

Year (Yıl) : 2020
Volume (Cilt) : 7
Issue Number (Sayı) : 2
Doi : 10.4103/JNBS.JNBS_12_20

Received/Geliş 08.06.2020
Accepted/Kabul 17.07.2020
JNBS, 2020, 7(2):84-89

Hüseyin Bulut (ORCID: 0000-0002-6533-8411)
Berna Uluğ (ORCID: 0000-0001-7949-7344)

PANİK BOZUKLUĞU HASTALARINDA VE BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE PANİK AGORAFOBİ SPEKTRUMU BELİRTİLERİ

ANXIETY SENSITIVITY AND PANIC-AGORAPHOBIC SPECTRUM SYMPTOMS IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER AND THEIR FIRST DEGREE RELATIVES

Hüseyin Bulut ^{1*}, Berna Uluğ ²

Etik kurul onayı: Etik kurul onayı gerekmemektedir.

Öz

Bu araştırmada panik bozukluğu tanısı konan hastalarda ve birinci derece yakınlarında anksiyete duyarlılığı ölçümlerinin ve panik-agorafobi spektrumu belirtilerinin incelenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bir üniversite tıp fakültesi hastanesi psikiyatri polikliniğinde panik bozukluğu tanısı konulan veya bu tanı ile izlenmekte olan 80 hasta ile bu hastaların birinci derece yakınları (80 hasta kardeşi) klinik değerlendirme sonrası çalışma kapsamına alınmışlardır. Hastalara sosyo-demografik bilgi formu, DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-1), Anksiyete Duyarlılık Ölçeği (ADÖ), Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DSKÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Panik-Agorafobi Ölçeği (PAÖ) ve Yaşamboyu Panik-Agorafobi Spektrumu Ölçeği (PASÖ-YB); kardeşlerine ise sosyo-demografik bilgi formu, SCID-1, ADÖ, DSKÖ, BDÖ, PASÖ-YB uygulanmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda, hastaların ADÖ puanlarının, kardeşlerinin puanlarından, istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Ayrıca hastalar PASÖYB ölçeğinden kardeşlere göre anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p<0.01$). BDÖ puanı kovaryant olarak analize alındığında anksiyete duyarlılığı ve panik-agorafobi spektrumu belirtilerini gösterme açısından farklılık kaybolmamaktadır. Sonuç olarak panik bozukluğunda, birinci derece hasta yakınlarında endofenotipik özellikler olarak araştırılmış olan iki değişken olan anksiyete duyarlılığı ve spektrum belirtilerinin şiddet ve sıklık bakımından hasta grubundan farklı olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: panik bozukluğu, anksiyete, panik-agorafobi spektrumu, depresyon

¹ SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul, Türkiye. Psikiyatri Uzmanı

²Hacettepe Üniversitesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul

Sorumlu yazar: ¹ SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul, Türkiye. Psikiyatri Uzmanı
e-mail: hubulut@yahoo.com

Abstract

The aim of the study was to investigate and compare anxiety sensitivity measurements and panic-agoraphobic spectrum symptoms in patients diagnosed with panic disorder and in their first degree relatives. Eighty patients who were on follow-up or recently diagnosed as panic disorder in a university faculty of medicine psychiatry department and their first degree relatives (80 siblings) were included after clinical evaluation. The patients were assessed with socio-demographic information form, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-1), Anxiety Sensitivity Index (ASI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Depression Inventory (BDI), Panic-Agoraphobic Scale (PAS) and Lifetime Panic-Agoraphobic Spectrum Self Report (PAS-SR lifetime); and their siblings were assessed with socio-demographic information form, SCID-1, ASI, STAI, BDI, and PAS-SR lifetime. According to the results of the study, it was determined that the ASI scores of the patients were statistically significantly higher than the scores of their siblings ($p<0.01$). In addition, patients scored significantly higher on the PAS-SR lifetime scale than siblings ($p<0.01$). Inclusion of BDI scores in covariant analysis has made no change in the difference among study groups in level of anxiety sensitivity and degree of panic agoraphobic spectrum. As a conclusion, in this study, it was found that anxiety sensitivity and spectrum symptoms, which are two variables investigated as endophenotypic features in the first degree relatives in the panic disorder, differ from the patient group in terms of severity and frequency.

Keywords: *panic disorder, anxiety, panic-agoraphobic spectrum, depression*

1. Giriş

Çoğu klinisyen için panik bozukluğu fenomenolojik olarak iyi bilinen, kolayca tanı konulan bir bozukluktur. Panik bozukluğu hastalarıyla daha yoğun olarak uğraşanlar, hastalarda yüksek ek tanı oranlarının saptandığını, bozukluğun tekrarlayan özelliğinin olduğunu, tam düzelleme oranlarının az olduğunu vurgulamaktadır (Apfeldorf ve ark., 2000). Araştırma bulgularına göre bozukluğun heterojen olabileceği, klinik gidişi pek çok faktörün etkilediği gösterilmiştir (Angst, 1998; Apfeldorf ve ark., 2000).

Panik bozukluğu hastalarının anksiyete düzeyleri, normal topluma göre yüksektir. Benzer olarak, yapılan çalışmalarda panik bozukluğu olan hastaların kardeşlerinde de anksiyete düzeylerinin genel topluma göre yüksek olduğu gösterilmiştir. Panik bozukluğu hastalarında ve yakınlarındaki anksiyete duyarlılığı (AD) literatürde tartışılan ve çalışılan bir konudur (Perna ve ark., 1995; Van Beek N ve ark., 2003).

AD, anksiyete bozukluklarının ve özellikle de panik bozukluğunun gelişiminde önemli bir risk faktörüdür (McNally, 2002; Min-Kyoung ve ark., 2017). AD, anksiyete ile ilişkili belirtilerin zararlı sonuçları olduğuna dair inançlardan kaynaklanan ve bu belirtilere karşı duyulan korkudur. Genel kaygı belirtilerine yatkınlık olarak bilinen sürekli anksiyeteden farklı bir fenomen olarak tanımlanan AD bu belirtilere karşı aşırı bir duyarlılık ve tetikte olma halidir (Reiss, 1991; In Chul ve ark., 2019). AD'nin anksiyete bozuklukları için bir risk etkeni olduğu düşünülmektedir ve anksiyete belirtilerinin şiddeti ve süresi üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (Mantar ve ark., 2011). Yapılan çalışmalar AD'nin oluşabilecek panik ataklarını yordayabildiğini göstermektedir (Jurin, & Birlbauer, 2018).

AD'nin, anksiyete tepkilerini artırdığı, böylece hoş olmayan uyarılara karşı korku koşullanmasını kolaylaştırdığı düşünülmekte ve anksiyete bozukluklarının ve özellikle panik bozukluğunun gelişimi için bir risk etkeni hatta gerekli bir öge olduğuna inanılmaktadır. Kişi, duyuları, gerçekte olduklarından daha tehlikeli olarak ve yakında meydana gelecek kötü bir olayın belirtisi olarak yorumladığında, panik ataklarının ortaya çıkacağı belirtilmektedir (mesela kalp çarpıntısı, kalp krizinin

işareti olarak algılandığında). Bununla birlikte anksiyete duyarlılığı teorisini geliştirenler, teoriyi paniğin bilişsel modeli ile karşılaştırırlar. AD'nin, duyuların yakındaki bir felaketin işaretleri olduğuna dair yanlış bir yorum olmayıp, anksiyete duyularına karşı aşırı bir korku tepkisi olduğunu vurgularlar (McNally, 1994).

Panik-agorafobi spektrumu kavramı (Cassano ve ark., 1997), geniş fenotiplerin yanı sıra güncel psikiyatrinin tanı sınıflarını da içermekte olup, DSM-IV (APA, 1994) ve ICD-10'daki (WHO, 2016) ana tanı kategorilerini, çekirdek yapıları ve bunlarla ilişkili tüm belirtileri ve davranışları dahil edecek şekilde tanımlanmıştır. Başka bir ifade ile DSM-IV'teki çekirdek belirtilerle sınırlı olmayıp, atipik belirtileri de içermektedir. DSM-IV ile 1. Eksen bozukluklarından ayrılan kişilik özellikleri de spektrum kavramının içinde ele alınmaktadır. Yani spektrum yaklaşımı, kategorik tanımdan çok daha geniş ve çeşitlilik gösteren bir belirti kümesini kapsamaktadır (Cassano ve ark., 1997; Cassano, 1998; Cassano ve ark., 1999; Bulut, 2015).

Bu çalışmada, panik bozukluğu olan hastaların ve birinci derece yakınlarının AD'nin ve panik-agorafobi spektrumu belirtilerinin araştırılması ve karşılaştırılması planlanmıştır.

Çalışma sonuçlarının, panik bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarında AD ve özellikle panik-agorafobi spektrum belirtilerinin olup olmadığı konusuna ışık tutabileceği, böylece hasta yakınlarının şayet varsa panik bozukluğuna yatkınlığının saptanmış olmasının koruyucu çalışmalar bakımından faydalı olabileceği düşünülmektedir.

2. Materyal ve Metot

Bu makale, 164612 tez numarası ile Ulusal Tez Merkezi'nde kayıtlı aynı yazarlar tarafından, aynı başlıkla yazılmış tezden üretilmiştir.

Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğinde panik bozukluğu tanısı konulan veya bu tanı ile izlenmekte olan 80 hasta ile bu hastaların birinci derece yakınları (araştırmamızda 80 hasta kardeşi) klinik değerlendirme sonrası çalışma kapsamına alınmışlardır. Araştırma, kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmaya alınma ölçütleri, 18 yaş veya üzerinde olmak, en az ilkökul mezunu olmak, verilen ölçekleri cevaplamaya engel olacak derecede bedensel ve zihinsel

hastalığının bulunmaması, panik bozukluğu tanısı alan hastalarda ve çalışmaya davet edilen yakınlarında alkol ve madde bağımlılığı, psikotik bozukluk ve organik mental bozukluk olmaması, hastalarda ve kardeşlerinde yeti yitimine yol açacak bedensel sakatlığın olmaması olarak belirlenmiştir.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-1) ile panik bozukluğu tanısı ve varsa diğer ek tanılarının olup olmadığı doğrulanmıştır. Ayrıca, panik bozukluğu tespit edilen 80 hastaya sosyo-demografik bilgi formu, Anksiyete Duyarlılık Ölçeği (ADÖ), Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DSKÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Panik-Agorafobi Ölçeği (PAÖ) ve Yaşamboyu Panik-Agorafobi Spektrumu Ölçeği (PASÖ-YB) uygulanmıştır. Bu hastaların birinci derece yakınları (her hastanın 1 kardeşi) polikliniğe davet edilmiştir. Toplam 80 panik bozukluğu birinci derece yakını değerlendirilmiştir. Katılacak olan hastalara araştırmadan beklenen tıbbi yarar, araştırmada izlenecek işlemler hakkında yazılı bilgi verilmiş ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Panik bozukluğu olanların birinci derece yakınlarına (kardeşler) sosyo-demografik bilgi formu, SCID-1, ADÖ, DSKÖ, BDÖ, PASÖ-YB uygulanmıştır.

2.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu:

Hastanın ve birinci derece yakınının yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, iş durumu, medeni durumu, yaşam koşulları (yalnız yaşıyor, ailesiyle yaşıyor, vb.), geçirilmiş psikiyatrik ya da organik bir hastalığı olup olmadığı, şu anda tedavi alıp almadığı, alıyorsa ne kadar süredir tedavi aldığı gibi sorular yer almaktadır.

2.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-1; Structured Clinical Interview for DSM- IV Axis Disorders):

Majör DSM-IV Eksen I tanılarının konması için First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş ve yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Tüm belirtiler, var veya yok şeklinde değerlendirilmektedir. Duyudurum belirtileri ve psikotik belirtilerin sorgulandığı bölümler sonrasında, uygun DSM-IV tanısı kodlanmaktadır. Klinik tabloda baskın olan tanı birinci sırada kodlanmakta, diğer mevcut eksen I tanıları ise ek tanı olarak belirtilmektedir. Uygulama ortalama 45 dakika sürmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. SCID-1, bu çalışmada değerlendirmeye alınan hastaların ve birinci derece yakınlarının DSM-IV'e göre tanılarını koymak amacıyla kullanılmıştır.

2.3. Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği (ADÖ):

Anksiyete duyarlılığının şiddetini belirlemek amacıyla kullanılır. Bireyin kendi kendine cevaplandırabileceği, 16 maddelik, 0-4 arası puanlanan, likert türünde bir ölçektir. Ölçekten alınan toplam puan fazlalığı anksiyete duyarlılığının şiddetini gösterir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ayyaşık tarafından yapılmıştır (2000).

2.4. Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DSKÖ):

1964 yılında Speilberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmeye başlanmış olan ölçek ile hasta ve hasta

olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

Ölçeğin, her biri yirmi maddelik iki ayrı formu vardır:

- Durumluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

- Sürekli Kaygı Ölçeği: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (1983).

2.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):

Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetini belirlemek amacıyla kullanılır. Toplam 21 kendini değerlendirme ifadesi içermektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (1998).

2.6. Panik-Agorafobi Ölçeği (PAÖ):

Panik bozukluğu tanısı almış olanlarda panik ataklarını, fobik kaçınmayı, beklenti anksiyetesini, sosyal ilişkilerdeki kısıtlanmayı, bedensel hastalık inancını göz önüne alarak bölümler halinde derecelendirir.

Başlıklar ve kapsadıkları soru sayısı sırasıyla: Panik atağı özellikleri (3+ 1), agorafobi/kaçınma davranışı (3), beklenti anksiyetesini (2), yeti yitimi (3), sağlık konusunda endişe (2)'dir. Beşli likert tipi ölçüm uygulanmaktadır. Tural ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (2000).

2.7. Yaşamboyu Panik-Agorafobi Spektrumu Ölçeği (PASÖ-YB):

SCI-PAS'dan (Structured Clinical Interview for Panic-Agoraphobic Spectrum) sonra, Shear ve ark. (2000) tarafından geliştirilmiş ve bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği araştırılmıştır. PAS-SR 114 maddeden oluşmaktadır. Panik-agorafobi spektrumu tanımıyla uyumlu bir biçimde sekiz alandaki spektrum belirtilerinin yaşam boyu bulunup bulunmadığı değerlendirilmektedir. Receiver Operating Characteristics (ROC) analizi sonucu, kesme noktası 46 olarak saptanmıştır. Bu noktanın (46 ve üzeri) duyarlılığı %91, özgüllüğü %80 olup, pozitif prediktif değeri %85'tir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Onur ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (2006).

Verilerin Değerlendirilmesi ve istatistikler

Verilerin analizi için "SPSS for Windows" istatistik paket programı kullanılmıştır. Gruplar arası ortalama değerlerin karşılaştırılmasında Student-t testi ve kovaryans analizi kullanılmıştır.

3. Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların %30'u erkek, %70'i kadın; kardeşlerin ise %43.75'i erkek, %56.25'i kadındır. Hastaların yaş ortalaması 40.4 ± 11.8, kardeşlerin yaş ortalaması ise 41.2 ± 12.4'tür. Hasta grubunda 2 kişide migren, 1 kişide gerilim tipi baş ağrısı; kardeş grubunda ise 1 kişide vertigo ve 1 kişide migren tanısı bulunmaktadır. Hastaların %82'si sürekli olarak psikotrop bir ilaç kullanırken, kardeşler ise bir psikotrop ilaç

kullanmamaktadır. Panik bozukluğu türü olarak hastaların %50'sinde agorafobi ile birlikte panik bozukluğu, %50'sinde ise agorafobi olmadan panik bozukluğu tanıları mevcuttur. Hastalarda en sık mevcut olan psikiyatrik ek tanı %20.3 ile majör depresyondur. Panik bozukluğu olan hastaların kardeşlerinde en fazla görülen psikiyatrik hastalık %67.5 ile panik bozukluğu olmadan agorafobidir. Panik bozukluğu olan hastaların %70.1'i seçici serotonin geri alım inhibitörleri grubundan bir ilaç kullanmaktadır.

Araştırmaya katılan hasta ve kardeşlerin ADÖ ve DSKÖ'den aldıkları puanların ortalama ve standart sapmalarının dağılımı Tablo 1 de verilmiştir. Hasta ve kardeşlerinin ADÖ'den aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmıştır ($t= 4,663$, $p= 0,000$). Hastaların ve kardeşlerinin DSKÖ-durumluk ve sürekli anksiyete puanları arasındaki fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya katılan hasta ve kardeşlerin ADÖ ve DSKÖ'den aldıkları puanların ortalama ve standart sapmalarının dağılımı

Ölçekler	Hasta (ort±SS)	Kardeş (ort±SS)	T
ADÖ	28,88 ± 14,33	18,99 ± 12,43	4,663*
DSKÖ-durumluk	42,6 ± 13,05	38,93 ± 12,9	1,780
DSKÖ-sürekli	45,70 ± 11,98	43,98 ± 8,38	1,095

* $p=0,000$

ADÖ: Anksiyete Duyarlılık Ölçeği **DSKÖ:** Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Hasta ve kardeşlerinin PASÖ-YB ölçeği puanları istatistiksel olarak farklıdır. Hastalar daha yüksek puan almışlardır ($t= 6,98$, $p= 0,000$) (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırmaya katılan hasta ve kardeşlerin PASÖ-YB ölçeğinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapmalarının dağılımı

Ölçek	Hasta (ort±SS)	Kardeş (ort±SS)	T
PASÖ-YB	49,99 ± 19,53	28,37 ± 19,67	6,98*

* $p=0,000$

PASÖ-YB: Yaşamboyu Panik-Agorafobi Spektrumu Ölçeği

Tablo 3'te görüldüğü gibi PASÖ-YB bütün alt boyutlarında hastalar kardeşlerinden anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Anksiyeteye sıklıkla eşlik eden depresyonun, hasta ve kardeş grubunda anksiyete duyarlılığı ve panik agorafobi spektrum belirtileri bakımından görülen farklılıkların belirleyicisi olup olmadığının saptanması için, hasta ve kardeşlerinin ADÖ ve PASÖ-YB puanları karşılaştırılmış ve BDÖ puanı kovaryant olarak analize alınmıştır. Depresyon puanları kontrol edildiğinde de hasta ve kardeşlerinin ADÖ puanı birbirinden farklılaşmış ve hastalar kardeşlerinden daha yüksek puan almıştır ($F(2,159)= 12,41$ $p= 0,000$). Benzer şekilde hastaların PASÖ-YB puanları da kardeşlerinininkinden yüksek bulunmuştur ($F(2,159)= 40,01$ $p= 0,000$). (Tablo 3)

Tablo 3. Araştırmaya katılan hasta ve kardeşlerin PASÖ-YB ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların ortalama ve standart sapmalarının dağılımı

	Hasta (ort±SS)	Kardeş (ort±SS)	T	P
Ayrılık duyarlılığı	6,43 ± 3,25	4,76 ± 3,45	3,13	0,002
Panik benzeri belirtiler	16,03 ± 5,68	9,29 ± 6,76	6,83	0,000
Stres duyarlılığı	1,29 ± 0,66	0,93 ± 0,82	3,07	0,002
İlaç ve madde duyarlılığı	2,63 ± 1,98	1,88 ± 2,10	2,32	0,022
Anksiyeteli beklenti, beklenti anksiyetesi	3,23 ± 1,61	1,53 ± 1,53	6,86	0,000
Agorafobi	9,00 ± 5,50	5,96 ± 5,99	3,34	0,001
Hastalık fobisi ve hipokondriyazis	2,80 ± 1,83	1,91 ± 1,67	3,20	0,002
Sakinleşmeye yönelim, güvence duyarlılığı	8,29 ± 4,29	4,89 ± 5,30	4,46	0,000

PASÖ-YB: Yaşamboyu Panik-Agorafobi Spektrumu Ölçeği

4. Tartışma

Çalışmamızda, panik bozukluğu olan hastaların ve kardeşlerinin anksiyete duyarlılığını araştırdık. Bu amaçla hastalara ve kardeşlerine ADÖ ve DSKÖ uygulandı. Sonuçta, yazın bilgileriyle uyumlu olarak, hasta ve kardeşlerinin ADÖ'den aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı, hastaların daha yüksek puan aldıkları görüldü ($t=4.663$, $p=0.000$). Ancak hastaların ve kardeşlerinin DSKÖ anksiyete puanları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yazında, anksiyete duyarlılığı derecesini belirlemek için DSKÖ'nün kullanıldığı çalışmaların sayıca az olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum, belki de bu ölçeğin anksiyete derecesini belirlemede yetersiz kalmasıyla ilgili olabilir. Çalışmamızda, ADÖ dışında DSKÖ'nün de kullanılmış olması her iki ölçeğin bu açıdan karşılaştırılmasını da sağlamış ve çalışmayı zenginleştirmiştir. Hastalar, anksiyete belirtilerinden korkmaktadırlar ve bu belirtilere karşı hassastırlar. Hastaların bu özellikleri ADÖ ile gösterilebilmektedir.

Yakın tarihte geliştirilmiş olan panik-agorafobi spektrumu kavramı, son dönemlerde panik bozukluğu ile ilgili araştırmaların bu yöne kaymasını sağlamıştır (Cassano ve ark., 1997; Cassano, 1998; Cassano ve ark., 1999; Bulut, 2015). Eldeki veriler, panik bozukluğu olan hastaların bu spektrum belirtilerini gösterdiği yönünde olmakla

birlikte bu konuda klinik çalışmaların yeterli olmadığı da görülmektedir. Dolayısı ile bu çalışmada panik bozukluğu olan hastaların kardeşlerinin anksiyete duyarlılığı açısından yüksek risk grubuna dahil olduğu ve bu yönde genetik bir yatkınlıklarının bulunduğu, bu nedenle bu grupta panik- agorafobi spektrumu belirtilerinin de sık olarak görüleceği yönündeki araştırma hipotezleri incelenmiştir.

Hasta ve kardeşlerine uygulanan PASÖ-YB'den elde edilen puanların değerlendirilmesi sonucunda; hasta ve kardeşlerinin PASÖ-YB' den aldıkları puanların istatistiksel olarak farklı olduğu, hastaların daha yüksek puan aldıkları gözlenmiştir ($t=6.98, p=0.000$). Yani spektrum belirtilerinin varlığı bakımından hastalar ve kardeşleri farklılaşmaktadır. Yazında, hasta yakınlarında panik- agorafobi spektrum belirtilerini inceleyen bir araştırma bulunmamıştır. Bu araştırma, bu gereksinimin karşılanması için planlanmış olup, gelecekteki araştırmalarda spektrum belirtilerinin endofenotip araştırma desenleri ile de incelenmesi ve hasta olmayan kardeşlerin hem hastalar hem de sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Yazın bilgileri gözden geçirildiğinde panik bozukluğu hastalarının, yüksek ek tanı oranına sahip oldukları belirtilmektedir. Panik bozukluğu hastalarında diğer anksiyete bozukluklarına ait ek tanı oranları yaygın anksiyete bozukluğu için %23-35, basit fobi için %16-33, sosyal fobi için %0-49, obsesif kompulsif bozukluk için %8-28, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu için %7 olarak bildirilmiştir (Hoffart ve ark., 1994; Vasile ve ark, 1997; Dunner, 2001). Çalışmamıza alınan panik bozukluğu hastalarında, %20.3 majör depresyon, %16.5 özgül fobi, %3.8 hipokondriyazis, %2.6 obsesif kompulsif bozukluk ek tanıların varlığı görülmüştür. Hastalarda sosyal fobi ek tanısının olmaması dikkat çekici olup, özgül fobi ek tanı oranları yazın bilgisiyle uyumludur. Çalışma hastalarımızın hiçbirinde alkol ya da madde bağımlılığı tanıları mevcut değildi. Bu durum yazın bilgileriyle uyumlu görünmemektedir. Ancak, alkol ve madde bağımlılığının kültürel başka faktörlerle ve yaşam koşullarıyla da ilişkili olduğu düşünülürse, bizim çalışmamızdaki hasta grubunun %56'sının kadın olduğu ve araştırmanın yapıldığı dönemde özellikle maddelere erişimin kısıtlı olması durumu göz önüne alınırsa bu sonuç beklenebilir. Ancak, ilaç kullanıyor olmak, mevcut anksiyete duyarlılığını çok azaltıyor gibi görünmemektedir. İleride yapılacak çalışmalarda ilaç kullanan hasta grubuyla, ilaç kullanmayan hasta grubunun anksiyete duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması anksiyete duyarlılığı üzerinde ilaç tedavisinin etkisini ortaya koymak bakımından aydınlatıcı olacaktır.

Bu araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Örneklemin dar olması bu araştırmanın başlıca kısıtlılığıdır. Hasta grubunun tamamı panik bozukluğu tanısı olan bireylerden oluşmaktadır; fakat hastalığın akut dönemde mi yoksa belirtilerin düzelmiş döneminde mi olduğu değerlendirmeye alınmamıştır. Bu durum psikometrik ölçümlerin sonuçlarında farklılık yaratabilir.

5. Sonuç

Bu çalışmada, panik bozukluğu olan hastaların ADÖ ile ölçülen anksiyete duyarlılığı hastalarda kardeşlere göre anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. Hasta ve kardeşlerinde DSKÖ ile ölçülen durumluk-sürekli anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir fark bulunamamıştır.

Hastaların panik- agorafobi spektrumu belirtileri kardeşlere göre daha fazladır ve hastalar PASÖ-YB ölçeğinin tüm alt boyutlarında (toplam 8 alt boyutunda) kardeşlere göre anlamlı derecede yüksek puan almışlardır.

Panik bozukluğunda, birinci derece hasta yakınlarında endofenotipik özellikler olarak araştırılmış olan iki değişken olan anksiyete duyarlılığı ve spektrum belirtilerinin şiddet ve sıklık bakımından hasta grubundan farklı olduğu saptanmıştır.

Onam bilgisi : Bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

Etik kurul onayı : Etik kurul onayı gerekmemektedir.

Çıkar çatışması : Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal destek : Finansal destek bulunmamaktadır.

Yazar katkı alanı ve oranı :

Hüseyin Bulut %60, 1-2-3-4-5-6-7-8

Berna Uluğ %40, 1-2-3-5-7-8

1. Araştırma ve/veya makalenin hipotezini veya fikrini oluşturmak

2. Sonuçlara ulaşılmasını sağlayacak yöntemi tasarlamak

3. Araştırmanın/çalışmanın yürütülmesini organize etmek, ilerlemesini gözetmek ve sorumluluğunu almak

4. Hastaların takibi, verilerin toplanması, düzenlenmesi ve raporlanması için sorumluluk almak

5. Bulguların mantıklı bir şekilde değerlendirilerek sonuçlandırılmasında sorumluluk almak

6. Çalışma için gerekli kaynak taramasında sorumluluk almak

7. Çalışmanın tamamının ya da önemli bölümlerinin yazılmasında sorumluluk almak

8. Çalışmanın teslim edilmesinden önce, dil ve yazınsal düzeltmelerden bağımsız olarak bilimsel anlamda çalışmayı yeniden değerlendirmek

Referanslar

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders . 4th ed. (1994). American Psychiatric Association, Washington, DC.

Angst, J. (1998). Panic disorder: History and epidemiology. *European Psychiatry*, 13 (2), 51-55. doi: 10.1016/S0924-9338(98)80014-X

Apfeldorf, W. J., Spielman, L. A., Cloitre, M., Heckelman, L., & Shear, K. (2000). Morbidity of comorbid psychiatric diagnoses in the clinical presentation of panic disorder. *Depression and Anxiety*, 12, 78-84. doi: 10.1002/1520-6394(2000)12:2<78::AID-DA3>3.0.CO;2-5.

Ayvaşık, H. B. (2000). Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 15 (46), 43-57.

Bulut, H. (2015). Panik- agorafobi spektrumu kavramının kısa gözden geçirilmesi. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji*, 5 (2), 24-32.

Cassano, G. B., Michelini, S., Shear, M. K., Coli, E., Maser, J. D., & Frank, E. (1997). The panic agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 154, 27-37. doi: 10.1176/ajp.154.6.27.

Cassano, G. (1998). Introduction to the panic- agoraphobic spectrum model. *CNS Spectrums*, 3, 22.

Cassano, G. B., Farnk, E., Maser, J. D., Shear, M. K., Rottundo, A., Mauri, M., & Dell'Osso, L. (1999). The panic- agoraphobic spectrum. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 14, 38-44.

Çorapçıoğlu, A., Aydemir, Ö., Yıldız, M., Esen, A., & Köroğlu, E. (1999).

DSM IV Eksen I Bozuklukları (SCID I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyon. Hekimler Birliği Yayınevi, Ankara.

Dunner, D. L. (2001). Management of anxiety disorders: the added challenge of comorbidity. *Depression and Anxiety*, 13 (2), 57-71. doi: 10.1002/da.1018.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams J. B. W. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders (SCID 1). Biometric Research Department, New York.

Hoffart, A., Thornes, K., Hedley, L. M., & Strand, J. (1994). DSM-III-R axis I and II disorders in agoraphobic patients with or without panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 186-191. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb08090.x.

In-Chu, I. Baek., Eun-Ho, Lee., & Ji-Hae, Kim. (2019). Differences in anxiety sensitivity factors between anxiety and depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 36, 968-974. doi: 10.1002/da.22948.

Jurin, T., & Birlbauer, S. (2018). Anxiety sensitivity as a predictor of panic disorder symptoms: a prospective 3-year study. *Anxiety Stress Coping*, 31 (4), 365-374. doi: 10.1080/10615806.2018.1453745.

Mantar, A., Yemez, B., & Alkın, T. (2011). Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (3), 187-193.

McNally, R. J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. Guilford Press, New York.

McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biol Psychiatry*, 52, 938-946.

Min-Kyoung, Kim., Borah, Kim., Tai Kiu, Choi., & Sang-Hyuk, Lee. (2017). White matter correlates of anxiety sensitivity in panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 207, 148-156.

Onur, E., Alkın, T., Monkul, E. S., & Fidaner, H. (2006). Yaşamboyu panik-agorafobik spektrum ölçeği öz bildirim formunun (PASÖ-ÖB) Türkçe versiyonu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Yeni Symposium*, 44, 81-91.

Öner, N., & A. Le, Compte. (1983). *Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Yayını, İstanbul.

Perna, G., Cocchi, S., Bertani, A., Arancio, C., & Bellodi, L. (1995). Sensitivity to 35% CO₂ in healthy first-degree relatives of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 623-625. doi: 10.1176/ajp.152.4.623.

Reis, S. (1992). The expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153. doi: 10.1016/0272-7358(91)90092-9.

Shear, M. K., Frank, E., Rucci, P., Fagiolini, D. A., Grochocinski, V. J., Houck, P., Cassano, G. B., Kupfer, D. J., Endicott, J., Maser, J. D., Mauri, M., & Banti, S. (2001). Panic-agoraphobic spectrum: Reliability and validity of assessment instruments. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 59-66. doi: 10.1016/s0022-3956(01)00002-4.

Tural, Ü., Fidaner, H., Alkın, T., & Bandelow, B. (2000). Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) Türkçe Uyarlaması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11, 1.

Ulusoy, M., Şahin, N., & Erkmen, H. (1998). Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 2.

Van Beek, N., & Griez, E. (2003). Anxiety sensitivity in first-degree relatives of patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (8), 949-57. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00129-8.

Vasile, R. G., Goldenberg, I., Reich, J., Goisman, R. M., Lavori, P. W., & Keller, M. B. (1997). Panic disorder versus panic disorder with major depression: Defining and understanding differences in psychiatric morbidity. *Depression and Anxiety*, 5, 12-20. doi: 10.1002/(SICI)1520-6394(1997)5:1<12::AID-DA3>3.0.CO;2-7.

World Health Organization (2016). *International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)*. World Health Organization, Geneva.