara kullandığını ifade etmiştir. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,03). Alkol ve diğer madde kullanımları açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır.

AG grubu başvuru yaş ortalaması 25,7±10,7 ve PBA grubu yaş ortalaması 29,2±10,5'di. İki grup arasında istatistiksel açıdan fark yoktu (p=0,2). Hastalık başlangıç yaşı AG grubunda 31,1±12,1 ve PBA grubunda ise 32,8±10,2'ydi. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı (p=0,5) (Tablo 2).

Tablo 2. Hasta gruplarının başvuru ve hastalık başlangıç yaşları

	N	Ortalama (SS)	t	p
Başvuru yaşı				
PBA	34	29,2 (10,5)	1,3	0,2
AG	33	25,7 (10,7)		
Başlangıç yaşı				
PBA	34	32,8 (10,2)	0,6	0,5
AG	33	31,1 (12,1)		

Komorbidite:

Hastaların eşlik eden eksen-I tanılarını belirlemek için uygulanan SCID-I verilerine ait bulgular tabloda gösterilmiştir. Buna göre PBA grubunda 11 (%32,4) hastada basit fobi, 11(%32,4) hastada sosyal fobi, 13 (%38,2) hastada MDB, 3 (%8,8) hastada YAB ve 1(%2,9) hastada bulimia nervosa vardı. AG grubunda ise 8 (%24,2) hastada basit fobi, 13 (%39,4) hastada sosyal fobi, 6 (%18,2) hastada MDB, 8 (%24,2) hastada YAB, 1 (%2,9) hastada bulimia nervosa ve 2 (%6) hastada OKB vardı (Tablo 3).

Tartışma

Bu çalışmadaki ilk amacımız, agorafobiye dair daha fazla veri elde etmekti. İkinci amacımız ise, agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğu olan hasta grubunu (PBA), panik bozukluk olmaksızın agorafobisi olan hasta grubu (AG) ile sosyodemografik özellikler ve komorbidite açısından karşılaştırmaktı.

Sosyodemografik veriler açısından grupları incelediğimizde, AG grubunda 21 kadın (%63.1) ve 12 erkek (%36) toplam 33 hasta

bulunmaktaydı. PBA grubunda ise 23 kadın (%67.6) ve 11 erkek (%32.4) toplam 34 hasta bulunmaktaydı. Gruplar arasında cinsiyet, medeni durum, yaşadığı kişi, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer, anne ve babanın sağ/ölü olma durumları, eğitimleri ve meslekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Geçmiş dönemlerde, başta depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi stresten etkilenebilen bozukluklar olmak üzere, kentsel alanlarda yaşamanın psikiyatrik bozukluk gelişimi için bir risk faktörü düşünülmekteydi. Fakat hem kırsal hem de kentsel yaşam stresörlerinin daha iyi tanımlanması, özellikle kırsal yaşamın değişikliğe uğraması ve giderek psikiyatride daha güvenilir tanı araçlarının kullanılması nedeniyle son dönemde yapılan birçok çalışmada kırsal ve kentsel alanlarda yaşayanlarda psikiyatrik hastalık sıklığının eşit olduğu gösterilmiştir [13]. Bir çalışmada agorafobi ve panik bozukluk sıklığının kırsal alanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur [14]. Bizim çalışmamızda yaşanılan yer açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Yetişilen yer açısından değerlendirdiğimizde ise, PDA grubunun %14,7'si kırsal, %85,3'ü ise kentsel, AG grubunun ise %33,3'ü kırsal, %66,7'sı kentsel alanda yetiştiğini bildirmiştir. İki grup arasındaki fark belirgin olmakla birlikte istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır (p=0,06).

Son dönemlerde yapılan birçok çalışma, olası travmatik olaylarla erken dönemlerde karşılaşmanın normal çocuk gelişimini bozduğunu ve sonrasında bireyde psikiyatrik sekellere yol açtığını öne sürmektedir. Erişkin dönemde yaşanan travmatik olaylara göre, çocukluk döneminde yaşanan travmatik olaylar daha yüksek psikopatoloji düzeyi ile ilişkili bulunmuştur [15]. Bazı çalışmalar bu travmatik olayların sadece erişkin dönemde psikiyatrik bozuklukların başlangıcı ile ilişkili olduğunu öne sürerken, bazıları ise hem başlangıçla hem de hastalığın prognozu ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir [16]. Erişkin ruhsal bozuklukların %30'undan fazlasının çocukluk döneminde yaşanan olumsuzluklarla direkt ilişkili olduğu düşünülmektedir [17]. Çocukluk dönemindeki travmatik olaylarla en fazla ilişkilendirilen psikiyatrik bozukluk ise panik bozukluktur [18]. Yapılan bir çalışmada çocukluk dönemindeki olası travmatik olaylarla en fazla ilişkili olarak PB, agorafobi ve TSSB bulunmuştur [15]. Kırk üç kadın PB hastasından oluşan bir örneklemde, hastaların %53.5'inde cinsel travma öyküsü, %51.2'sinde fiziksel travma öyküsü ve %41.9'unda aile içi şiddet öyküsü bulunmuştur. Yine benzer çalışmada 124 sağlıklı kontrol grubuyla 115 PB hasta grubu karşılaştırılmış ve PB hasta grubunda daha yüksek oranda cinsel travma ve aile içi şiddet bulunmuştur [19]. Çalışmamızda, PB için belirgin olan çocukluk çağı olası travma öyküsü açısından AG grubu ile PBA grubunu karşılaştırdık. Anne-baba boşanma/ayrılığının olup olmaması, çocukluk döneminde önemli bir yer değiştirme/ayrılık/göç yaşanıp yaşanmaması, çocukluk döneminde anne-babadan ayrılığın olup olmaması, ailede dinsel açıdan bir farklılığın olup olmaması, aileden şiddet görme ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olup olmaması gibi olası travma öyküleri açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu. AG grubunun %24,2'si ve PBA grubunu %52,9'u aile içerisinde şiddet olduğunu ifade etmiştir. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,01). Bu bulgu daha önce PB için verilen oranlardan biraz yüksek olmakla birlikte literatürle uyumludur. Yine AG grubuna göre PBA grubunda daha yüksek çıkmış olması da literatürde bildirilen çocukluk çağı travmaları ile en kuvvetli ilişkinin PB'da olduğu bilgisi ile uyumludur.

AG grubunun %42,4'ü, PBA grubunun ise %67,6'sı sigara kullandığını ifade etmiştir. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,03). Sigara içmek birçok psikopatoloji ile ilişkilendirilmiş olsa da son dönemlerde anksiyete bozuklukları ile ilişkisi üzerine daha fazla durulmaktadır. Anksiyete bozuklukları içerisinde ise panik bozukluk ile ilişkisinin daha belirgin olduğu son dönemlerde yapılan birçok epidemiyolojik, toplum ve klinik çalışmalarında gösterilmiştir [20]. Sonuç olarak sigara içmenin panik bozukluk riskini arttırdığı öne sürülmektedir [21]. Panik bozukluk tanılı hastaların %47-57'inin sigara içtiği gösterilmiştir [20]. Bu sonuç bizim bulgularımızdaki %67,6 oranından biraz daha düşüktür.

On sekiz yaş üstü bireyleri içeren retrospektif kesitsel toplum çalışmalarına göre, panik atak (PA), PB ve AG için başlangıç yaş ortalaması 21-23'dür [7]. Farklı örneklem bileşimleri nedeniyle bazı çalışmalarda biraz daha ileri yaşlar (23-36) bildirilmiştir [22]. PA olmaksızın AG'nin başlangıç yaşına ait daha az veri bulunmaktadır. Özellikle PA olmaksızın AG'yi inceleyen çalışmalarda, AG başlangıcı için 25-29 yaş aralığı gibi biraz daha ileri yaşlar gösterilmiştir, başlangıç yaşı açısından bimodal bir risk (ikinci yüksek risk periyodu; 40 yaş sonrası) olduğunu gösteren bazı bildiriler de bulunmaktadır [23]. Bizim çalışmamızda, PBA grubunda hastalık başlangıç yaşı ortalama 32,4±10,2, AG grubunda ise 31,1±12,1 olarak bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,5).

PB ve AG'nin her ikisinin de nadiren tek başlarına görüldüğü ve diğer anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, madde ve somatoform bozukluklar gibi birçok tanı ile sıklıkla ilişkili oldukları bilinmektedir [7-10]. Doğrudan yapılan karşılaştırmalarda depresyon komorbiditesi, AG'nin eşlik ettiği PB (%52) ve AG'nin eşlik ettiği PA (%52,3) hastalarında AG (%33.1) hastalarına göre daha yüksek çıkmaktadır. Bu nedenle, AG'nin eşlik ettiği PB ve AG'nin eşlik ettiği PA artmış depresyon riski açısından daha güçlü göstergelerdir. Diğer anksiyete bozuklukları ile komorbidite tüm gruplarda benzer bulunmuştur (%49-64), fakat anlamlı farklılık olmamasına rağmen AG'nin diğer fobik bozukluklarla daha sık komorbid olduğu bulunmuştur [7-10]. AG'nin eşlik ettiği PB ve AG'nin eşlik ettiği PA'yı içeren çalışmalarda komorbidite oranları; basit fobi (%73.7-75.2), sosyal fobi (%66.5), yaygın anksiyete bozukluğu (%15-31.9), travma sonrası stres bozukluğu (%24.2-39.6), major depresif bozukluk (%38.5-48.7), bipolar bozukluk (%15.5-33) ve madde kullanım bozuklukları (%31.4-37.3) olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise, PBA grubunda 11 (%32,4) hastada basit fobi, 11(%32,4) hastada sosyal fobi, 13 (%38,2) hastada MDB, 3 (%8,8) hastada YAB ve 1(%2,9) hastada Bulimia Nervosa vardı. AG grubunda ise 8 (%24,2) hastada basit fobi, 13 (%39,4) hastada sosyal fobi, 6 (%18,2) hastada MDB, 8 (%24,2) hastada YAB, 1 (%2,9) hastada Bulimia Nervosa ve 2 (%6) hastada OKB vardı. PBA grubunda %38,2 oranında MDB komorbiditesinin olması ve AG grubununda bu oranın %18,2 olması literatürdeki PB-MDB yüksek komorbiditesi ile uyumludur. AG ile diğer fobik bozuklukların daha ilişkili olduğuna dair bir veri ise elde edemedik.

AG'yle ilişkili daha fazla veri elde etmek ve AG'nin PBA ile ayırt edici faktörlerini tespit etmek için düzenlediğimiz bu çalışmada, sosyodemografik verilerden aile içi şiddet ve sigara içme düze-

yinin PBA hasta grubunda anlamlı ölçüde daha yüksek olduğunu bulduk. Komorbidite açısından PBA hasta grubunda MDB komorbiditesi daha yüksekti. Çalışmamızın kesitsel olması ve özbildirim ölçeklerini kullanmış olmamız sınırlılıklarımız olarak düşünülebilir. Yine de DSM-5'te PB'den ayrı bir tanı olarak yer alan AG'yi daha iyi tanımak açısından bu gibi çalışmaların önemli olduğunu ve bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Köroğlu E, editor. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.p.120-1.
2. Köroğlu E, editor. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü baskı (DSM-IV), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.p. 194-5.
3. Emmelkamp PMG, Wittchen HU. Specific phobias. In: Andrews G, Charney DS, Sirovatka PJ, Regier DA, editors. Stress-Induced and Fear Circuitry Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington: APA; 2009. p.77.
4. Mondin TC, Konradt CE, Cardosa Tde A. Anxiety disorders in young people: a population-based study. Rev Bras Psiquiatr 2013;35(4):347-52
5. Perugi G, Frare F, Toni C. Diagnosis and treatment of agoraphobia with panic disorder. CNS Drugs 2007;21(9):741-64.
6. Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. Depress Anxiety 2010;27(2):113-33.
7. Kessler RC, Chiu WT, Jin R. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2006;63(4):415-24.
8. Faravelli C, Furukawa TA, Truglia E. Panic disorder. In: Andrews G, Charney DS, Sirovatka PJ, Regier DA, editors. Stress-Induced and Fear Circuitry Disorders. Arlington: American Psychiatric Association; 2009. p.31.
9. Bienvenu OJ, Onyike CU, Stein MB. Primary agoraphobia as a specific phobia: Authors' reply. Br J Psychiatry 2006;189:471.
10. Kessler RC, Chiu WT,Demler O. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62(6):617-27.
11. Wittchen HU, Lecruiber Y, Beesdo K. Relationships among anxiety disorders: paterns and implications. In: Nutt DJ, Ballenger JC, editors. Anxiety Disorders. Oxford: Blackwell Science; 2003.p.25-37.
12. Sorias S ve ark . DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonunun Retest ve kullanıcılar arası uyuşma güvenirliğinin araştırılması. EÜ Tıp Fakültesi Dergisi 1989;28(5):2349-56.
13. Judd FK, Jackson HJ, Komiti A. High prevalence disorders in urban and rural communities. Aust N Z J Psychiatry 2002;36(1):104-13.
14. Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J. Psychiatric epidemiology in Korea: Part II. Urban and rural differences. J Nerv Ment Dis 1990;178(4):247-52.
15. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R. Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. Compr Psychiatry 2008;49(2):163-9.
16. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adverity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. Psychol Med 1997;27(5):1101-19.
17. McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey replication II: associations with persistence of DSM-IV disorders. Arch G en Psychiatry 2010;67(2):124-32.
18. Seganfredo AC, Torres M, Salum GA. Gender differences in the associations between childhood trauma and parental bonding in panic disorder. Rev Bras Psiquiatr 2009;31(4):314-21.
19. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Childhood abuse and familial violance and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. Psychol Med 2005;35(6):881-90.
20. Abrams K, Zvolensky MJ, Dorflinger L. Fear reactivity to bodily sensations among heavy smokers and nonsmokers. Exp Clin Psychopharmacol 2008;16(3):230-9.
21. Cosci F, Knuts IJ, Abrams K. Cigarette smoking and panic: a critical review of the literatüre. J Clin Psychiatry 2010;71 (5):606-15.
22. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ. The cross-national epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1997;54:305-9.
23. Wittchen HU, Essau CA, Zerssen Dv. Lifetime and sixmonth prevalence of mental disorders in the Munich Follw-up Study. Eur Arch Psychiat Clin Neurosci 1992;241:247-58.

How to cite this article:
Kart A, Türkçapar MH. Agoraphobia and Panic Disorder: A Comparative Study. J Clin Anal Med 2015;6(suppl 2): 125-9.