

Panik Bozukluğuna Komorbid Eksen-1 Bozukluklarının Oluşumunda Travmatik Yaşam Olaylarının Rolü

Mustafa Özkan¹, Şakir Özen², Nermin Ertunç³

¹Prof. Dr., ²Doç. Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Diyarbakır, ³Uz. Dr., Antakya Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Hatay

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, panik bozukluğuna (PB) komorbid eksen-1 bozukluklarının oluşumunda travmatik yaşam olaylarının rolünü araştırmayı amaçladık. **Yöntem:** Psikiyatri polikliniğinde PB tanısı konan 115 hasta (%61'i kadın) ardışık olarak çalışmaya alındı. Hastalara; DSM-IV'e Göre Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi, Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ), Yaşam Olayları Ölçeği (YOÖ), Kısa Fiziksel ve Seksüel Kötüye Kullanım Anketi (KKA), Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulandı. **Bulgular:** Hastaların %33'ünde major depresif bozukluk olmak üzere toplam %69'unda eksen-1 komorbiditesi saptandı. Eksen-1 komorbiditesi olan hastalarda; olumsuz yaşam olayı sayısı daha fazlaydı ($p=0.009$), ancak KKA ve YOÖ puanlarında belirgin farklılık yoktu ($p>0.05$). Agorafobisi olan 59 hastanın KKA ($p=0.024$) ve PAÖ ($p<0.001$) ölçeği puanları daha yüksekti. Suisid düşüncesi olan 33 hastanın yaşı daha gençti ($p=0.019$); KKA puanları daha yüksekti ($p<0.001$), buna karşın PAÖ puanları farklı değildi ($p>0.05$). **Sonuç:** Psikiyatride, özgül bir travmanın özgül bir hastalığa yol açtığına dair kesin bir bilgi yoktur. Fakat, çeşitli travmatik olayların zaman içinde birikim oluşturması, kişinin direnç ve uyum mekanizmalarını zorlaması ve sonuçta kişinin biyopsikososyal özelliklerine göre psikiyatrik tabloların şekillenmesi söz konusudur. PB'na komorbid durumların oluşumunda yakın dönem yaşam olaylarının sıklığı rol oynamaktadır. Çocukluk-ergenlik çağı travmatik olayları komorbiditeden daha çok agorafobi ve suisid düşüncesiyle ilişkilidir.

Anahtar Sözcükler: Yaşam olayları, panik bozukluğu, komorbidite.

(*Klinik Psikiyatri 2005;8:53-59*)

SUMMARY

The Role of Traumatic Life Events on Forming Axis-1 Disorders in Comorbid Panic Disorder

Objective: In this study, we aimed to evaluate the role of traumatic life events on the comorbidity of axis-1 disorders onto panic disorders (PD). **Method:** A total of 115 patients (female 61%), who were consecutively diagnosed as PD at the psychiatry outpatient clinic were included into the study. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Panic and Agoraphobia Scale (PAS), Life Events Scale (LES), Brief Physical and Sexual Abuse Inventory (BPSAI), Dissociative Experiences Scale (DES), State-Trait Anxiety Inventory (STAI-II) and Beck Depression Inventory (BDI) were performed to all patients. **Results:** Major depression was detected in 33% of patients, and in a total of 69% patients axis-1 comorbidity were found. In patients with axis-1 comorbidity; the number of negative life events was higher ($p=0.009$), but BPSAI and LES points did not change significantly ($p>0.05$). In 59 patients with agoraphobia BPSAI ($p=0.024$) and PAS ($p<0.001$) points were higher. The age of 33 patients with suicidal thoughts were younger ($p=0.019$); these patients had higher BPSAI points ($p<0.001$) while their PAS points did not change ($p>0.05$). **Conclusion:** There is no clear evidence that a specific trauma can lead to a specific psychiatric disorder. However, various traumatic events may accumulate in the course of time, force the subject's resistance and adaptation, and finally a psychiatric clinical picture will be formed depending on person's biopsychosocial features. The frequency of recent life events accounts for the occurrence of comorbidity onto PD. The traumatic events in childhood and adolescence are mostly associated with agoraphobia and suicidal thoughts rather than comorbidity.

Key Words: Life events, panic disorder, comorbidity.

GİRİŞ

Araştırmalar, anksiyete bozukluklarının sıklıkla tehdit edici olayların ardından ortaya çıktığını göstermiştir. Panik bozukluğu (PB) ve agorafobi için, ayrılma tehdidi ve kişilerarası çatışma gibi olaylar sorumlu tutulmuştur. Kontrollü çalışmalar hastaların çoğunluğunda önemli yaşam olaylarını hastalığın başlangıcı ile ilişkili bulmuştur. Bazı hastalar hastalığın başlangıcının madde kullanımı gibi biyolojik etkenlerle ilişkili olduğunu bildirmektedir (Noyes ve Saric 1998).

Erken çocukluk dönemlerindeki kayıpların PB hastalarında normallerden daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Çocuklukta ebeveynin ayrılması, boşanması ve diğer streslerin daha sık görülmesinin PB'ye yatkınlık yarattığı düşünülmektedir (Alkın 2000). Aynı zamanda erken kayıp olaylarının depresyon riskini artırdığı bilinmektedir. PB tanısı konan 157 hastanın %34'ü erken dönemde (15 yaş öncesi) önemli bir kayıp ya da ayrılık öyküsü bildirmiştir. Erken dönem obje kaybı bildiren hastalarda diğerlerine göre major depresyon prevalansında ve suisidal davranışlarda belirgin bir artış görülmüş, ancak alkol-madde kullanımında belirgin bir fark görülmemiştir (Servant ve Parquet 1994). Ayrıca, PB hastalarında çocuklukta yaşanan fiziksel ve cinsel istismar da daha fazla saptanmıştır (Stein ve ark. 1996). Afrika kökenli Amerikalılar ve Avrupa kökenli Amerikalılar arasında yapılan bir çalışmada; Afrika kökenli Amerikalılarda travma sonrası stres bozukluğunun ve çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımın daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca bu hastalarda panik atak semptomlarının şiddetinin daha yüksek olduğu, özellikle ölüm ve çıldırma korkusu ile ilgili semptomların ön planda olduğu saptanmıştır (Smith ve ark. 1999).

PB, anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırılmaktadır. Bununla birlikte, komorbidite çalışmaları incelendiğinde, PB'nin duygudurum bozuklukları başta olmak üzere diğer eksen-1 bozukluklarıyla yüksek oranlarda komorbidite gösterdiği görülmektedir (Cassano ve ark. 1997, Özbulut ve ark. 2003, Biederman ve ark. 2004). Bir çalışmada; PB'ye komorbid major depresyon %56 oranında, yaygın anksiyete bozukluğu %25 oranında, somatizasyon bozukluğu %21 oranında saptanmıştır (Özbulut ve ark. 2003). Fobiler, alkol bağımlılığı,

uyku bozuklukları vb. birçok klinik tablonun PB ile birlikteliği üzerinde duran çalışmalar da vardır. Komorbiditeler klinik tabloyu ağırlaştırır, işlevselliği daha fazla bozar, yeti yitimini derinleştirir, hızlı ve tam iyileşme oranlarını olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle, komorbiditeler ve komorbiditeye yatkınlık oluşturan etkenler bireye özgü tedavi planlanmasında dikkatle üzerinde durulması gereken durumlardır (Cassano ve ark. 1997, Leskin ve Sheikh 2002).

Örseleyici yaşam olaylarının; matem reaksiyonu, depresyon, distimi, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, disosiyatif bozukluk ve özgül fobi gibi bazı psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışında önemli bir etken olduğunu belirten çalışmalar vardır (Nixon ve Bryant 2003, Özen ve ark. 2004). Örneğin, üniversite son sınıf öğrencilerinin ele alındığı bir çalışmada (Özen ve ark. 2004) çocukluk çağı travmatik yaşantılarına ait olumsuz izlerin halen devam ettiği, travma puanı yüksek olanların daha fazla depresif olduğu ve gelecekle ilgili daha fazla umutsuz olduğu saptanmıştır. Fakat, olumsuz yaşam olaylarına ve duygusal-fiziksel-cinsel kötüye kullanıma maruz kalmanın PB ve PB'ye komorbid tabloların oluşum sürecine nasıl ve ne ölçüde katkı yaptığı konusundaki çalışmalar daha azdır (Friedman ve ark. 2002, Leskin ve Sheikh 2002).

Bu çalışmada, BP'ye ek olarak diğer bir eksen-1 bozukluğunun oluşmasında travmatik yaşam olaylarının rolünü araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

DSM-IV kriterlerine göre panik bozukluğu tanısı konan 17 yaş ve üstündeki 70'i kadın, 45'i erkek toplam 115 poliklinik hastası ardışık olarak çalışmaya alındı. Hastaların %92'si, anksiyete semptomları nedeniyle kardiyoloji ve dahiliye polikliniklerinden psikiyatri konsültasyonu için gönderilen ve organik bir patoloji saptanmayan hastalardı. Hasta ve yakınları çalışma hakkında bilgilendirildi ve birkaç gün içinde olmak üzere uygun zaman dilimlerine görüşme randevusu verildi. Eğitimsiz veya eğitim düzeyi düşük hastalara görüşme araçlarımız tek tek okunarak, gerektiğinde açıklama yapılarak büyük bir titizlikle uygulandı. Çalışmaya katılmayı reddeden hasta olmadı. Hastalara uygulanan çizelge ve ölçekler aşağıdadır:

1- Sosyodemografik Bilgi Formu: tarafımızdan hazırlandı.

2- DSM-IV'e Göre Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-I): Bu görüşme çizelgesiyle, psikiyatri polikliniklerinde sık karşılaşılan eksen-1'e ait bozukluklar taranır. Çorapçıoğlu ve ark. tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Çorapçıoğlu ve ark. 1999).

3- Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ): 14 maddelik beşli likert tipi bir ölçektir. Özbildirim ve Gözlemci formu şeklinde birbirine benzeyen iki formu vardır. Toplam puan 0-52 arasında değişir. Türkiye'de yapılan çalışmada, ölçeğin kesme noktasının 11/12 puan arasında alınmasının en yüksek özgüllük (%92.9) ve duyarlılık (%92.0) sağladığı bildirilmiştir (Bandelow 1995, Tural ve ark. 2000).

4- Yaşam Olayları Ölçeği (YOÖ): Dohrenwent ve ark.'nın geliştirdiği ölçekte; okul, iş yaşamı, aşk ve evlilik, çocuk sahibi olmak, aile, ikamet, yasal, ekonomik, sosyal aktiviteler, sağlık ve karışık çok yönlü yaşam olayları sorgulanmakta ve kişi açısından olumlu veya olumsuz değerlendirilen olaylara değişen ağırlıkta puanlar verilmektedir. Eş, çocuk, anne-baba ölümü en ağırlıklı puana sahiptirler. Tüm maddelerden alınan puanların toplanmasıyla toplam puan elde edilir. Biz sadece sıkıntı veren ve olumsuz değerlendirilen yaşam olaylarını sorguladık (Dohrenwent ve ark. 1978).

5- Kısa Fiziksel ve Seksüel Kötüye Kullanım Anketi (KKA): Marshall ve ark. tarafından geliştirilen ve son beş maddesi tarafımızdan eklenen 12 maddelik bir ölçektir. 16 yaşından önceki travmatik yaşantıları sorgular. Sorulan yaşantının varlığına 1 puan, yokluğuna 0 puan verilir; anketin toplam puanı 0-12 arasında değişir. Sorulan 12 yaşantı şunlardır: Bakım verenden 1 aydan fazla süre travmatik ayrılık, ailede madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olan birey olması, şiddetli cezalandırılma deneyimi (bir cisimle vurulma), şiddetli cezalandırılma sonucunda kendisi veya kardeşinde yaralanma, anne-baba arasındaki fiziksel şiddete tanık olma, yakınları dışında cinsel (ilişkiye) zorlanma, bir yakını tarafından cinsel (ilişkiye) zorlanma, ebeveyn boşanması, ebeveyn ölümü, kendisinde ve/veya ailesinde ciddi hastalık, okul fobisi ve diğer fobiler ve davranışsal sorunlardır (Marshall ve ark. 2000).

6- Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ): Toplam 28 soru içermektedir, her madde görülüş sıklığına göre 0-100 arasında puanlanır. Tüm puanların toplanıp 28'e bölünmesi ile ortalama toplam puan elde edilir. Bu puanın 30 veya daha yüksek olması disosiyatif bozukluk riskine işaret eder (Carlson ve Putman 1993, Şar ve ark. 1997).

7- Sürekli Kaygı Envanteri (SKE): Dörtlü likert tipi bir ölçektir. Alınan puan 20-80 arasında değişir (Öner ve Le Compte 1998).

8- Beck Depresyon Envanteri (BDE): Dörtlü likert tipi cümlelerden oluşan 21 maddelik bir ölçektir. Alınan puan 0-63 arasında değişir (Beck 1961, Hisli 1988).

İstatistikler SPSS istatistik programının 10.0 versiyonu ile yapıldı. Komorbiditesi olan ve olmayanlarda ölçek ve diğer değişkenlere ait puanların karşılaştırmalarında t testi kullanıldı. Kadın ve erkeklere ait komorbidite oranları arasındaki farklılık Ki-kare testi ile araştırıldı. Ölçeklerin puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile araştırıldı. İstatistiklerde p değerlerinin 0.05'ten küçük olması anlamlılık olarak kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların %61'i kadın, %63'ü evli, %70'i il merkezinde oturmaktaydı. Diğer sosyodemografik özellikler Tablo 1'de görülmektedir. Kadın ve erkekler arasında; yaş, hastalık başlangıcı, komorbidite oranı, yaşam olayı sayısı, işlevsellik puanı ve diğer ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

PB tanılı hastaların %69'unda bir veya daha fazla eksen-1 komorbiditesi vardı. En sık görülen komorbid durum major depresif bozukluktan (Tablo 2). Eksen-1 komorbiditesi olan ve olmayan gruplar arasında önemli yaş farkı yoktu ($p>0.05$). Eksen-1 komorbiditesi olan hastalarda; KKA ve YOÖ toplam puanları arasında anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$); yaşam olayı sayısı daha fazla ($t=2.677$, $p=0.009$), günlük yaşamdaki işlevsellik daha bozuk (İGD: $t=-3.090$, $p=0.003$) ve diğer ölçeklerden alınan puanlar daha yüksek bulundu (BDE: $t=4.602$, $p<0.001$; SKE: $t=4.795$, $p<0.001$; PAÖ: $t=3.196$, $p=0.002$; DYÖ: $t=2.206$, $p=0.029$).

Agorafobisi olan hastalarda (%51) olmayanlara

Tablo 1. Panik bozukluğu tanılı hastaların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik değişkenler	n= 115
Kadın / Erkek	70 / 45
Hataların yaş aralığı	17-60 (M*:34)
Hastalığın başlama yaşı	16-60 (M:29)
Eğitim yılı	0-4 yıl 27 5-8 yıl 31 9 ve üstü 57
Medeni hali	Bekar 34 Evli 73 Dul 8
Meslek / uğraş durumu	Memur 29 Ev hanımı 57 Öğrenci 16 Diğer 13
Yaşadığı yer	Köy 10 İlçe 24 İl 81

*M: medyan

kıyasla KKA ($t=2.284$, $p=0.024$) ve PAÖ ($t=5.025$, $p<0.001$) puanı daha yüksek, İGD puanı daha düşüktü ($t=-3.694$, $p<0.001$). Diğer değişkenlerle ilgili önemli bir fark saptanmadı. Sıklığı ve yoğunluğu değişken olmakla birlikte, suisid düşüncesi olan 33 (%29) hasta ile suisid düşüncesi olmayan diğer hastalar karşılaştırıldığında; iki grup arasında yaşam olayı sayısı bakımından fark saptanmadı ($p=0.116$) fakat KKA puanları daha yüksekti ($t=3.789$, $p<0.001$). Suisid düşüncesi olanların yaş ortalaması 30 ± 9 'du, yani diğer hastalardan daha gençler ($t=-2.384$, $p=0.019$) ve günlük yaşamlarındaki işlevsellikleri daha bozuktu (İGD: $t=-3.747$, $p<0.001$). Suisid düşüncesi olanların PAÖ dışındaki diğer ölçeklerden aldıkları puanlar diğer hastalardan daha yüksekti (PAÖ, BDE, SKE ve DYÖ p değerleri sırasıyla; 0.280, <0.001 , <0.001 , 0.006).

KKA verileri ışığında, çalışmamızda 16 yaş öncesi dönemle ilgili olarak; %3 bir yakını tarafından cinsel (ilişkiye) zorlanma, %7 yakınları dışındaki biri tarafından cinsel (ilişkiye) zorlanma, %16 oranında bakım verenden travmatik ayrılık, %17 ebeveyn kaybı, %4 ebeveyn boşanması, %22 ebeveynleri tarafından şiddetli cezalandırılma deneyimi, %41

oranında anne-baba arasında fiziksel şiddete tanık olma, %30 ailede ciddi bir hastalık ve %17 oranında ailede madde kötüye kullanımı/bağımlılığı olan birey olması öyküsü saptandı. Yine çalışmamızda fiziksel ve cinsel kötüye kullanım toplam puanlarıyla erken başlangıç ($p<0.05$), işlevsellikte azalma ($p<0.05$), yüksek depresyon puanı ($p<0.05$) ve disosiyatif yaşantılarda artma ($p<0.01$) ilişkili bulundu. Pearson korelasyon testine göre çoğu ölçeğin puanları arasında anlamlı ilişkiler saptandı (Tablo 3).

TARTIŞMA VE SONUÇ

PB olan hastalar genellikle ilk panik atağını stres verici yaşam olayları sonrasında yaşarlar. Hastaların yaşam biçimlerini değiştiren olaylar panik atakları için tetikleyici olmaktadır. Bu stres verici etkenlerin kronik veya çoğul nitelikte olması ayrıca önem taşımaktadır. Bir kısım araştırma sonucu, çocukluk ve ergenlik dönemi travmatik yaşam olaylarının ve erken dönemde ebeveyn ayrılığının PB gelişimine yol açtığı fikrini vermiştir. PB tanısı konan hastaların %34-54'ü erken dönemde (16 yaş öncesi) önemli bir kayıp ya da ayrılık öyküsü bildirmiştir (Noyes ve ark. 1993, Servant ve Parquet 1994, Pollack ve ark. 1996). Yine çocukluk çağında fiziksel ve seksüel kötüye kullanım öyküsü olanlarda PB görülme sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Servant ve ark. 1994, Stein ve ark. 1996, Kessler ve ark. 1997, Bandelow ve ark. 2002).

Bireyleri etkileme oranları değişkenlik göstermekle birlikte, örseleyici yaşam olayları birçok kişide olumsuz izler bırakmakta ve yaşam sürecinde çeşitli psikopatolojilerin, özellikle de depresif bozuklukların ortaya çıkmasına katkı yapmaktadır (Friedman ve ark. 2002, Cloitre ve ark. 2004, Gladstone ve ark. 2004). Çalışmamızda; KKA ve YOÖ gibi travmatik öyküleri sorgulayan ölçek puanları eksen-1 komorbiditesi olan PB hastalarında belirgin derecede yüksek bulunmadı, fakat yaşam olayı sayısı ve diğer ölçek puanları daha yüksekti. Bu durum; komorbidite gelişmesinde, ağır derecede üzüntü-sıkıntı veren tek bir olaydan ziyade, daha yakın zamanda, hafif-orta şiddette de olsa tekrarlamaya eğilimi gösteren veya üst üste gelen faklı olayların rolü olabileceğini düşündürmüştür. Buna karşın, PB'ye agorafobinin eşlik etmesi

Tablo 2. Panik bozukluğu tanılı hastalarda eksen-1 komorbiditeleri

Komorbid tanılar	Kadın (n:70) sayı, (%)	Erkek (n:45) sayı, (%)	Toplam (n:115) sayı, (%)
Majör depresif bozukluk	23 (32.8)	15 (33.3)	38 (33.0)
Distimik bozukluk	4 (5.7)	5 (11.1)	9 (7.8)
Genelleşmiş anksiyete bozukluğu	10 (14.3)	5 (11.1)	15 (13.0)
Obsesif kompulsif bozukluk	5 (7.1)	8 (17.8)	13 (11.3)
Sosyal fobi	4 (5.7)	4 (8.9)	8 (6.9)
Posttravmatik stres bozukluğu	1	-	1 (0.9)
Özgül fobi	1	-	1 (0.9)
Somatizasyon bozukluğu	7	2	9 (7.8)
Hipokondriyazis	-	2	2 (1.7)
Konversiyon bozukluğu	4	-	4 (3.5)
Komorbiditesi olmayan hasta	23 (32.8)	13 (28.9)	36 (31.3)

Not: Bazı hastalarda birden fazla komorbidite saptandı.

Tablo 3. Panik bozukluğu tanılı hastalarda Pearson korelasyon testine göre ölçek puanları arasındaki anlamlı ilişkiler

	YOÖ	KKA	SKE	PAÖ	DYÖ	BDE	Başlama yaşı
KKA		-					
SKE		r=0.183 p=0.050	-				
PAÖ	r=0.208 p=0.026		r=0.445 p<0.001	-			
DYÖ		r=0.250 p=0.007	r=0.362 p<0.001	r=0.289 p=0.002	-		
BDE	r=0.207 p=0.026	r=0.207 p=0.026	r=0.674 p<0.001	r=0.585 p<0.001	r=0.469 p<0.001	-	
İGD		r=-0.197 p=0.035	r=-0.258 p=0.005	r=-0.426 p<0.001		r=-0.315 p=0.001	r=-0.182 p=0.050

İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi, YOÖ: Yaşam Olayları Ölçeği, KKA: Kısa Fiziksel ve Seksüel Kötüye Kullanım Anketi, SKE: Sürekli Kaygı Envanteri, PAÖ: Panik Agorafobi Ölçeği, DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, BDE: Beck Depresyon Envanteri

çocukluk ve ergenlik dönemi cinsel-fiziksel kötüye kullanımla ilişkili görünmektedir. Suisid düşüncesi olanlarda da çocukluk ve ergenlik dönemi cinsel-fiziksel kötüye kullanım öyküsü öne çıkmaktadır ve bu hastaların yaş ortalaması diğerlerinden yaklaşık 5 yıl daha düşüktür. Tahmin edilebileceği gibi, suisid düşüncesinin olması; anksiyete, depresyon ve disosiyasyon belirtilerindeki ağırlaşmaya da işaret etmektedir.

Sınıflandırma kitaplarında sınırları net olarak çizilmiş bir klinik tanının iki farklı hastada tıpatıp aynı belirtilerle gözükmesi az görülen bir durumdur. Önceki çalışmaların (Özbulut ve ark. 2003, Biederman ve ark. 2004) sonuçlarıyla paralel şe-

kilde bizim çalışmamızda da, PB olan hastaların 2/3'ünde eksen-1 komorbiditesi saptandı. PB olan hastaların 1/3'ünde aynı zamanda majör depresyonun bulunması, hatta bir kısmında suisid düşüncelerinin olması tedavi planlamasında göz önünde tutulması gereken önemli bir durumdur.

Friedman ve ark.'nın yürüttüğü bir çalışmada (2002); PB, başka bir anksiyete bozukluğu, majör depresyon ve kronik şizofreni tanılı hastalarda çocukluk çağı fiziksel ve cinsel kötüye kullanım öyküsü açısından farklılık bulunamamıştır. Ancak, tüm hasta gruplarında çocukluk çağı fiziksel ve cinsel kötüye kullanımla hastalığın şiddeti arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. PB olan hastalar-

da; komorbid depresyon, diğer eksen-1 tanıları, semptomların daha fazla olması, intihar girişimi ve çocukluk çağına ilişkin fiziksel kötüye kullanım öyküsünün cinsel kötüye kullanım öyküsünden daha fazla saptandığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da bu çalışmanın verileriyle uyumlu sonuçlar elde edildi. Kullandığımız KKA verileri ışığında, örselenme yaşantıları çoğu zaman aile içindeki bireyler veya yakın akrabalarla bağlantılıydı. %9-10 oranında cinsel travma yanında, aile içinde fiziksel şiddete tanık olma veya maruz kalma, kendisi için önemli bir aile bireyini kaybetme veya kaybetme riski yaşama (ör: ciddi hastalık) PB hastalarında öne çıkan olaylardır. Fiziksel-cinsel kötüye kullanımın şiddetli olması hastalığın daha erken ortaya çıkmasına yol açmakta, depresyon ve disosiyasyon düzeylerini yükseltmektedir.

Çalışmamızda YOÖ ve KKA toplam puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Fakat, YOÖ puanlarındaki yükselmenin depresyon ve PB şiddetini artırdığı görülmüştür. KKA puanlarının yükselmesi ise; depresyon yanında, yaygın anksiyete ve disosiyasyon belirtilerinde de şiddetlenme oluşturmuştur. Psikiyatrik bozuklukların yaşamboyu sorgulandığı araştırmalarda; fiziksel,

duygusal veya cinsel örselenmelerin ve bunlarla ilişkili sayılabilecek anksiyete bozukluklarının kadınlarda yaklaşık bir kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Cloitre ve ark. 2004, Gladstone ve ark. 2004). Çalışmamızda, PB olan kadın hasta oranının biraz fazlalığı dışında; yaş, hastalık başlangıcı, komorbidite oranı, yaşam olayı sayısı, işlevsellik puanı ve diğer ölçek puanları arasında cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmadı.

Psikiyatride, özgül bir travmanın özgül bir hastalığa yol açtığına dair kesin bir bilgi yoktur. Fakat, çeşitli travmatik olayların zaman içinde birikim oluşturması, kişinin direnç ve uyum mekanizmalarını zorlaması ve sonuçta kişinin biyopsikososyal özelliklerine göre psikiyatrik tabloların şekillenmesi söz konusudur (Özen ve ark. 2001). Komorbid bir bozukluğu daha olan PB hastalarında yakın dönem yaşam olaylarının sıklığı rol oynamaktadır. Çocukluk-ergenlik çağı travmatik olayları komorbiditeden daha çok agorafobi ve suisid düşüncesiyle ilişkilidir.

Yazışma adresi: Dr. Şakir Özen, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Diyarbakır, sakiro@dicle.edu.tr

KAYNAKLAR

- Alkın T (2000) Panik Bozukluğu ve Agorafobi. Anksiyete Bozuklukları (Ed: R Tükel), Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, s.5-37.
- Bandelow B (1995) Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia II. The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol*, 10: 73-81.
- Bandelow B, Spath C, Tichauer GA ve ark. (2002) Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Copr Psychiatry*, 43(4): 269-278.
- Beck AT (1961) An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4: 561-571.
- Biederman J, Petty C, Faraone SV ve ark. (2004) Moderating effects of major depression on patterns of comorbidity in patients with panic disorder. *Psychiatry Res*, 126(2): 143-149.
- Carlson EB, Putnam FW (1993) An update on dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6:16-27.
- Cassano GB, Michelini S, Shear MK ve ark. (1997) The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *Am J Psychiatry*, 154(6 Suppl): 27-38.
- Cloitre M, Yonkers KA, Pearlstein T ve ark. (2004) Women and anxiety disorders: implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectr*, 9(Suppl 8): 1-16.
- Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon (SCID-I). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Dohrenwend BS, Krasnoff L, Askenasy AR ve ark. (1978) Exemplification of a method for scaling life events: the PERI Life Events Scale. *J Health Soc Behav*, 19: 205-229.
- Friedman S, Smith L, Fogel D ve ark. (2002) The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients. *J Anxiety Disord*, 16(3): 259-272.
- Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB ve ark. (2004) Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *Am J Psychiatry*; 161(8): 1417-1425.
- Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*; 6(22): 118-122.
- Kessler RC, Davis CG, Kendler KS (1997) Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US national comorbidity survey. *Psychol Med*, 27: 1101-1119.

- Leskin GA, Sheikh JI (2002) Lifetime trauma history and panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *J Anxiety Disord*, 16(6): 599-603.
- Marshall RD, Schneier FR, Lin SH ve ark. (2000) Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. *Am J Psychiatry*, 157(3): 451-453.
- Nixon RD, Bryant RA (2003) Peritraumatic and persistent panic attacks in acute stress disorder. *Behav Res Ther*: 41(10):1237-1242.
- Noyes R, Clancy J, Woodman C ve ark. (1993) Environmental factors related to the outcome of panic disorder (A Seven-Year Follow-Up Study). *J Nerv Ment Dis*, 181(9): 529-538.
- Noyes R, Saric RH (1998) Panik Bozukluğu ve Agorafobi. *Anksiyete Bozuklukları*, (Ed: şar V) Medikal-Paramedikal Yayıncılık, İstanbul, s.86-137.
- Öner N, Le Compte A (1998) Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İkinci basım, İstanbul.
- Özbulut Ö, Altındağ A, Özen ř ve ark. (2003) Panik Bozukluğu Hastalarında Komorbidite. *Türkiye'de Psikiyatri*, 5(1-2): 50-59.
- Özen ř, Antar S, Özkan M ve ark. (2004) Çocukluk Çağı Travmalarının Umutsuzluk ve Depresif Duygudurum Üzerine Etkisinin Son Sınıf Üniversite Öğrencilerinde İncelenmesi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kongre Kitabı, Kuşadası, 316-319.
- Özen ř, Özkan M, Antar S ve ark. (2001) Olumsuz yaşam olayları ve somatizasyon. *Dicle Tıp Dergisi*, 28(1):85-96.
- Pollack MH, Otto MW, Sabatino S ve ark. (1996) Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influence on course. *Am J Psychiatry*, 153: 376-381.
- Servant D, Parquet PJ (1994) Early life events and panic disorder: course of illness and comorbidity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 18: 373-379.
- Smith LC, Friedman S, Nevid J (1999) Clinical and sociocultural differences in African American and European American Patients with panic disorder and agoraphobia. *J Ner Ment Dis* 187(9): 550-561.
- şar V, Kızıltan E, Kundakçı T ve ark. (1997) Disosiyatif Yaşantılar Ölçeđinin (DES-II) Geçerlik ve Güvenilirliđi. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya, s.55-64.
- Stein MB, Walker JR, Anderson G ve ark. (1996) Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and a community sample. *Am J Psychiatry*, 153: 275-277.
- Tural Ü, Fidaner H, Alkın T ve ark. (2000) Panik ve agorafobi ölçeđinin güvenilirlik ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1): 29-39.